Jahresbericht 2017

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

4. Personal 8

5. Forschungstätigkeiten 12

5.1 Nachhaltigkeit der Effekte einer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen 12

5.2 Nachsorge im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation 16

5.3 Welche Maßnahme für wen? Evaluation des mittelfristigen Ergebnisses von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Berufsförderungswerken 19

5.4 Beruflich orientierte Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen – Evaluation des beruflich orientierten Integrationsförderprogramms 22

5.5 Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe 26

5.6 Rehabilitationszugang und -bedarf: Sektorenübergreifende Analyse von Versorgungsdaten der AOK und DRV Baden-Württemberg 28

5.7 Evaluation des Behandlungskonzepts für die Indexdiagnose S72 (Oberschenkelfraktur) in der geriatrischen Rehabilitation *AOK-proReha Geriatrie* 32

5.8 Entwicklung eines intuitiv bedienbaren bewegungsunterstützenden Robotergeräts mit Selbstanpassung (SE_BURG) 34

5.9 Evaluation der Effekte der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl 37

5.10 Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose 39

5.11 Bewegungsunterstützende Robotergeräte für individualisierte Behandlung in Bewegungstherapie/Rehabilitation (inBurg) – Teilvorhaben: Medizinische Wissensbasis und klinische Evaluation 42

5.12 Modellierung des Einflusses von Rehabilitationseinrichtungen auf die Integration 45

5.13 Evaluation des Behandlungskonzepts für Schlaganfallpatienten der Phase D in der neurologischen Rehabilitation *AOK-proReha Schlaganfall* 48

6. Veranstaltungen 50

7. Lehre an der Universität Ulm 52

7.1 Querschnittsfach Q12 52

7.2 Wahlfach W911 54

7.3 Weitere Engagements 56

8. Kompetenzzentrum Rehabilitation an der Universität Ulm 57

9. Qualifikationsarbeiten und Dissertationen 58

10. Publikationen 60

10.1 Veröffentlichungen in Fachzeitschriften 60

10.3 Vorträge 62

10.4 Buchbeiträge 62

10.5 Poster 62

10.6 Kongressbeiträge 63

1. VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir blicken gemeinsam zurück auf ein sehr erfolgreiches Jahr 2017 für das IFR und die Rehabilitationsforschung! Gemeinsam mit unseren Partnern arbeiten wir daran, bestehende Versorgungsmodelle weiterzuentwickeln und neue Strategien und Modelle zu generieren. Mit verschiedenen Projekten haben wir uns dieser angenommen und freuen uns, Ihnen mit dem Jahresbericht Einblicke in die aktuelle Arbeit des IFR geben zu dürfen.

Wir sind stolz darauf, dass es gemeinsam mit dem Hauptstifter Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg sowie mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der AOK Baden-Württemberg an dem gemeinsam zur Verfügung gestellten Routinedatensatz gelungen ist, Belege für die Wirksamkeit der Rehabilitation zu liefern. Der Modellansatz, eine Kontrollgruppe mit Gesundheitsstörungen, die über die Daten der Krankenkasse aus den Verläufen identifiziert werden, die jedoch keine Rehabilitation beantragt haben, zu bilden und mit der Rehabilitation zu vergleichen, stellt aus unserer Sicht die zur Zeit höchste Evidenz für die Wirksamkeit der Rehabilitation dar. Wir hoffen, dass mit der nun angestoßen Diskussion und Veröffentlichung dieser Ergebnisse, die Rehabilitation eine wesentliche politische Unterstützung erhält.

Ein sehr wichtiger Bereich ist die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Mit dem Abschluss des Projekts zur Nachhaltigkeit der Effekte nach einer Rehabilitation, gehen wichtige Erkenntnisse in die weitere Ausgestaltung der Nachsorge ein, die auch im Jahr 2018 grundlegend weiterentwickelt werden wird. Die beruflich orientierte Rehabilitation sowie die Einbindung von Berufsförderungswerken blicken ebenfalls den wachsenden Anforderungen an die berufliche Reintegration und deren Weiterentwicklung entgegen und sind wichtige, weiterhin laufende Studien am IFR.

Der erfolgreiche Abschluss der Entwicklung eines Fallmanagement zur Leistungen zur Teilhabe im Auftrag der DRV Bund wird dazu beitragen, die individuelle Versorgung von problematischen und schwierigen Verläufen von Rehabilitanden weiter zu verbessern.

Hervorzuheben ist zudem der erfolgreiche Abschluss der Evaluation des Behandlungskonzepts AOK pro Reha in der Geriatrie sowie in der Neurologie die Vorbereitungen und Durchführungen der Erhebung zusammen mit der AOK Baden-Württemberg. Wir sind von der Qualität dieser Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation überzeugt und freuen uns, diese wesentlich begleiten zu dürfen.

Die Weiterentwicklungen von Mensch-Technik-Interaktionen zur Erforschung möglicher, innovativer Therapieansätze in der Rehabilitation, waren auch im Jahr 2017 wieder eine wichtige Säule am IFR und ergänzen die Anstrengungen auf dem Gebiet der Versorgungsforschung.

Wir bedanken uns sehr herzlich bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, den Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, dem Universitätsklinikum Ulm sowie der Universität Ulm, der Moorheilbad Bad Buchau gGmbH, der Nanz Medico GmbH & Co. KG und den RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH für die weiterhin zuverlässige Unterstützung der Stiftung und des IFR. Wir hoffen, dass die Anstrengungen für alle lohnenswert und aussichtsreich sind und freuen uns auf die gemeinsamen Herausforderungen!

Wir blicken zusammen auf ein erfolgreiches Berichtsjahr zurück. Der Jahresbericht 2017 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

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.

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.

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 Forschungsverbünden und verschiedenen Fachdisziplinen auf dem Gebiet der Rehabilitation in engem Kontakt.

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 Erforschung des Re-

habilitationsbedarfs 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.

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.

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.

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.

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

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.

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 2017 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 bis 11.12.2017

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. Ch. 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, bis 11.12.2017

M. Frenzer, Geschäftsführer, Nanz Medico GmbH & Co. KG, ab 11.12.2017

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

MR Dr. J. Wuthe, Leitender Ministerialrat, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 11.12.2017

Prof. Dr. T. Wirth, Dekan der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm

Prof. Dr.-Ing. M. Weber, Präsident, Universität Ulm

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.

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

Dr. r. Kaluscha, IFR Ulm

Prof. Dr. R. Muche, Universität Ulm

PD Dr. G. Müller, Moor-Heilbad Buchau gGmbH

Dr. R. Nechwatal, RehaZentren der DRV Baden-Württemberg gGmbH

Dr. U. Vieregge, Nanz medico GmbH & Co. KG

Prof. Dr. J. von Wietersheim, Universitätsklinikum Ulm, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats seit 11/2017

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

Dr. R. Kaluscha, IFR Ulm

A. Schmöller, Fachbereichsleiter, AOK Baden-Württemberg, stellvertretender Vorsitzender des Beirats

M. v. Wartenberg, Stellvertretende Vorsitzende, Krebsverband Baden-Württemberg e.V., Vorsitzende des Beirats

4. PERSONAL

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiteten am IFR Ulm (Stand Nov. 2017).

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 seit 10/2017 erster Vizepräsident und designierter Präsident ab 2019 der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR).

ANDREA DEHMEL

Sekretärin, Assistentin der Geschäftsführung

Frau A. Dehmel arbeitet seit Dezember 2016 als Sekretärin und Assistentin der Geschäftsführung am IFR Ulm. 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.

YVONNE KURZ

Frau Y. Kurz arbeitet seit Oktober 2017 als Sekretärin und Assistentin der Geschäftsführung am IFR Ulm. Die studierte Betriebswirtschaftlerin bearbeitet im Schwerpunkt die Bereiche Buchhaltung, Controlling und Finanzplanung. Daneben gehören allgemeine Verwaltungstätigkeiten und Organisation zu ihren Aufgaben.

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.

DR. BIOL. HUM. LENA TEPOHL, M.A.

M.A. Gesundheitsmanagement, Diplom Physiotherapeutin (FH)

Frau Dr. L. Tepohl ist seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm. 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).

DR. BIOL. HUM. SILKE JANKOWIAK, M.SC.

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

Frau Dr. 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 Rehabilitationszugangs und -bedarfs und evaluiert auf Basis von Befragungs- und Routinedaten Modellvorhaben in der Rehabilitation hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Wirksamkeit.

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.

DR. PH SEBASTIAN KNAPP, MAG.

Mag. Sportwissenschaften, Erziehungswissenschaft und Japanologie

Herr Dr. 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 und Schlaganfall sowie der Entwicklung von Kniebewegungsschienen mit integrierter Sensorik.

BRAMMATHEEPAN BALASANMUGATHEVAN, M.SC.

Herr B. Balasanmugathevan war bis November 2017 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFR Ulm beschäftigt. Seine Tätigkeitsschwerpunkte lagen in der Analyse großer Routinedatensätze im Themengebiet der Versorgungsforschung.

ANGELINA KNOLL, M.A.

M.A. Gesundheitsförderung, B.Sc. Physiotherapie

Frau A. Knoll ist seit 2014 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm tätig. Schwerpunkt ihrer Forschung ist die Evaluation und Optimierung von Nachbehandlungen mittels Kniebewegungsschienen. Seit Oktober 2016 ist Frau A. Knoll in Elternzeit.

MARINA JOST, B.A.

B.A. Management im Gesundheitswesen

Frau M. Jost ist seit August 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm tätig und arbeitet an einem Projekt im Bereich der Versorgungsforschung. Hierbei gehört die Durchführung einer prospektiven Befragung und die Auswertung der dabei gewonnenen Daten zu ihren Aufgaben.

MARKUS MAIER, DIPL.

Dipl. Sportwissenschaft

Herr M. Maier arbeitet seit Oktober 2017 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFR Ulm. Er bearbeitet die Weiterentwicklung der Sensomotorik an der Halswirbelsäule mit VR sowie die Bewegungsunterstützung bei teilgelähmten Patienten auf dem Laufband.

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren 2017 als wissenschaftliche Hilfskräfte am IFR Ulm tätig:

- Dr. med. Stefanie Schilf

5. FORSCHUNGSTÄTIGKEITEN

5.1 NACHHALTIGKEIT DER EFFEKTE EINER REHABILITATION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

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

ANSPRECHPARTNER: S. Ritter, ✉ sabrina.ritter@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5107

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 Jugendlicher 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.

METHODIK

Anhand von Fragebogenerhebungen wurden die Sichtweisen der Kinder- und Jugendmediziner sowie der Eltern (Fremdeinschätzung) und der Jugendlichen über 12 Jahren (Selbsteinschätzung) erfasst. Das Kollektiv umfasst Kinder bzw. Jugendliche, die eine Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2014 und im ersten Halbjahr 2015 unter Leistungsträgerschaft der DRV BW durchführten. Diese erhielten acht bis 14 Monate nach Rehabilitationsende den Fragebogen, um unter anderem die Veränderung bei unterschiedlichen gesundheitlichen Parametern (direkte Veränderungsmessung), der Zufriedenheit mit den erreichten Veränderungen sowie der Dauer des Behandlungserfolgs zu erfassen. Weiterhin wurden anhand des Fragebogens das Krankheits-

management und die Zufriedenheit mit der Behandlung beim Haus- oder Kinder- und Jugendarzt vor Ort erhoben. Die Kinder- und Jugendärzte beantworteten direkt nach der Rehabilitation und sechs Monate später unter anderem Fragen zur gesundheitlichen Entwicklung und zur Schul- und Ausbildungsfähigkeit.

Insgesamt konnten 1.640 Elternfragebögen (unter und über 12-Jähriger) und 682 Jugendfragebögen mit der Rehabilitationsstatistikdatenbasis 2015 (RSD 2015) verknüpft und für die Analysen herangezogen werden. Zur Auswertung der Arztperspektive standen 290 Fragebögen, die mit der RSD 2015 verknüpft werden konnten, zur Verfügung. Anhand deskriptiver Analysen wurde geprüft, ob und in welchem Ausmaß es bei Kindern und Jugendlichen im Zeitraum nach der stationären medizinischen Rehabilitation zu Veränderungen der gesundheitlichen Parameter kam. Mittels Regressionsanalysen wurde untersucht, welche Merkmale (Prädiktoren) die gesundheitlichen Veränderungen im Zeitraum nach der Rehabilitation und die Nachhaltigkeit der Veränderungen (d.h. Dauer des Behandlungserfolgs) bestimmen.

ERGEBNISSE

Insgesamt konnten 1.640 Elternfragebögen und 682 Jugendfragebögen analysiert werden. Das Durchschnittsalter in der Stichprobe der unter 12-Jährigen betrug zum Zeitpunkt der Rehabilitation 7,1 Jahre (± 3,0). Mit einem Anteil von 57,4% waren etwas mehr Jungen vertreten. Die häufigste Erstdiagnose war Asthma bronchiale (27,7%), gefolgt von Adipositas (11,1%) und Neurodermitis (10,8%). Etwa 71% der Kinder wiesen mindestens eine weitere Diagnose auf.

Die Rehabilitation wurde in der Stichprobe der unter 12-Jährigen von den Eltern in mindestens 80% der Fälle als gut bis sehr gut, hinsichtlich Schulungen, Betreuung durch Therapeuten sowie Behandlung durch Ärzte, beurteilt. Bezüglich der Veränderungen durch die Rehabilitation konnte laut den Eltern direkt nach der Rehabilitation im Vergleich zu vor der Rehabilitation eine Verbesserung in acht von 14 erhobenen Ergebnisparametern erzielt werden. Direkt nach der Rehabilitation bis zum Befragungszeitpunkt (acht bis 14 Monate nach Rehabilitationsende) konnte für die Parameter Belastung durch die Erkrankung, gesundheitliche Beschwerden, Zuversicht, Umgang mit Medikamenten, Zurechtkommen in der Schule, Wissen über die Erkrankung, Bewegungsverhalten sowie Gesundheit insgesamt die Verbesserung erhalten bzw. noch weiter gesteigert werden.

Bei detaillierter Betrachtung der Veränderung der Gesundheit insgesamt zeigten sich signifikante Unterschiede je nach Diagnose. Während etwa 82% der Eltern von Kindern mit Asthma oder Neurodermitis der Meinung waren, dass sich die Gesundheit direkt nach der Rehabilitation verbesserte, waren es nur 52% der Eltern mit adipösen Kindern.

Die krankheitsbedingten Fehltage in der Schule bzw. Ausbildung konnten laut 37,9% der Eltern gesenkt werden. Insgesamt war die Mehrheit zufrieden bis sehr zufrieden mit den erreichten Veränderungen durch die Rehabilitation (85,4%). Zur Nachhaltigkeit des Erfolgs gaben 39,8% der Eltern an, dass dieser bis heute, d.h. bis zum Befra-

gungszeitpunkt anhielt. Rund 16% waren der Meinung, dass der Behandlungserfolg nur kurzfristig (d.h. einige Wochen) anhielt.

Im Durchschnitt waren die Jugendlichen (Stichprobe der über 12-Jährigen) 14,9 Jahre (± 2,1) alt. In dieser Stichprobe waren mehr Mädchen (54,3%) als Jungen vertreten. Die drei häufigsten Erstdiagnosen waren Adipositas (34,2%), Skoliose (12,2%) und Asthma bronchiale (9,1%). Rund 74% der Jugendlichen hatten mindestens eine weitere Diagnose.

Die Jugendlichen selbst beurteilten die Rehabilitation mehrheitlich positiv. Laut den Eltern konnte die Belastung durch die Erkrankung, die gesundheitlichen Beschwerden, der seelische Zustand, die Zuversicht, das Wissen über die Erkrankung das Bewegungsverhalten und die Gesundheit insgesamt direkt nach der Rehabilitation verbessert und bis zum Befragungszeitpunkt noch weiter verbessert bzw. stabil gehalten werden.

Die Jugendlichen selbst gaben für die Parameter Belastung durch die Erkrankung, Zuversicht, Wissen, Bewegungsverhalten und Gesundheit insgesamt eine Verbesserung direkt nach der Rehabilitation an. Diese konnten auch im Zeitraum nach der Rehabilitation (acht bis 14 Monate) weiter verbessert bzw. aufrechterhalten werden. Bei der Einschätzung zur Veränderung der Gesundheit insgesamt gab es im Vergleich zur jüngeren Stichprobe keine signifikanten Unterschiede je nach Diagnose. Etwa 84% der Eltern und der Jugendlichen waren zufrieden bis sehr zufrieden mit den erreichten Veränderungen durch die Rehabilitation.

Der Behandlungserfolg hielt laut 33,1% der Eltern und 33,5% der Jugendlichen bis heute an. Rund 22% der Eltern und etwa ein Viertel der Jugendlichen gaben einen kurzfristigen Behandlungserfolg an.

Multivariate Analysen zeigten, dass sich neben der Diagnosegruppe, den empfundenen Nachteilen durch die Erkrankung und der Zufriedenheit mit der Behandlung durch den Arzt zu Hause auch die Umsetzung von Nachsorgemaßnahmen (z.B. Nachbetreuung beim Arzt, Teilnahme an einer Sportgruppe) positiv auf eine weitere Verbesserung bzw. den Erhalt der Gesundheit nach der Rehabilitation auswirkt.

Die Dauer des Behandlungserfolgs wurde durch die Diagnosegruppe, die Einschätzung, wie sehr die umgesetzten Nachsorgemaßnahmen halfen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung beeinflusst. Der Behandlungserfolg hielt bei Kindern bzw. Jugendlichen mit Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten oder mit psychischen Erkrankungen seltener bis zum Befragungszeitpunkt an als bei Kindern mit Krankheiten des Atmungssystems. Wurden Nachsorgemaßnahmen als nicht hilfreich beurteilt, hielt der Behandlungserfolg eher nur wenige Wochen an. Kam es zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Nachsorgemaßnahmen, war die Wahrscheinlichkeit eines mittelfristigen (d.h. einige Monate) Behandlungserfolgs deutlich reduziert.

Insgesamt führten 91,2% der Kinder unter 12 Jahren nachgehende Maßnahmen durch, um den Erfolg der Rehabilitation aufrechtzuerhalten. Die Jugendlichen (Selbstangabe) setzten in 88,1% der Fälle Nachsorgemaßnahmen um. Die Umsetzung wurde neben

der Diagnose- und Altersgruppe auch von der Zufriedenheit mit den erreichten Veränderungen beeinflusst. Waren die Eltern unzufrieden mit den erreichten Veränderungen, so wurden weniger Nachsorgemaßnahmen umgesetzt. Aus Perspektive der Jugendlichen war die Wahrscheinlichkeit, dass sie Nachsorgemaßnahmen umsetzten höher, wenn sie während ihres Rehabilitationsaufenthalts auf die Zeit nach der Rehabilitation gut vorbereitet wurden.

Die Perspektive der Kinder- und Jugendärzte zeigte ebenfalls ein positives Bild der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Insgesamt konnten für 256 Kinder bzw. Jugendliche die Angaben der Ärzte zum Erfolg der Rehabilitationsleistung (für N = 34 fehlen die Arztangaben zu dieser Frage) ausgewertet werden. Für drei Viertel der Kinder gaben die Ärzte einen guten bis sehr guten Erfolg an. Für rund 5% schätzten sie den Erfolg als ausgezeichnet ein. Bei mehr als der Hälfte der 257 Kinder (für N = 33 fehlen die Arztangaben zu dieser Frage) kam es laut Arztperspektive direkt nach der Rehabilitation zu einer Verbesserung und bei 34,6% zu einer teilweisen Verbesserung des gesundheitlichen Zustands. Bei etwa 92% der 250 Kinder (für N = 40 fehlen die Arztangaben zu dieser Frage) gingen die Ärzte davon aus, dass die Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation vorlag. Dabei gab es keine Unterschiede je nach Diagnose, Alter oder Geschlecht des Kindes.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Institutsmittel
- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg

5.2 NACHSORGE IM BEREICH DER KINDER- UND JUGENDREHABILITATION

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

ANSPRECHPARTNER: S. Ritter, ✉ sabrina.ritter@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5107

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.

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 wurden die Ansichten zu Nachsorgestrategien nach der Rehabilitation durch die Kinder, Jugendlichen und Eltern erfasst. Das qualitativ erhobene Datenmaterial wurde anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse aus den Eltern- und Jugendfragebögen zeigten, dass die Weiterbetreu-

ung beim Arzt die häufigste, umgesetzte Nachsorgemaßnahme war. Im Rahmen der Kinder- und Jugendfokusgruppen allerdings wurde der betreuende Arzt nicht als Möglichkeit zur Beibehaltung oder Steigerung der Gesundheit genannt. Hier spielten vor allem die Eltern die zentrale Rolle im Rahmen der Nachsorge. Zum einen als Kontroll-, aber auch als Unterstützungsinstanz. Auch die befragten Ärzte und Einrichtungen verwiesen auf die Bedeutung der Eltern im nachgehenden Verlauf der Rehabilitation. Deren Unterstützung ist essentiell für den Transfer des Erlernten in den Alltag, vor allem je jünger die Kinder sind.

Der niedergelassene Arzt stellte sich im Rahmen der Einrichtungsbefragung, der Elternbefragung sowie der Literatur als bedeutende Figur im Nachsorgeprozess heraus. Der Arzt kennt das gewohnte Umfeld und kann die familiäre Situation einschätzen. Ferner zeigte sich auch im Rahmen der Telefoninterviews mit Weiterbehandlern die Funktion des Niedergelassenen als Koordinator der Nachsorge.

Die Motivation war ebenfalls ein Aspekt, der von allen erhobenen Perspektiven erwähnt und zum Teil als Problem genannt wurde. Ist die Motivation des Kindes, Jugendlichen aber auch der Eltern nicht gegeben bzw. werden die Angebote nicht nach der motivationalen Phase differenziert, so ist eine langfristige Verhaltensänderung nur schwer erreichbar.

Die vorliegende Studie gibt erstmals einen Überblick über die aktuelle Situation der Nachsorge nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation aus Perspektive der Leistungserbringer, der weiterbehandelnden Ärzte sowie der Betroffenen und deren Eltern. Als Fazit kann festgehalten werden, dass bisher lediglich vereinzelte Pilotprojekte mit einer Zielgruppe (vorwiegend Kinder/Jugendliche mit Adipositas) durchgeführt wurden, es kein einheitliches Verständnis von Nachsorge gibt, Nachsorge in den Einrichtungen bisher überwiegend ohne strukturiertes Konzept angegangen wurde und der Informationsaustausch zwischen den Beteiligten nur sporadisch stattfindet, obwohl diesem eine hohe Bedeutung zugeschrieben wird. Weiterhin wurde der Kinder- und Jugendarzt als zentrale Figur von nahezu allen Befragten genannt, die Eltern haben eine entscheidende Funktion beim Transfer des Erlernten und die Motivation stellt die größte Umsetzungsbarriere von Nachsorgemaßnahmen dar.

Seit 2017 gelten für die Kinder- und Jugendrehabilitation, die im Rahmen des Flexirentengesetzes in Kraft getretenen Bestimmungen. Laut §17 SGB VI haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf nachgehende Leistungen, um den Erfolg der Rehabilitationsleistung zu sichern. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat laut §17 (2) SGB VI bis zum 01. Juli 2018 eine gemeinsame Richtlinie zu Zielen, persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen zu erarbeiten. Die gewonnenen Erkenntnisse der Studie können zur Erarbeitung dieser Richtlinie herangezogen werden, denn sie liefern wichtige Hinweise auf umsetzbare Konzeptideen und -bausteine.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Institutsmittel
- Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg

5.3 WELCHE MAßNAHME FÜR WEN? EVALUATION DES MITTELFRISTIGEN ERGEBNISSES VON LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN IN BERUFSFÖRDERUNGSWERKEN

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.

ANSPRECHPARTNER: Dr. R. Kaluscha, ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5102

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. 1) an.

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 zunehmend an Bedeutung.

Vollausbildung	• Ziel: formaler Abschluss in einem Lehrberuf • Dauer: zwei Jahre in Vollzeit
Teilqualifizierung	• Ziel: Erwerb einer Zusatzqualifikation in einem spezifischen Berufsfeld • Dauer: Wochen bis Monate
Integrations-maßnahme	• Ziel: Kombination von Wissensvermittlung und Praktikum • Dauer: mehrere Monate bis zu einem Jahr

Abb. 1: Merkmale der Bildungsleistungen

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 ausgewertet (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, Fehltage, 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, werden daraus Hinweise auf bedarfsgerechte Zuweisungskriterien abgeleitet.

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

AKTUELLER STAND

Die prospektiven Datenerhebungen (Prozessprofiling und Zusatzfragen) wurden Ende 2016 abgeschlossen. Rehabilitanden, die bis zu diesem Zeitpunkt ihre berufliche Rehabilitationsmaßnahme beendet haben, können für die Auswertungen zur Inanspruchnahme der verschiedenen Maßnahmen und zum Rehabilitationsergebnis herangezogen werden.

Aktuell liegen erste multivariate Analysen für die historischen Fälle vor. Grundlage

bilden die Daten der RSD 2014 sowie die im BFW routinemäßig erhobenen Daten. Im Fokus dieser Analysen standen die Inanspruchnahme der Maßnahmentypen Vollausbildung, Teilqualifizierung und Integrationsmaßnahmen. In diesen Analysen bestätigte sich der Einfluss der Merkmale Alter und abgeschlossene Berufsausbildung. Wie in den ausschließlich auf Basis der RSD-Daten durchgeführten Analysen zeigte sich, dass jüngere Rehabilitanden im Vergleich zu älteren Rehabilitanden und Rehabilitanden mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung im Vergleich zu angelernten oder ungelernten Rehabilitanden eher eine Vollausbildung als eine Integrationsmaßnahme durchführen. Des Weiteren zeichneten sich Einflüsse der im Fragebogen erhobenen Merkmale „Führerschein vorhanden“ versus „Führerschein nicht vorhanden“ und „örtlich gebunden“ versus „umzugsbereit“ ab. So scheinen Versicherte, die einen Führerschein besitzen und Versicherte die umzugsbereit sind eher eine Vollausbildung als eine Integrationsmaßnahme durchzuführen. Einige Unsicherheiten in den Analysen ergeben sich durch die in den Routinedaten nicht abbildbaren „weichen“ Einflussfaktoren wie bspw. die familiäre Situation oder die Motivation der Rehabilitanden. Zudem dürften vielfältige Wechselwirkungen zwischen den Variablen bestehen, die nur schwer abbildbar sind.

Die Analysen der retrospektiven Stichprobe zur Inanspruchnahme und den Ergebnissen der Bildungsmaßnahmen werden nun weiter vertieft. Nach Ablauf eines Nachbeobachtungszeitraums von einem Jahr (bis Ende 2017) werden bei Vorliegen der RSD 2017 auch für die prospektiven Erhebungen entsprechende Auswertungen zur Inanspruchnahme und zum Rehabilitationsergebnis durchgeführt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Institutsmittel
- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

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

5.4 BERUFLICH ORIENTIERTE REHABILITATION VON SUCHTKRANKEN IN STUFEN – EVALUATION DES BERUFLICH ORIENTIERTEN INTEGRATIONSFÖRDERPROGRAMMS

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.

ANSPRECHPARTNER: Dr. S. Jankowiak, ✉ silke.jankowiak@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5202

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 eine 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)

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 Rehabilitationsende 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 Rehabilitationsende haben.

AKTUELLER STAND

Die Rekrutierung der Kontrollgruppe sowie die Erfassung der entsprechenden Screening-Bögen sind abgeschlossen. Dabei liegen von rund 400 Fällen Screening-Bögen vor, wobei rund die Hälfte der Rehabilitanden die Rehabilitationsmaßnahme unter Kostenträgerschaft der DRV BW durchführte.

Im Zuge der Rekrutierung der BOSS-Teilnehmer konnten bis Ende 2016 in den Einrichtungen 188 BOSS-Teilnehmer rekru-

tiert werden, wobei lediglich 88 Rehabilitanden (47%) die Maßnahme unter Leistungsträgerschaft der DRV BW durchführten (Tab. 1). Da für das Jahr 2016 für etliche Rehabilitanden die Frage des Kostenträgers noch zu klären ist, ist davon auszugehen, dass diese Zahl noch steigen wird.

Tab. 1: Fallzahlen in der Interventionsgruppe pro Jahr je nach Kostenträger

	Kostenträger			
Reha-Jahr	*DRV BW*	*keine Angabe*	*sonstige*	*Summe*
2014	6 55%	0 0%	5 45%	11
2015	47 64%	0 0%	26 36%	73
2016	35 34%	53 51%	16 15%	104
Summe	**88** **47%**	**53** **28%**	**47** **25%**	**188**

Von den 188 BOSS-Teilnehmern haben ca. 20% (alle Leistungsträger) bzw. 23% (Leistungsträger DRV BW) der Rehabilitanden lediglich am Assessment teilgenommen (Abb. 2). Knapp die Hälfte der Rehabilitanden (alle Leistungsträger: 47%; Leistungsträger DRV BW: 43%) haben neben dem Assessment an 4 bzw. 5 BOSS-Modulen teilgenommen.

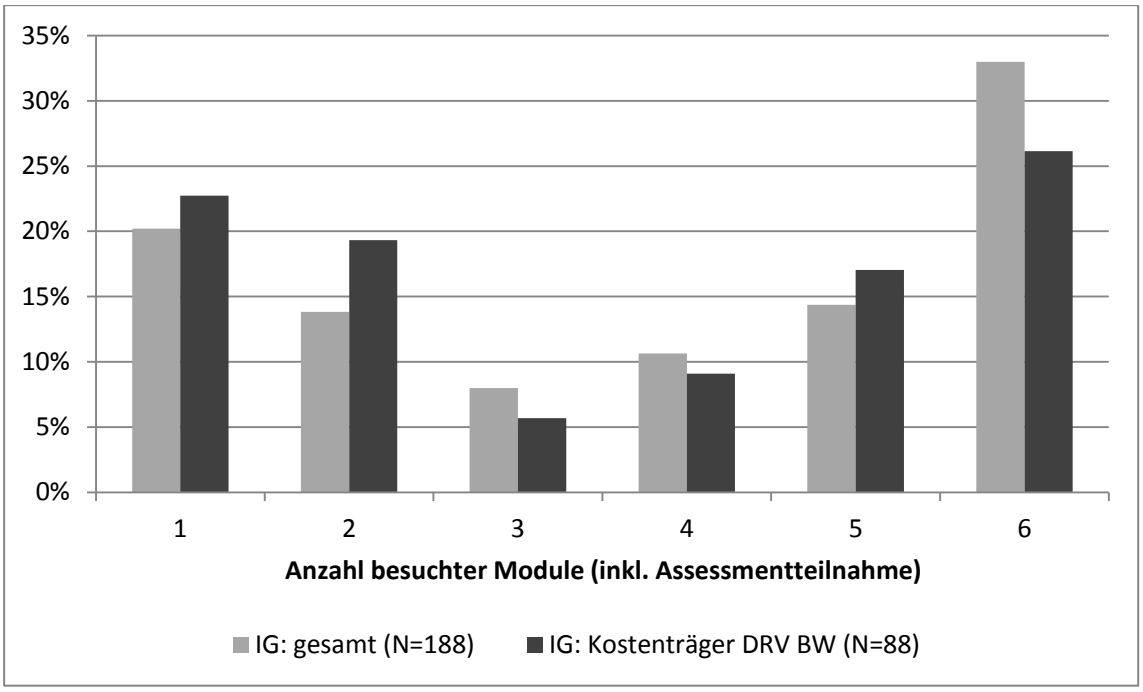

Abb. 2: Anzahl besuchter BOSS-Module für die gesamte Interventionsgruppe sowie für Rehabilitanden der DRV BW

Um die Abbruchquote zu verringern, d.h. die Quote der Teilnehmer zu erhöhen, die an allen Modulen teilnehmen und einen T2-Fragebogen ausfüllen, wurde vom BFW Bad Wildbad eine zeitliche Straffung der BOSS-Maßnahme vorgenommen. Das modifizierte Konzept wurde zu Beginn 2017 erprobt und hat sich als praktikabel erwiesen.

Die Rekrutierung der BOSS-Teilnehmer sowie die maschinelle Erfassung der Screening-, T1- und T2-Fragebögen wurden im Jahr 2017 fortgeführt. Im ersten Halbjahr 2017 konnten bereits 112 BOSS-Teilnehmer rekrutiert werden, wobei lediglich 28 Rehabilitanden (25%) die Maßnahme unter Leistungsträgerschaft der DRV BW durchführten; zu den übrigen Rehabilitanden fehlten entsprechende Angaben.

Im Berichtsjahr wird der Datenexport des KDS für die historischen Fälle vorgenommen. Die Daten werden gemäß dem entwickelten Pseudonymisierungskonzept mit der RSD datenschutzgerecht verknüpft, so dass erste Analysen der historischen Fälle durchgeführt werden können. So sollen anhand multivariater Verfahren Faktoren bestimmt werden, die einen Einfluss auf die Erwerbsprognose von Suchtpatienten haben. Diese Faktoren wären ggf. in die Regressionsmodelle für den Vergleich der BOSS-Teilnehmer mit den Kontrollen einzuschließen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Institutsmittel
- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- Sucht-Rehabilitationseinrichtungen des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv)
- Berufsförderungswerk Bad Wildbad (BFW Bad Wildbad)
- DRV Baden-Württemberg

5.5 FALLMANAGEMENT BEI LEISTUNGEN ZUR TEILHABE

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

ANSPRECHPARTNER: L. Schmid, ✉ Lucia.Schmid@uni-ulm.de, ☎ 07582 800-5205

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.

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 wurde zunächst eine nationale und internationale Literaturrecherche zu bestehenden Fallmanage-

mentkonzepten durchgeführt. Zudem erfolgte eine an die Rentenversicherungsträger gerichtete Befragung. Diese beinhaltete eine Fragebogenerhebung bei allen Trägern sowie daran anschließende, ergänzende Expertengespräche. Ziel der ersten Projektphase war 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 wurde zur Reflexion der Ergebnisse ein Expertenworkshop mit Vertretern der Rentenversicherungsträger durchgeführt.

In der zweiten Projektphase erfolgte die Entwicklung eines rentenversicherungsübergreifenden Fallmanagementkonzeptes. Die Basis für die Entwicklung des Konzeptes bildeten die Ergebnisse der vorausgehenden Projektphase. Darüber hinaus wurden deutschlandweit Fokusgruppen mit Experten sowohl aus der Rentenversicherung als auch aus anderen Bereichen (z.B. Vertreter von Leistungserbringern, Leistungsträgern, Betroffenen) durchgeführt. Im Mittelpunkt stand hier die Entwicklung von ersten Ideen zu einem Fallmanagementkonzept. Anschließend erfolgte die Konzepterarbeitung in enger Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber und den Rentenversicherungsträgern. Während der Erarbeitung des Konzeptes und nach Ausarbeitung des ersten vollständigen Konzeptentwurfs wurden weitere zwei Experten-Workshops unter Einbezug von Vertretern der Rentenversicherungsträger durchgeführt. Die dort gewonnenen Erkenntnisse wurden vom Projektteam in das Konzept eingearbeitet.

AKTUELLER STAND

Aktuell wird der Abschlussbericht, der auch das erarbeitete Konzept enthält, erstellt. Das Projekt wird wie geplant zum 30.09.2017 erfolgreich abgeschlossen werden. Alle vorgesehenen Arbeitspakete (systematische Literaturrecherche, Trägerbefragung, Expertengespräche, Fokusgruppen) wurden umgesetzt. Auch die geplanten Expertenworkshops wurden durchgeführt und boten den Rentenversicherungsträgern, eine Möglichkeit eigene Ideen und Sichtweisen einzubringen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

KOOPERATION

- Prof. Dr. Peter Löcherbach (Katholische Hochschule Mainz)
- Prof. Dr. Christian Rexrodt (Hochschule Bonn-Rhein Sieg)
- Prof. Dr. Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein Sieg)

5.6 REHABILITATIONSZUGANG UND -BEDARF: SEKTOREN-ÜBERGREIFENDE ANALYSE VON VERSORGUNGSDATEN DER AOK UND DRV BADEN-WÜRTTEMBERG

PROJEKTZIEL: Ziel des Projekts ist ein wissenschaftlicher Vergleich der Erwerbs- und Pflegeprognose zwischen Personen, die eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben und Personen mit einem potentiellen Rehabilitationsbedarf, die jedoch keinen Antrag gestellt haben (sog. Unterinanspruchnehmer). Dieser Vergleich könnte auch dazu beitragen, Aussagen über den Nutzen von Rehabilitation abzuleiten.

ANSPRECHPARTNER: J. Dannenmaier, ✉ julia.dannenmaier@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5107

HINTERGRUND

Die medizinische Rehabilitation hat das Ziel, Auswirkungen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und Betroffene möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern. Es gibt jedoch Personen (sog. Unterinanspruchnehmer), die keine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen, obwohl sie davon profitieren könnten.

Unklar ist dabei, mit welchen Konsequenzen für den Gesundheitszustand und die Erwerbsprognose des Betroffenen zu rechnen ist, wenn trotz Rehabilitationsbedarf die Behandlung verspätet eingeleitet oder gar keine entsprechende Maßnahme in Anspruch genommen wird. In diesem Projekt gelang es nun erstmals, für eine große Stichprobe Behandlungsdaten von Krankenkasse und Rentenversicherung datenschutzgerecht zusammenzuführen, so dass die notwendigen sektorenübergreifenden Analysen des gesamtem Behandlungsverlaufes erfolgen können.

METHODIK

Im Zuge der retrospektiven Kohortenstudie werden sowohl die Erwerbs- und Pflegeprognose als auch Behandlungs- und Krankheitsverläufe sowie damit einhergehende Kosten von Antragstellern und Nicht-Antragstellern mit einem ähnlichen Bedarfsprofil untersucht. Hierzu erfolgen eine sektorenübergreifende Analyse von Routinedaten der AOK BW, DRV BW und DRV Bund. Dies wird anhand von drei Stichproben realisiert: Versicherten mit chronischen Rückenschmerzen, Versicherte mit psychosomatischen Erkrankungen zur Ermittlung der Erwerbsprognose (Motto: „Reha vor Rente“) sowie geriatrischen Patienten mit Schenkelhalsbrüchen zur Ermittlung der Pflegeprognose (Motto: "Reha vor Pflege").

Zur Erkennung eines möglichen Rehabilitationsbedarfes werden anhand der Krankenkassendaten Behandlungsverläufe von Rehabilitanden vor der Rehabilitation analysiert. Als Indikatoren können z.B. bestimmte Diagnosen oder Medikamentenkombinationen, eine bestimmte Verteilung von Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie die wiederholte Behandlung wegen der gleichen Erkrankung herangezogen werden.

Um die entsprechenden Merkmalskonstellationen zu ermitteln, bieten sich Befragungen von Experten sowie mathematische Prognosemodelle (Regressionsmodelle) und Techniken der maschinellen Klassifikation (machine learning) an. Können bei anderen Versicherten diese typischen Merkmalsmuster identifiziert werden, ist also von einem potentiellen Rehabilitationsbedarf auszugehen. Bleibt bei diesen jedoch eine Antragstellung aus, bilden sie die Gruppe der Versicherten, bei denen eine Unterinanspruchnahme vorliegen dürfte.

Sowohl bei Personen im erwerbsfähigen Alter, als auch bei den nicht mehr erwerbstätigen Versicherten werden Behandlungsverläufe und -kosten ausgewertet. Eine Gegenüberstellung der Daten aus Vor- und Nachbeobachtungszeit erlaubt dann Aussagen bezüglich der Veränderungen des Gesundheitsstatus sowie des Behandlungsaufwands. Dabei wird geprüft, ob sich Unterinanspruchnehmer und Rehabilitanden hinsichtlich des weiteren Krankheits- und Behandlungsverlaufs unterscheiden. Ein Vergleich der Behandlungskosten zwischen den zwei Gruppen ermöglicht Aussagen darüber, in welcher Personengruppe krankheitsbedingte Folgekosten vermieden bzw. reduziert werden könnten.

Insbesondere bei Studienteilnehmern, die keine Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben, wird geprüft, welche Therapieangebote, z.B. ambulante oder stationäre Leistungen der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung), in Anspruch genommen werden und ob die Behandlungsergebnisse mit denen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme vergleichbar sind. Untersucht werden soll auch, ob sich Studienteilnehmer, die keine Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben, und Rehabilitanden hinsichtlich der Erwerbsprognose (bei Personen im erwerbsfähigen Alter) sowie der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen unterscheiden.

Weitere Analysen in Bezug auf soziodemografische Eigenschaften (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund) sowie Rehabilitations- und Rentenanträge sind geplant.

AKTUELLER STAND

Als relevante Merkmale zur Charakterisierung der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen wurden Behandlungen beim Hausarzt, Orthopäden, Neurologen sowie Radiologen identifiziert. Weiterhin erwiesen sich Schmerzmedikamente, Antidepressiva und Muskelrelaxantien und die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln als relevant.

Eine Analyse der Häufigkeit der Behandlungen, der Häufigkeit von Medikamentenverordnungen, der Häufigkeit von Heil- und Hilfsmittelverordnungen und der Arbeitsunfähigkeitsdauer ergab folgende Kriterien für potentiellen Rehabilitationsbedarf bei chronischen Rückenschmerzen: Falls ein Versicherter in zwei aufeinanderfolgenden Quar-

talen mindestens acht Mal ärztlich behandelt wurde, mindestens ein einschlägiges Medikament verordnet bekam und mindestens 20 Tage arbeitsunfähig war, so kann Rehabilitationsbedarf vermutet werden. Die Unterschiede bei der Häufigkeit von Heil- und Hilfsmittelverordnungen waren hingegen nur marginal bedeutsam.

Die Analyse der Inanspruchnahme von Rehabilitation ergab, dass diese häufiger von deutschen Staatsangehörigen und Beziehern von Arbeitslosengeld II in Anspruch genommen wurde. Ebenso zeigte sich eine vermehrte Inanspruchnahme einer Rehabilitation bei Versicherten, die in kaufmännischen und Verwaltungsberufen oder qualifizierten Tätigkeiten (z.B. Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Lehrer oder Techniker) tätig waren. Versicherte mit einem höheren Alter (56–63 Jahre) nahmen seltener eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch als Jüngere (40–55 Jährige).

Begleiterkrankungen (degenerative Gelenkerkrankungen und Substanzmissbrauch) erhöhten ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Versicherte, die häufiger vom Hausarzt oder Psychologen/Psychiater behandelt wurden, nahmen hingegen seltener eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch.

Beim multivariaten Vergleich der Behandlungsergebnisse zeigte sich, dass Rehabilitanden ein höheres Risiko für Arbeitslosigkeit aufwiesen, wohingegen Unterinanspruchnehmer häufiger Krankengeld bezogen. Die Arbeitsunfähigkeitsdauer war im zweiten und dritten Quartal vor der Rehabilitation in allen drei Gruppen vergleichbar (Abb. 3). In den beiden folgenden Quartalen stieg die AU-Dauer bei Rehabilitanden und Unterinanspruchnehmern deutlich an. Im weiteren Verlauf lag die AU-Dauer von Rehabilitanden unter der der beiden anderen Gruppen.

Es konnte kein signifikanter Unterschied im Frühberentungsrisiko zwischen Unterinanspruchnehmern, Rehabilitanden sowie Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen gezeigt werden. Unterinanspruchnehmer und Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen hatten mehr Arztkontakte und höhere Kosten für Medikamente in den Quartalen nach der Rehabilitation. Die Behandlungsinzidenz psychischer Erkrankungen war bei Unterinanspruchnehmern in den Folgejahren des Rehabilitationsbedarfs höher als bei Rehabilitanden.

Der Abschlussbericht des Projektes wird bis Dezember 2017 erstellt. Dort finden sich detailliertere Ergebnisbeschreibungen der Stichprobe mit chronischen Rückenschmerzen sowie die Ergebnisse der Substichproben mit psychischen Erkrankungen und geriatrischen Patienten mit Schenkelhalsbruch.

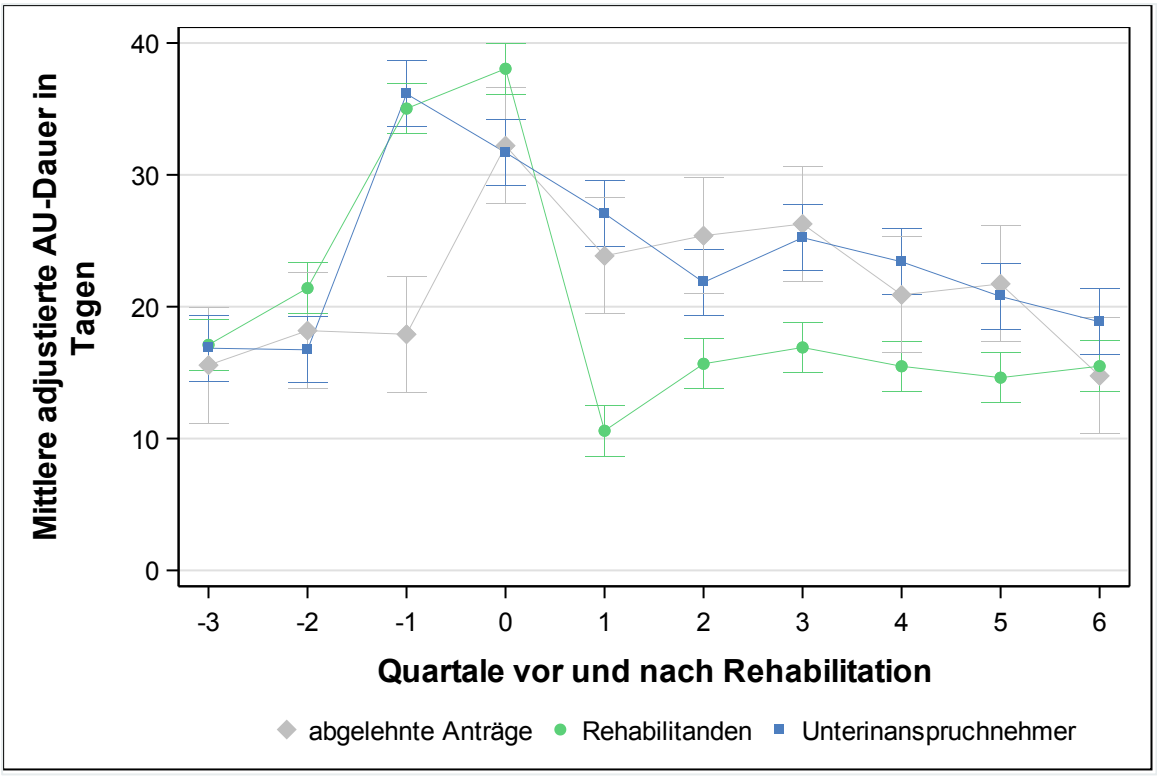

Abb. 3: Adjustierte Mittelwerte der AU-Dauer

SCHLUSSFOLGERUNG

Leider wird die Rehabilitation häufig erst sehr spät als Behandlungsoption in Betracht gezogen und eingeleitet. Die Erkrankung ist bei Rehabilitanden insofern weiter vorangeschritten und das Risiko für Arbeitslosigkeit höher. Dennoch konnte die Rehabilitation zur Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit beitragen und Folgekosten im niedergelassenen Bereich reduzieren.

AUSBLICK

Der sektorenübergreifende Datensatz hat ein großes Potential, um weitere Fragestellungen im Bereich der Rehabilitationswissenschaften zu beantworten. Ein aktualisierter Datensatz, der mit einer Versichertenbefragung erweitert würde, könnte dazu beitragen, Barrieren und Förderfaktoren für die Inanspruchnahme von Rehabilitation sowie Risikofaktoren für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu identifizieren.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Institutsmittel
- DRV Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg
- DRV Bund

5.7 EVALUATION DES BEHANDLUNGSKONZEPTS FÜR DIE INDEXDIAGNOSE S72 (OBERSCHENKELFRAKTUR) IN DER GERIATRISCHEN REHABILITATION *AOK-PROREHA GERIATRIE*

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.

ANSPRECHPARTNER: Dr. S. Knapp, ✉ sebastian.knapp@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5108

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 mit dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ konsequent umgesetzt und hierdurch die Selbstständigkeit der älteren Menschen erhalten bzw. wieder hergestellt wird.

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.

Im 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 die Dokumentation der durchgeführten Therapieelemente bzw. Behandlungsintensität sowie eventueller Gründe für eine Abweichung vom Behandlungskonzept. Dies erlaubt eine Beurteilung der Praktikabilität der neuen Behandlungsvorgaben. Um einen Vergleich mit der bisherigen Versorgungspraxis vornehmen zu können, werden die Modellkliniken hinsichtlich der Inhalte ihres bisherigen Behandlungskonzepts befragt.

AKTUELLER STAND

Die Erfassung und Aufbereitung der „historischen“ KODAS-Daten sowie der eingegangenen Evaluationsbögen ist abgeschlossen. Die Auswertung auf Nicht-Unterlegenheit des neuen Behandlungskonzepts gegenüber der bisherigen Versorgungspraxis wurde durchgeführt und erste Evaluationsergebnisse auf dem AOK-Fachtag Reha vom 30. Juni in Stuttgart präsentiert.

Es konnte nachgewiesen werden, dass das neue Behandlungskonzept mindestens genauso gut ist wie die bisherigen Konzepte der jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen. Somit ist der Weg für einen flächendeckenden Einsatz des neuen Behandlungskonzepts in Baden-Württemberg geebnet. Veränderungen waren insbesondere im Bereich des Entlassungsmanagements zu beobachten. So sank der Anteil der Rehabilitanden, bei denen die Klinik Probleme nach der Entlassung sieht, weil z.B. nötige Unterstützung fehlt oder Wunsch und Möglichkeiten des Betroffenen differieren. Tendenziell wurden auch mehr Rehabilitanden in das gewohnte Wohnumfeld entlassen. Ein Grund dafür könnte sein, dass eine rechtzeitige Vorbereitung aller Beteiligten auf die Entlassung expliziter Bestandteil des neuen Behandlungskonzeptes ist.

Derzeit erfolgen detailliertere Auswertungen auf Klinikebene. Für die Präsentation und Diskussion dieser Ergebnisse ist im Herbst 2017 ein Treffen mit den beteiligten Kliniken geplant.

Für das vierte Quartal ist die Fertigstellung des Abschlussberichts vorgesehen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- AOK Baden-Württemberg

KOOPERATION

- AOK Baden-Württemberg
- IGES Institut Berlin GmbH
- Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Geriatrie Baden-Württemberg

5.8 ENTWICKLUNG EINES INTUITIV BEDIENBAREN BEWEGUNGSUNTERSTÜTZENDEN ROBOTERGERÄTS MIT SELBSTANPASSUNG (SE_BURG)

PROJEKTZIEL: Das Gesamtziel des Verbundprojektes ist die Entwicklung einer einfach anzuwendenden aktiv-assistiven Motorschiene (SE_BURG). Die bisherigen zeitaufwändigen und benutzerunfreundlichen Einstellschritte sollen entscheidend vereinfacht werden. Trotzdem sollen die Geräte in der Lage sein, sich selbständig an das Knie des Patienten anzupassen.

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.

ANSPRECHPARTNER: Dr. S. Knapp, ✉ sebastian.knapp@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5108

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.

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. 4).

Abb. 4: Testung Demonstrator SE_BURG

METHODIK

Das Projekt beinhaltet die Entwicklung eines Prototyps 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 dessen 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 gesunden Versuchsteilnehmern sowie Therapeuten und 20 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.

AKTUELLER STAND

Das Projekt wurde planmäßig Ende Dezember 2016 abgeschlossen. Der Abschlussbericht wurde dem Projektträger zugesendet. Aktuell wird in Kooperation mit dem FWBI eine Publikation vorbereitet.

Im Nachfolgeprojekt inBURG ist geplant, die Motorschiene noch weiter an die individuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Dabei soll mittels Biosensorik für jeden Patienten erkannt werden, in welchem Reizzustand sich das Kniegelenk (Schwellung, Muskeltonus) befindet, um die Motorschiene und das Training so optimal an den Patienten anzupassen. Dieses, ebenfalls vom BMBF geförderte, Verbundprojekt startete im ersten Quartal 2017.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Moor-Heilbad Buchau gGmbH

KOOPERATION

- 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

5.9 EVALUATION DER EFFEKTE DER MEDIZINISCH-BERUFLICH ORIENTIERTEN REHABILITATION BEI KARDIOLOGISCHEN UND PNEUMOLOGISCHEN REHABILITANDEN DER REHABILITATIONSKLINIK HEIDELBERG-KÖNIGSTUHL

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.

ANSPRECHPARTNER: Dr. S. Jankowiak, ✉ silke.jankowiak@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5202

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 Deutsche Rentenversicherung ein „Anforderungsprofil zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“[1] 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.

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

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

Fragebogens („Würzburger Screening“) identifiziert und bei Bedarf dem berufsbezogenen Behandlungskonzept (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

Nach Abschluss der Fragebogenentwicklung wurden die Bögen zunächst in einem Testlauf an einige Rehabilitanden ausgegeben und im Anschluss verfeinert.

Um eine effektive Datenerhebung in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl zu erleichtern, wurden die notwendigen Erhebungsschritte und Dokumentationsaufgaben detailliert beschrieben. Dieser Vor-

schlag wurde in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl im Zuge eines Kick-Off-Meetings vorgestellt, diskutiert und verfeinert. So sind alle beteiligten Mitarbeiter, insbesondere die in der Klinik beschäftigte Studienassistenz, über die Abläufe im Bilde.

Seit Beginn des Berichtsjahres liegt das für die Studie erforderliche positive Votum der Ethikkommission vor. Hiernach wurde unmittelbar mit der Rekrutierung der MBOR-Teilnehmer begonnen. Zugleich erfolgt die Erfassung der Fragebogenangaben. Hierzu werden die Studien-Datenbank sowie Scanmasken für das maschinelle Einlesen der Fragebögen erstellt.

Parallel zur Rekrutierung der prospektiv zu befragenden Rehabilitanden wird im Berichtsjahr durch die Studien-Assistenz in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl das in Papierform vorliegende Würzburger Screening der historischen Fälle für die weiteren Auswertungen erfasst.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Institutsmittel
- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl
- DRV Baden-Württemberg

5.10 ZUGANG UND INANSPRUCHNAHME ONKOLOGISCHER REHABILITATIONSMAßNAHMEN SOWIE EFFEKTE AUF DIE ERWERBS- UND PFLEGEPROGNOSE

PROJEKTZIEL: Im Rahmen dieser Studie sollen einerseits Merkmale, die die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen, identifiziert werden. Anderseits 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.

ANSPRECHPARTNER: Dr. S. Jankowiak, ✉ silke.jankowiak@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5202

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.

METHODIK

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

Im ersten Schritt erfolgt eine sektorenübergreifende 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.

Mittels multivariater Analysen werden sowohl individuelle Eigenschaften der Patienten (z.B. Krebsart, Erkrankungsphase/-stadium, Begleiterkrankungen, soziodemografische Merkmale) als auch 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.

Im 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) und weiteren Kontextfaktoren.

AKTUELLER STAND

Nachdem im Jahr 2016 die Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe konkretisiert wurden, erfolgten anhand der Routinedaten erste statistische Auswertungen, um krebstypische Behandlungen zu identifizieren. Hierzu wurde zunächst eine zufällige Stichprobe aus den verbleibenden Versicherten ohne Krebsdiagnose mit ähnlicher Alters- und Geschlechtsstruktur gezogen. Anschließend wurden therapeutische Leistungen (EBM), Prozeduren im Krankenhaus (OPS) sowie Verordnungen von Heil- bzw. Hilfsmitteln und Medikamenten zwischen den ausgewählten onkologischen Patienten und den Vergleichspersonen verglichen. Daraus wurden die Leistungen ermittelt, die bei onkologischen Patienten signifikant häufiger auftreten als in der Vergleichsgruppe (relatives Risiko). Die so ermittelten Leistungen werden derzeit durch Experten hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit der jeweiligen Krebsdiagnose bewertet.

Für die Entwicklung des Fragebogens wurde in einem ersten Schritt eine Literaturrecherche zu den Prädiktoren der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. Hierfür wurden einschlägige Datenbanken sowie die Tagungsbände der vergangenen Reha-Kolloquien nach vorab ausgewählten Stichworten (z.B. „rehabilitation“ AND „cancer“ AND „barriers“; „Rehabilitation“ AND „Inanspruchnahme“ AND „Krebs“) durchsucht. In einem zweiten Schritt wurden sowohl Assessments, die speziell für Krebspatienten entwickelt wurden, als auch standardisierte indikationsübergreifende Instrumente gesichtet und auf Relevanz geprüft. Für Parameter, zu denen noch keine Instrumente vorliegen, wurden vom IFR eigene Fragen entwickelt.

Um weitere Informationen für die Fragebogenentwicklung und die Datenanalyse zu gewinnen, wurden darüber hinaus Experteninterviews durchgeführt. Anhand eines Interviewleitfadens wurden Charakteristika der Inanspruchnehmer, unterrepräsentierte Patientengruppen, Barrieren und Förderfaktoren der Inanspruchnahme sowie typische Behandlungsverläufe onkologischer Patienten abgefragt.

Der Fragebogen wird abschließend mit Experten, insbesondere mit dem Projektpartner Dr. Widmann, abgestimmt.

Der für die Studie erforderliche Ethikantrag sowie ein Anschreiben zur Information und Aufklärung der zu befragenden Patienten

über die Studie wurde verfasst und wird nach Fertigstellung der Fragebögen der Ethikkommission Ulm zugesandt. Nach positivem Ethikvotum kann mit der Befragung onkologischer Patienten begonnen werden.

Diese soll dann in Kooperation 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) erfolgen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg
- Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Widmann (Asklepios Klinik Triberg)
- Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

5.11 BEWEGUNGSUNTERSTÜTZENDE ROBOTERGERÄTE FÜR INDIVIDUALISIERTE BEHANDLUNG IN BEWEGUNGSTHERAPIE/REHABILITATION (INBURG) – TEILVORHABEN: MEDIZINISCHE WISSENSBASIS UND KLINISCHE EVALUATION

PROJEKTZIEL: Ziel ist die Individualisierung einer bewegungsunterstützenden Schiene für das Knie, die sich verhaltens- bzw. funktionsmäßig an den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten anpassen kann. Hierfür soll das individuelle Leistungsniveau des Patienten bzw. der Reizzustand (z.B. Schwellung, Muskeltonus, Schmerz und mögliche weitere) des zu bewegenden Beines mittels Sensoren fortlaufend gemessen und bei der Festlegung von Trainingsumfang bzw. -intensität fortlaufend angepasst werden, damit eine optimale Trainingssteuerung erreicht werden kann.

ANSPRECHPARTNER: Dr. S. Knapp, ✉ sebastian.knapp@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5108

HINTERGRUND

Im Projekt soll erstmalig ein Therapiegerät für das Kniegelenk eine fortlaufende Erhebung des individuellen Reizzustand und Leistungsniveau eines Patienten ermöglichen und daran orientiert die Trainingsintensität stetig an den Patienten anpassen. Dafür muss die Gerätesteuerung der vorhandenen Bewegungsschiene (BURG) mit einer zusätzlichen Sensorik zur Erfassung des Patientenzustandes („Biosensorik“) und einer erweiterten „intelligenten“ Software (Expertensystem) ausgestattet werden.

Die so ermöglichte individualisierte Behandlung soll eine bestmögliche Unterstützung der Rehabilitation gewährleisten. Auch für die Diagnostik ist inBURG von großem Nutzen, da mit diesem Gerät der Ist-Zustand des behandelten Gelenks ohne Personalaufwand erhoben, ausgewertet und die Therapie daraufhin angepasst werden kann. Präventiv können somit zu hohe Trainingsintensitäten und sich ggf. daraus resultierende Entzündungs- bzw. Reizzustände reduziert bzw. sogar vermieden werden.

Nach aktuellem Kenntnisstand gibt es derzeit noch keine Bewegungsschienen, die ihre Intensität und Dauer anhand relevanter Reiz- und Leistungsparameter dem Nutzer individuell anpassen können.

METHODIK

Der Beitrag des IFR Ulm am Gesamtvorhaben umfasst dabei die „Formulierung der medizinischen Wissensbasis“ sowie die „Mitarbeit bei der klinischen Testung“.

Die „Formulierung der medizinischen Wissensbasis“ befasst sich dabei mit der Untersuchung geeigneter Parameter, die den Reizzustand und das Leistungsniveau postoperativ an einem Gelenk aufzeigen können. Diese Definition beinhaltet Literaturrecherchen in elektronischen Datenbanken, Befragungen von Ärzten, Therapeuten und den späteren Anwendern zu möglichen Erhebungsparametern sowie Testreihen mit verschiedenen Parametern wie z.B. Schwellungsmessung.

Das Ziel ist dabei, Parameter für die Entwicklung eines bewegungsunterstützenden Robotergeräts zu definieren, das eine individuelle Bewegungstherapie realisiert und so den Heilungsprozess optimal unterstützt. Hierbei ist es essentiell sowohl eine Überforderung, die mit Reizzuständen, und eine Unterforderung, die mit einer verminderten Belastbarkeitssteigerung des Gewebes einhergehen kann, zu vermeiden.

Die „Mitarbeit bei der klinischen Testung“ des Demonstrators inBURG, bei der das IFR Ulm eng mit dem Projektpartner Reha-Klinik zusammenarbeitet, baut auf der Formulierung der medizinischen Wissensbasis auf. Diese klinische Testung beinhaltet die Entwicklung eines Studiendesigns inklusive Ethikantrag, um inBURG an Probanden und Patienten auf Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit zu testen. Bei der Testung wird insbesondre auf die ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekte (ELSI) geachtet. Dazu werden im Prozess der Studien- und Assessment-Entwicklung Patienten wie Therapeuten aktiv mit einbezogen. Ferner wird untersucht, inwieweit die definierten Parameter in der praktischen Anwendung dazu geeignet sind, den Reiz- und Leistungs-

zustand zu erheben und eine effektive Therapie zu initiieren.

Dieses Teilvorhaben des IFR Ulm soll das Gesamtprojekt dahingehend unterstützen, dass effektive Parameter (Medizinische Wissensbasis) gewählt und niedrige Entwicklungskosten (Klinische Testung) eingehalten werden können.

AKTUELLER STAND

Im ersten Quartal 2017 fanden Vorüberlegungen zu Anforderungen an das individualisierte Gerät und zur Wahl und Diagnostik der Erhebungsparameter statt. Hierbei lieferte das IFR das notwendige Wissen sowohl aus der Praxis durch Therapeuten- und Nutzerbefragungen als auch aus der Theorie durch Recherchen in verschiedenen elektronischen medizinischen Datenbanken.

Es konnten die wesentlichen Symptome eines Reizzustandes im Kniegelenk identifiziert und sich auf eine vorläufige Auswahl verschiedener Sensorikinstrumente geeinigt werden. Es werden Kriterien und Anforderungen aus Wissenschaft und klinischen Alltag an die Sensorik formuliert. Für die Erstellung des Expertensystems werden im dritten Quartal die Ausprägungen der Reizzustandssymptome vor dem Hintergrund einer Trainingsanpassung formalisiert.

Des Weiteren wird im ersten Projektjahr eine klinische Testung vom IFR in Zusammenarbeit mit der Moor-Heilbad Buchau gGmbH entwickelt und hierfür ein Ethikantrag gestellt, um im dritten Studienjahr den inBURG Demonstrator an gesunden Probanden und Patienten testen zu können.

Für das 2. Projektjahr (2018) sind die Entwicklung der graphischen Benutzeroberfläche (GUI) und die Realisierung zwischen Bediengerät und Nutzerschnittstelle geplant.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

KOOPERATION

- Dr. Paul Koch GmbH
- FWBI – Friedrich Wilhelm Bessel Institut
- Institut für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik, Universitätsklinikum Ulm
- Velamed GmbH
- Protendon GmbH & Co. KG
- Moor-Heilbad Buchau gGmbH

5.12 MODELLIERUNG DES EINFLUSSES VON REHABILITATIONS-EINRICHTUNGEN AUF DIE INTEGRATION

PROJEKTZIEL: Bestehen auch nach Einführung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung noch Unterschiede zwischen den Behandlungsergebnissen der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen? Gibt es auch bei Berücksichtigung von Unterschieden der zugewiesenen Rehabilitanden einen Einfluss der Kliniken auf die beruflichen Integrationsquoten nach der Maßnahme, wenn ja wie unterscheiden sich die Einrichtungen?

ANSPRECHPARTNER: J. Dannenmaier, ✉ julia.dannenmaier@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5107

HINTERGRUND

Weltweit besteht für die Gesundheitsdienstleiter die Herausforderung eine kosteneffektive, gut zugängliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Als eine mögliche Antwort darauf wurden Systeme entwickelt, die gute Behandlungsergebnisse belohnen (P4P = Pay for Performance) und so die Qualität des Gesundheitswesens verbessern sollen. Durch dieses qualitätsbezogene Vergütungsmodell werden qualitativ hochwertige Leistungen mit Zuschlägen honoriert und/oder Leistungen mit einer unterdurchschnittlichen Qualität mit Abschlägen belegt. Zur Qualitätsbeurteilung können dabei Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikatoren herangezogen werden.

Die Qualitätssicherung (QS) der Deutschen Rentenversicherung umfasst ebenfalls diese drei Bereiche: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Messung der Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung werden Rehabilitanden befragt. Dabei werden im QS-Report der Deutschen Rentenversicherung der subjektive Behandlungserfolg und die Zufriedenheit mit der Behandlung dargestellt.

Das wesentliche Ziel von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung stellt die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit dar. Im Hinblick auf die Bewertung der Ergebnisqualität von Rehabilitationseinrichtungen sollte daher diese Zielgröße stärker berücksichtigt werden.

METHODIK

Für die Analysen wurden Rückenschmerz-Rehabilitanden und psychosomatische Rehabilitanden im Alter von 18 bis 63 Jahren ausgewählt. Die Analysen erfolgten getrennt nach Indikationsgruppe.

Zur Beschreibung der Stichproben wurden kategoriale Merkmale anhand der anteili-

gen und absoluten Häufigkeiten, numerischen Größen mit dem Mittelwert und der Standardabweichung beschrieben. Unterschiede zwischen den Kliniken wurden mittels eines χ^2-Tests bzw. dem Kruskal-Wallis-Test untersucht.

Die multivariaten Vergleiche zwischen den Kliniken wurden anhand (verallgemeinerter) linearer Modelle (GLM) unter Berücksichtigung der Rehabilitandenmerkmale und des Ausgangsstatus realisiert. Zum Vergleich der Kliniken wurde eine Trichtergrafik (Funnelplot) eingesetzt.

ERGEBNISSE

Bei der Stichprobenbeschreibung zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken bei fast allen Merkmalen.

Der Erwerbsstatus im 24. Monat nach der Rehabilitation der Rückenschmerz-Rehabilitanden wurde im Wesentlichen vom Alter, der Anzahl der Diagnosen, der Beschäftigung im Monat vor der Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation beeinflusst. Beim Erwerbsstatus im 12. Monat nach der Rehabilitation der Rückenschmerz-Rehabilitanden waren das Alter Beschäftigung im Monat vor sowie im 12. Monat vor der Rehabilitation und die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation die stärkten Einflussfaktoren.

Die wichtigsten Einflussfaktoren auf das sozialversicherungspflichtige Entgelt im zweiten nach der Rehabilitation der Rückenschmerz-Rehabilitanden waren das Alter, die Anzahl der Diagnosen im Entlassbrief sowie das sozialversicherungspflichtige Entgelt und die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation. Das Alter, sozialversicherungspflichtiges Entgelt im Jahr vor der Rehabilitation, die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation, die Art der Rehabilitationsmaßnahme (Anschlussrehabilitation oder Heilverfahren) sowie eine bevorzugte Einladung waren die Wesentlichen Einflussgrößen auf das sozialversicherungspflichtige Entgelt im Jahr nach der Rehabilitation der Rückenschmerz-Rehabilitanden.

Die Summe der Beiträge in den sechs, zwölf und 24 Monaten nach der Rehabilitation wurden vom Alter, der Summe der Beiträge in den zwölf Monaten vor der Rehabilitation, der Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation und der Arbeit vor Antragsstellung (Wechselschicht, Ganztagsarbeit, Teilzeit) signifikant beeinflusst. Eine Aufforderung durch die Krankenkasse, Anschlussrehabilitationen und eine bevorzugte Einladung waren in den Modellen zur Summe der Beiträge in den sechs und 24 Monaten zudem enthalten.

Die wesentlichen Einflussgrößen auf den Erwerbsstatus im zwölften und 24. Monat nach der Rehabilitation der psychosomatischen Rehabilitanden waren das Alter, der Erwerbsstatus im Monat vor der Rehabilitation und die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation.

Das sozialversicherungspflichtige Entgelt im Jahr und im zweiten Jahr nach der Rehabilitation der psychosomatischen Rehabilitanden wurde ebenfalls vom Alter, den Erwerbsstatus im Monat vor der Rehabilitation und der Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation am stärksten beeinflusst.

Die Summe der Beträge innerhalb der sechs, zwölf und 24 Monate nach der Rehabilitation der psychosomatischen Rehabilitanden wurden vom Alter, der Summe der Beiträge in den 12 Monaten vor der Rehabilitation und der Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation. Die Summe der Beiträge in den sechs Monaten nach der Rehabilitation wurde außerdem von der Anzahl der Diagnosen und besonderen Rehabilitandengruppen (bevorzugte Einladung, Reha-Leistung aus dem Rentenverfahren und Reha-Leistung nach Reha-Rechtsbehelf) beeinflusst.

Daher mussten beim Vergleich der Kliniken vorbestehende Unterschiede bei den hier aufgeführten Merkmalen berücksichtigt und mathematisch kompensiert werden (Adjustierung). Diese adjustierten Ergebnisse wurden als Trichtergrafiken (Funnelplots) dargestellt und ausgewertet.

Dabei zeigte sich ein breites Mittelfeld von Kliniken mit sehr ähnlichen Ergebnissen. Allerdings gab es auch Ausreißer nach oben und unten. So lagen die orthopädischen Kliniken A, K und L mehrfach im auffälligen Bereich. Bei den psychosomatischen Kliniken war Klinik 7 mehrfach im positiven Bereich, die Kliniken 1, 2, 5, 9 und 11 lagen mehrfach im auffälligen Bereich.

SCHLUSSFOLGERUNG

Rehabilitationseinrichtungen haben auch nach Berücksichtigung von Unterschieden bei den zugewiesenen Rehabilitanden einen Einfluss auf die beruflichen Integrationsquoten nach der Maßnahme. Die entwickelten Modelle für orthopädische und psychosomatische Rehabilitanden stellen eine sinnvolle Ergänzung zur Qualitätssicherung der Rentenversicherung dar.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Braunschweig-Hannover

KOOPERATIONEN

- DRV Braunschweig-Hannover

5.13 EVALUATION DES BEHANDLUNGSKONZEPTS FÜR SCHLAGANFALLPATIENTEN DER PHASE D IN DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION *AOK-PROREHA SCHLAGANFALL*

PROJEKTZIEL: Die AOK Baden-Württemberg strebt durch ihr Projekt *AOK-proReha Schlaganfall* landesweit eine Verbesserung und Harmonisierung der Versorgungssituation in der neurologischen Rehabilitation an.

Die Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) des Universitätsklinikums Freiburg entwickelte dazu im Auftrag der AOK Baden-Württemberg ein neues Behandlungskonzept für Schlaganfallpatienten der Phase D.

Das IFR Ulm wurde von der AOK Baden-Württemberg mit der Evaluation des neuen Behandlungskonzepts betraut. Das Augenmerk liegt dabei auf der Ergebnisqualität. Es soll untersucht werden, welche Effekte das neue Behandlungskonzept gegenüber den bisherigen Behandlungsstrategien der Einrichtungen mit sich bringt.

ANSPRECHPARTNER: Dr. S. Knapp, ✉ sebastian.knapp@ifr-ulm.de, ☎ 07582 800-5108

METHODIK

Vor und nach Implementierung des neuen Konzepts erfolgt die Datenerhebung in den teilnehmenden Kliniken auf Grundlage einer Patientenbefragung sowie vereinheitlichter Untersuchungs- und Testverfahren (Assessmentbatterie). Zudem sollen nach Implementierung auch die durchgeführten therapeutischen Maßnahmen sowie aufgetretene Probleme bei der Umsetzung mittels eines Therapiedokumentationsbogens erhoben werden.

Hauptzielgröße der Evaluation ist die Ergebnisqualität auf Basis der festgelegten Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Assessments). Dabei wird geprüft, ob das neue Konzept zumindest gleich gut (Prüfung auf Nicht-Unterlegenheit) oder sogar besser ist, als die bisher in der Praxis angewandten Konzepte der einzelnen Kliniken. Ferner wird erhoben, inwieweit das neue Konzept in der Praxis umsetzbar ist.

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

Das Behandlungsergebnis kann über die Differenz der Aufnahme-, Entlassungs- und Katamnesedaten bestimmt werden. Dieses

erfolgt sowohl für die historischen als auch für die neuen 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

Ein positives Ethikvotum liegt vor. Im August 2017 startete die Erhebung der „historischen" Daten vor Implementierung des neuen Konzepts in den Kliniken. Dazu wurde in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Projektbeirat, der AG-Assessment (Expertengremium) sowie den teilnehmenden Kliniken Batterie an Erhebungsinstrumenten entwickelt. Vor Beginn der Erhebung wurden Auftakttreffen in den einzelnen Kliniken durchgeführt, um die beteiligten Mitarbeiter bei der Studiendurchführung bestmöglich unterstützen zu können. Den teilnehmenden Kliniken wurden umfangreiche Unterlagen zur Studiendurchführung durch das IFR Ulm zur Verfügung gestellt. Die Erhebung der „historischen" Daten ist bis Ende Dezember 2017 geplant.

Im Januar 2018 soll mit der Implementierung des neuen Behandlungskonzepts durch SEVERA begonnen werden. Nach Abschluss der Implementierungsphase wird mit der zweiten Datenerhebung durch das IFR Ulm begonnen.

Im 3. Quartal werden für die Zielgrößen die kleinsten klinisch relevanten Unterschiede (MCID) erarbeitet und im 4. Quartal mit dem wiss. Beirat konsentiert. Die vorherige Festlegung der MCID ist Voraussetzung für die im Rahmen der Evaluation durchzuführende Analyse auf Nicht-Unterlegenheit.

Im Quartal 1 2018 wird voraussichtlich mit der Katamnesebefragung der Rehabilitanden begonnen, die zu Beginn 2019 abgeschlossen werden soll.

Im 4. Quartal sollen auch die ersten Datenanalysen beginnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- AOK Baden- Württemberg

KOOPERATION

- AOK Baden- Württemberg
- Neurologische Rehabilitationskliniken

6. VERANSTALTUNGEN

Am 06. Oktober 2017 fand die zweite Veranstaltung der Symposium Reihe *FOCUS Rehabilitation* mit dem Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) im Rittersaal der Villa Eberhardt in Ulm statt. Zu Gast waren Interessierte aus Kliniken, der Leistungsträger, der Wissenschaft, verschiedenen Verbänden und Arbeitgebern.

Herr Ulrich Hartschuh (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg) warf eine rechtliche Brille auf das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und zeigte neben den Chancen auch die Unübersichtlichkeiten auf. Einerseits zeigt die Wissenschaft, dass die Planung und Steuerung von betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten, inklusive Beteiligung aller Funktions- und Entscheidungsträger, ein wesentliches Merkmal guter Praxis darstellt. Andererseits scheint es für Klein- und Kleinstunternehmen, wie den örtlichen Stuckateurbetrieb mit 5-7 Mitarbeitern, unmöglich zu sein, dieses Kriterium zu erfüllen. Hier wäre das Motto „*weniger ist mehr*“ gewinnbringender. Das heißt es gibt weder DEN BGF-Begriff noch DAS BGF-Konzept.

Auch Christian Konrad (AOK Baden-Württemberg) betonte, dass der Begriff des Managements für Klein- und Kleinstunternehmen abschreckend wirkt. Er sieht Leistungen des BGF vielmehr als Prozess, bei dem Netzwerke und insbesondere der Austausch erstrebenswert sind und daher gefördert werden sollten. Als Good-Practice-Beispiel zeigte sich das Konzept der „Betriebsnachbarschaft“. Betriebe schließen sich zusammen, um gemeinsam BGF-Maßnahmen zu organisieren und nutzen gegenseitig vorhandene Ressourcen und Erfahrungen. Weitere Unterstützung bieten die BGF-Koordinierungsstellen, von denen sich Betriebe individuell beraten lassen können.

Über die konkrete Umsetzung von BGF im Alltag und deren Stolpersteine berichtete Frau Karoline Bauer (Arbeitgeber Baden-Württemberg). Sie erläuterte den langen Weg vom ersten Anstoß, meist durch den Personalbereich, über die Überzeugung der Führungskräfte mit harten Fakten, hin zur Definition von Verantwortlichkeiten und Zielen. Ihr Plädoyer lautet: „Unternehmen nicht mit Begrifflichkeiten und Strukturen überfordern.“ Somit sind es die kleinen Schritte bis zum Ziel.

Herr Dr. Harald Knyrim (Federseeklinik, Bad Buchau) ermahnte, dass beide Pfade, sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisprävention beschritten werden müssen. Dabei ist es erforderlich nicht nur den Mikrokosmos, bestehend aus den einzelnen Aspekten der Gesundheit (Ernährung, Bewegung oder psychosoziale Themen), getrennt zu betrachten, sondern diese miteinander in Verbindung zu bringen und gemeinsam aufzugreifen. Es gilt für ein Unternehmen, aber auch für jeden Einzelnen: zum Erhalt der Gesundheit müssen tägliche Investitionen, auch wenn es „nur“ Zeit ist, getätigt werden. Maßnahmen des BGF schaffen eine wichtige Grundlage, allerdings ist ein langer Atem gefordert, denn BGM ist Evolution und nicht Revolution. Jeder Anfang ist zäh, aber durch Ausdauer können erfolgreiche Strategien etabliert werden.

Dr. Werner Geigges (Rehaklinik Glotterbad) machte nach einer kleinen Pause den Einstieg zu den Best-Practice-Beispielen und stellte das Modell BalancePlus vor. Dabei handelt es sich um einen ausschließlich ressourcenorientierten Gruppenansatz auf Basis des Züricher Ressourcenmodells. Im Rahmen der Evaluation zeigten sich Verbesserungen in den Einschätzungen des Work Ability Index (WAI). Das Präventionsprogramm hat laut Herrn Dr. Geigges aber auch Stolpersteine. Dazu zählen das Akzeptanz-Problem und die Abbrecher. Das Stigma psychische Erkrankung ist weit verbreitet und führt dadurch zu einer teilweise ablehnenden Haltung gegenüber dem Programm. Laut Dr. Geigges wird deshalb kein „Seelenstriptease“ von den Teilnehmenden verlangt sondern ausschließlich über deren Ressourcen gesprochen.

Auch Betsi 2.0 integriert ressourcenorientierte Gruppenarbeit so Dieter Beh (Rehaklinik Überruh). Des Weiteren wurde Betsi um psychologische Diagnostik und Selbstreflexionsübungen ergänzt. Wie Selbstreflexion aussehen kann, konnten die Teilnehmenden des Symposiums selbst anhand einer Körperwahrnehmungsübung erfahren. Die Erkenntnis, dass Gesundheit nie allein vom Arbeitsplatz oder von der Familie oder vom Freizeitverhalten abhängt, sondern ein Zusammenspiel ist, sollte allen Betsi-Teilnehmern bewusst werden.

Frau Nicole Freidl (Liebherr-Hausgeräte Ochsenhausen GmbH) zeigte die vier Bausteine des BGM bei Liebherr-Hausgeräte. Dazu zählen die Basisangebote, die ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit schaffen sollen. Weiterhin werden bedarfsbezogene Empfehlungen aus den betrieblichen Eingliederungsgesprächen ausgesprochen. Im Rahmen dessen findet für jede Führungskraft ein verpflichtendes Zwei-Tagesseminar statt. Im dritten Baustein wird jährlich wechselnd ein aktuelles Thema aufgegriffen. Im kommenden Jahr wird das Thema Herz-Kreislauf näher beleuchtet. Der letzte Baustein beinhaltet den Demografie-Aspekt, um ihre Mitarbeiter möglichst lange und gesund am Arbeitsplatz zu halten.

Allen Beiträgen gemein war die zentrale Rolle der Führungskräfte. Diese müssen geschult und überzeugt werden, um BGF oder BGM erfolgreich gestalten zu können.

Herr Prof. Dr. Gert Krischak dankte abschließend den Organisatoren, allen Referenten und Teilnehmenden für die wertvollen Impulse zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement und den regen Austausch im Rahmen des zweiten Symposiums FOCUS Rehabilitation.

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, daneben vermitteln Ganztagesexkursionen zu verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen praktische Inhalte über acht Semesterwochenstunden.

Tab. 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 Osteosynsthesen, übungsstabil, belastungsstabil, 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

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

Tab. 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. Trautwein
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

7.2 WAHLFACH W911 „PRAXIS DER PHYSIKALISCHEN MEDIZIN UND REHABILITATION“

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 WEITERE 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 A. Knoll lehrt als Honorardozentin 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.

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 UND DISSERTATIONEN

Prof. Dr. G. Krischak betreut folgende Dissertationen zum Dr. med. bzw. Dr. biol. hum.:

Tab. 4: Dissertationen, alphabetische Reihenfolge

Doktorand/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Dissertation zum Dr. med. an der Universität Ulm		
Breuer, Ehrenfried Moorheilbad Bad Buchau gGmbH	Übergang von Akutklinik zu Rehabilitation: Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Anschlussrehabilitation?	Moorheilbad Bad 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
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
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	Moorheilbad Bad Buchau gGmbH
Schuster, Sandra Universität Ulm	Ergebnisse der Rehabilitation von Patienten nach Becken- und Acetabulumfraktur – Pilotstudie	Universitätsklinikum Ulm, AG Becken III der DGU/AO
Storrer, Daniela Universität Ulm	Studie zur Situation der Forschung in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation Deutschland	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)

Stützle, Alexander Oberschwaben-klinik Bad Wald-see	Rehabilitationsbedarf nach Endoprothese aus chirurgischer Sicht	–
Tietze, Armin Sana Kliniken Bi-berach	Vergleich der Effektivität aktiver und passi-ver Bewegungsschienen nach Knieendopro-these	Sana Kliniken Biberach GmbH, Moorheilbad Bad Buchau gGmbH
Weber, Marc Universität Ulm	Konsequenzen und Empfehlungen für Reha-Kliniken aus dem Patientenrechtegesetz	AOK Baden-Württemberg

Doktorand/in	**Arbeitstitel/Thema**	**Kooperation**
Dissertation zum Dr. biol. hum an der Universität Ulm		
Dannenmaier, Julia IFR Ulm	Rehabilitation im Spiegel von Routinedaten	AOK und DRV Baden-Württemberg
Faulstich-Ritter, Kristin IFR Ulm	Einflussfaktoren für die berufliche Wieder-eingliederung nach einer psychosomati-schen Rehabilitation	DRV Baden-Württemberg
Knoll, Angelina IFR Ulm	Evaluation der Effektivität von Kniebewe-gungsschienen	Sana Kliniken Biberach GmbH, Moorheilbad Bad Buchau gGmbH
Nusser, Marina IFR Ulm	Trainierbarkeit und Trainingseffekte der cervicocephalen Kinästhesie	Universitätsklinikum Ulm, Moorheilbad Bad Buchau gGmbH
Ritter, Sabrina IFR Ulm	Ergebnisse und Nachhaltigkeit von medizini-schen Rehabilitationsmaßnahmen bei Kin-dern und Jugendlichen	DRV Baden-Württemberg

10. PUBLIKATIONEN

10.1 VERÖFFENTLICHUNGEN IN FACHZEITSCHRIFTEN

Christiansen M, Schmidt J-P, Shkel D, Kaluscha R, Tepohl L, Krischak G.
Eine Fortschreibung des Rehabilitationsbedarfs in Deutschland bis 2040 anhand demografischer Faktoren.
Das Gesundheitswesen 2017; eFirst 31. März

Dannenmaier J, Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Inanspruchnahme der Anschlussrehabilitation nach einer Bandscheibenoperation
Rehabilitation 2017; 56: 313-320

Dannenmaier J, Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Erwerbsstatus nach einer Bandscheibenoperation: Was bewirkt eine Anschlussrehabilitation?
Rehabilitation 2017; eFirst 26. Juli

Gülke J, Mentzel M, Krischak G, Gulkin D, Dornacher D, Wachter NJ.
The early functional passive mobilization of flexor tendon injuries of the hand (Zone 2): comparison of two different types of aftercare.
Unfallchirurg 2017

Gülke J, Mentzel M, Krischak G, Gulkin D, Dornacher D, Wachter N.
Die frühfunktionelle passive Mobilisation nach Beugesehnenverletzung (Zone 2) an der Hand
Der Unfallchirurg - Organ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie;
Springer Medizin Verlag GmbH 2017

Holstiege J, Kaluscha R, Jankowiak S, Krischak G.
Zusammenhänge zwischen dem Erwerbsstatus in den ersten 2 Jahren nach Rehabilitation und langfristigen Erwerbsverläufen: Implikationen für die Outcome-Messung.
Rehabilitation 2017; 56: 31-37

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 2017; 56: 22-30

Ritter S, Dannenmaier J, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Implantation einer Hüft- oder Knietotalendoprothese und die Inanspruchnahme einer Anschlussrehabilitation
Rehabilitation 2017; eFirst 30. Mai

Schmidt S, Bergelt C, Deck R, Krischak G, Morfeld M, Michel M, Schwarzkopf SR, Spyra K, Walter S, Mau W.
Aktuelle Entwicklungen der rehabilitationsbezogenen Lehre in den humanmedizinischen Studiengängen in Deutschland: Ergebnisse der DGRW-Fakultätenbefragung 2015
Rehabilitation 2017; 56: 47-54

Wachter NJ, Mentzel M, Krischak G, Gülke J.
Stellenwert der Kraftmessung verschiedener Greifformen zur Diagnostik der peripheren Medianusläsion
Unfallchirurg 2017

Wachter NJ, Mentzel M, Krischak G, Gülke J.
Predictive value of “metacarpophalangeal stabilization tests” for simulated ulnar nerve lesion measured by a sensorglove..
J Hand Ther 2017 in press

Wachter NJ, Mentzel M, Häderer C, Krischak G, Gülke J.
Change of the time Coordination of the Finger Joints with Ulnar Nerve Block During different Power Grips Analyzed With a Sensor Glove
Hand Surg Rehab in press

Wachter NJ, Mentzel M, Krischak G, Gülke J.
Quantification of hand function by power grip and pinch grip force measurements in ulnar nerve lesion simulated by ulnar nerve block.
J Hand Ther 2017 (24): 0894-1130

Wachter NJ, Mentzel M, Krischak G, Häderer C, Gülke J.
Stellenwert der Kraftmessung verschiedener Greifformen zur Diagnostik der peripheren Medianusläsion
Der Unfallchirurg - Organ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie;
Springer Medizin Verlag GmbH 2017

10.3 VORTRÄGE

Krischak G.
Physiotherapie in der Rehabilitation nach Endoprothetik
Fachtagung „Physiotherapie in der medizinischen Rehabilitation“, DEGEMED e.V., Berlin, 13.02.2017

Ritter S.
Nachsorge nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation - Aktuelles aus der Forschung.
Fachgespräch „Ambulante Reha und Nachsorge für Kinder und Jugendliche. Wie könnten Angebote aussehen?“ Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V., Neu-Ulm, 06.03.2017

Krischak G.
Forschungsergebnisse Qualität in der Reha in Baden-Württemberg
BWKG-Reha-Veranstaltung „Medizinische Rehabilitation – Qualität und Belegungssteuerung“, BWKG e.V., Stuttgart, 28.09.2017

10.4 BUCHBEITRÄGE

Krischak G, Jacobi E, Seiter H.
Endspurt Klinik Querschnittsfächer
Georg Thieme Verlag, 1. Auflage 2013

10.5 POSTER

Ritter S, Dannenmaier J, Krischak G.
Was wünschen sich Eltern, Kinder und Jugendliche für die Nachsorge nach einer Rehabilitation?
Gemeinsame Jahrestagung der DGEpi, DGMS und DGSMP, 05.-08. September 2017

Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.
Inanspruchnahme von Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen
16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.Oktober 2017

Jankowiak S, Kaluscha R, Auer R, Bullinger D, Krischak G.
Sektorenübergreifende Analysen von Behandlungsverläufen mit verknüpften Daten von Krankenkasse und Rentenversicherung?
16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.Oktober 2017

Ritter S, Dannenmaier J, Krischak G.
Nachsorge im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation – Status Quo
Abschlussveranstaltung „Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg", 21. November 2017

10.6 KONGRESSBEITRÄGE

Tepohl L, Krischak G.
Konservative Therapie von Rotatorenmanschettenläsionen.
4. Süddeutsches VPT Symposium, Stuttgart, 28. Januar 2017

Dannenmaier J, Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Berufliche Wiedereingliederung nach Bandscheibenoperation – was leistet die Anschlussrehabilitation dabei?
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.-23. März 2017

Dannenmaier J, Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Zugang zur Anschlussrehabilitation nach einer Bandscheibenoperation
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.-23. März 2017

Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.
Zusammenhänge zwischen Behandlungsintensität im niedergelassenen Bereich und Rehabilitationsbedarf
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.-23. März 2017

Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Einbindung des Hausarztes in die Rehabilitationsnachsorge - Effekte auf das subjektive und objektive Behandlungsergebnis.
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.-23. März 2017

Ritter S, Dannenmaier J, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Weiterbehandlung nach Implantation einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothese – Welche Ergebnisse erzielen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden?
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.-23. März 2017

Ritter S, Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.
Wie verändert sich die Gesundheit nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation und wie nachhaltig sind diese Veränderungen?
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.–23. März 2017

Schmid L, Kaluscha R, Jankowiak S, Krebs K, Krischak G.
Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme unterschiedlicher beruflicher Bildungsleistungen.
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.-23. März 2017

Tepohl L, Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.
Gesundheitsökonomische Bewertung der medizinischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen.
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt, 20.-23. März 2017

Tepohl L, Krischak G.
Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion – gibt es eine Evidenz für unser Vorgehen?
24. Jahreskongress der DVSE, Ludwigsburg, 18.-20. Mai 2017

Ritter S, Dannenmaier J, Krischak G.
Was wünschen sich Eltern, Kinder und Jugendliche für die Nachsorge nach einer Rehabilitation?
Gemeinsame Jahrestagung der DGEpi, DGMS und DGSMP, 05.-08. September 2017

Ritter S, Krischak G.
Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt als Koordinator der Rehabilitationsnachsorge!?
Gemeinsame Jahrestagung der DGEpi, DGMS und DGSMP, 05.-08. September 2017

Jankowiak S, Kocks A, Borgelt J, Kaluscha R, Krischak G.
Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen (BOSS) – Zufriedenheit der Rehabilitanden mit einem neuen Konzept zur Intensivierung des Berufsbezugs in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter
16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.Oktober 2017

Jankowiak S, Ritter S, Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.
Anschlussrehabilitation nach einer orthopädischen Operation - ambulant oder stationär?
16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.Oktober 2017

Dannenmaier J, Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Berufliche Wiedereingliederung nach Bandscheibenoperation – was leistet die Anschlussrehabilitation dabei?
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, 24.-27. Oktober 2017

Ritter S, Dannenmaier J, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G.
Weiterbehandlung nach Implantation einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothese – Welche Ergebnisse erzielen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden?
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, 24.-27. Oktober 2017

Tepohl L, Dannenmaier J, Kaluscha R, Krischak G.
Gesundheitsökonomische Bewertung der medizinischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen.
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, 24.-27. Oktober 2017