

Jahresbericht 2021



IFR Ulm
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung
an der Universität Ulm

Am Kurpark 1
88422 Bad Buchau
Tel.: 07582 800-5300
www.ifr-ulm.de

PRÄAMBEL

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

INHALTSVERZEICHNIS

<i>Präambel</i>	1
<i>Inhaltsverzeichnis</i>	3
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	5
1. Vorwort	6
2. Leitbild	7
3. Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung	9
4. Personal	13
4.1 Leitung.....	13
4.2 Geschäftsstelle.....	14
4.3 Wissenschaftliche Mitarbeiter.....	15
5. Forschungstätigkeiten	19
5.1 Die Bedeutung von Funktionsstörungen für die berufliche Teilhabe bei onkologischen Rehabilitanden.....	19
5.2 Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose.....	22
5.3 Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen (BOSS) - Evaluation des beruflichen Integrationsförderprogramms.....	25
5.4 Evaluation der Effekte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg- Königstuhl.....	29
5.5 Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs nach Becken- und Acetabulumfrakturen.....	31
5.6 Konzeptionelle Weiterentwicklung der Eigenaktivitätsphase innerhalb eines Präventionsprogramms zur Verbesserung der Nachhaltigkeit (WE-PREVENT).....	34
5.7 Evaluation einer Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme.....	37
5.8 Entwicklung eines Reha-Outcome-Index als Element der Klinikbewertung und Instrument eines qualitätsorientierten Benchmarkings für die stationäre Rehabilitation (REQUAMO-II)...	40
5.9 Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams (START).....	43
5.10 Prävention für Arbeitslose in Baden-Württemberg (PrävAlo).....	45
5.11 Formative Evaluation des GKV-Ü35-Gesundheitschecks mit WAI (Ü35-Check+).....	47

5.12	Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit (REKUP)	50
5.13	Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen mit Fokus auf Teilhabebeeinträchtigung (KiJuPsy)	53
5.14	„Vernetzung – Vorbeugung – Integration (VVI)“	55
5.15	Evaluation eines neuen Behandlungskonzepts für die Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen bei internistischen Erkrankungen – Stärkung der Rehafähigkeit durch Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt (Stark).....	57
5.16	Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach Medizinischer Rehabilitation (SMV)	59
5.17	Caspar multimodal	62
5.18	Evaluation des Modellprojekts VorReha zur frühzeitigen Einschätzung psychosomatischer Therapiebedarfe	64
5.19	Psychosomatik Direkt	66
5.20	ReFit Stuttgart – Begleitung im Rehabilitations- und Integrationsprozess.....	69
6.	Veranstaltungen	71
6.1	Focus Rehabilitation 2021	71
7.	Lehre an der Universität Ulm.....	72
7.1	Querschnittsfach Q12 „Rehabilitation, physikalische Medizin und Naturheilverfahren“	72
7.2	Wahlfach W911 „Praxis der physikalischen Medizin und Rehabilitation“	73
7.3	Weitere außeruniversitäre Lehre	74
8.	Kompetenzzentrum REHABILITATION an der Universität Ulm	75
9.	Qualifikationsarbeiten und Dissertationen.....	76
9.1	Dissertationen	76
9.2	Sonstige Qualifikationsarbeiten	78
10.	Publikationen	79
10.1	Veröffentlichungen in Fachzeitschriften.....	79
10.2	Vorträge.....	79
10.3	Kongressbeiträge	80

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
AHB	Anschlussheilbehandlung
ALG	Arbeitslosengeld
AO	Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen
ATO AG 06	Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte Baden-Württemberg, AG 06 „Rehabilitation“
BBPL	besondere berufliche Problemlagen
BFW	Berufsförderungswerk
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BOSS	beruflich-orientierte Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen
BW	Baden-Württemberg
bwlv	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBPL	erwerbsbezogene Problemlagen
FIM	Functional Independence Measure
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GfqG	Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HÄV BW	Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
iqpr	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
IRES	Indikatoren des Rehastatus
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
LPK BW	Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
MBOR	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
Q12	12. Querschnittsbereich: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren
QS	Qualitätssicherung
RLP	Rheinland-Pfalz
RPS	Rheinland-Pfalz/Saarland
RSD	Reha-Statistik-Datenbasis
SMFA-D	Funktionsfragebogen Bewegungsapparat
StWE	stufenweise Wiedereingliederung
TNM	Tumorstadium
WAI	Work Ability Index
ZUF-8	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

1. VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

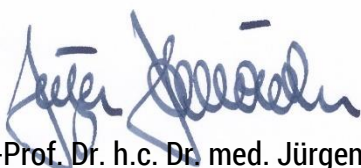
auch das Jahr 2021 war von der Covid-19-Krise geprägt, die die Arbeit und den Alltag von Menschen erheblich verändert hat. Diese Pandemie hat erhebliche Auswirkungen für das Gesundheitswesen, für die Beschäftigten, die Patienten, aber auch die Rehabilitationseinrichtungen, für Prävention und allgemeines Gesundheitsverhalten.

Am IFR konnten auch in der Pandemie viele Vorhaben weiter durchgeführt werden. Das dies gelungen ist, dafür den aufrichtigen Dank an die Projektpartner, die Mitarbeiter und die Probanden und Patienten, die bei den Studien mitgemacht haben. Der Wandel trifft auch die Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken, die erhebliche Verschiebungen des Spektrums an Rehabilitanden zu verzeichnen haben, sich aber auch schnell auf die Rehabilitation von Patienten zum Beispiel nach Beatmung aber auch mit Long-Covid-Syndrom eingestellt haben.

Ich habe mein Amt als geschäftsführender Vorstand des IFR am 01.09.2021 angetreten und bedanke mich bei den Gremien, insbesondere dem Kuratorium des Instituts und der Universität Ulm für das Vertrauen in einer schwierigen Zeit. Wir bedanken uns aber auch bei den Mitarbeitern, die das Institut im letzten Jahr gesteuert und weiter erfolgreich auf Kurs gehalten haben. Die Generierung von innovativen Forschungsprojekten unter Einbeziehung der Stifterkliniken in enger Zusammenarbeit mit Forschungsinstituten ist ein wichtiges Ziel. Die Kooperationen mit Instituten der Universität Ulm sollen wieder ausgebaut werden, um auch kompetitive Forschungsprojekte einzwerben und auch die internationale Sichtarbeit der Forschung am IFR zu verbessern.

Die Pandemie zeigt, dass das Gesundheitsverhalten und das Gesundheitsbewusstsein der Menschen wichtige gesundheitliche Ressourcen sind und diese können durch präventive und rehabilitative Maßnahmen wirksam beeinflusst werden. Von Interesse sind dabei die Prozesse von Interventionen zu Verhaltensänderungen, die Entwicklung von biologischen, psychologischen und gesundheitsökonomischen Markern für die Rehabilitation und den Outcome sowie Untersuchungen zum Kontext, in dem Veränderungen angestoßen werden.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen dieses Berichtes viel Freude und Anregungen und wir werben für Unterstützungen und Diskurs mit Ihnen.



Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. med. Jürgen M. Steinacker

2. LEITBILD

WIR SIND

Das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (IFR Ulm) ist eine unabhängige, an die Universität Ulm angegliederte Forschungseinrichtung und wird von einer gemeinnützigen Stiftung getragen. Die Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung wurde 1995 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 unserer 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

▪ IN DER WISSENSCHAFT

Wir führen Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Rehabilitationswissenschaften und der Prävention durch und verfolgen hierbei streng die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin und bearbeiten unsere Themengebiete auf universitärem Niveau. Da wir eine interdisziplinäre Rehabilitationsforschung verfolgen, unterhalten und pflegen wir Kooperationen mit nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen und Forschungsgruppen. Im gegenseitigen Austausch und durch die Beteiligung an mehreren Projekten stehen wir mit Universitäten, Leistungserbringern und Kostenträgern sowie Forschungsverbänden und verschiedenen Fachdisziplinen auf dem Gebiet der Rehabilitation in engem Kontakt.

Unsere Kompetenzen sind die Optimierung sektorenübergreifender Behandlungsketten (von der Prävention über die Akutversorgung, die Rehabilitation bis zur Nachsorge), die

Versorgungsforschung, Kosten-/Nutzenanalysen sowie Wirksamkeitsstudien von Maßnahmen in Rehabilitation und Prävention, die Erforschung des Rehabilitationsbedarfs und -zugangs, 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 „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ (Querschnittsbereich Q12) für Studierende der Medizin. Des Weiteren unterstützen wir die Organisation des Wahlfachs „Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ (W911) und beteiligen uns mit der Präsentation aktueller Forschungsergebnisse. 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 in der Rehabilitation arbeitende 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 sowie 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 traten das Universitätsklinikum Ulm und die Universität 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 2021 DEM KURATORIUM AN:

K. Bauer

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

J. Bauernfeind

Vorstandsvorsitzender, AOK Baden-Württemberg

P. Biler

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

M. Frenzer

Geschäftsführer CEO, Nanz Medico GmbH & Co. KG

Prof. Dr. H. Gündel

Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Ulm

Dr. H.-G. Haaf

Leiter des Referats Weiterentwicklung Rehabilitation - Gesundheitsökonomie und Systemfragen,
Deutsche Rentenversicherung Bund

W. Hummler

Geschäftsführer, Moor-Heilbad Buchau gGmbH, **stellvertretender Vorsitzender des Kuratoriums**

Prof. Dr. U.X. Kaisers

Leitender Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Ulm

J. Kienzle

Vorstandsvorsitzender, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

M. Kunzmann

Vorsitzender Deutscher Gewerkschaftsbund, DGB Bezirk Baden-Württemberg

Dr. C. Schaal

Geschäftsführerin, RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH

Dr. Q. Schlott

Klinikdirektor der Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG

I. Schmid

Stellv. Referatsleiterin - Ref. 36 Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren, Inklusion
Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden-Württemberg

E. Schneider

Geschäftsführer, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG

Prof. Dr.-Ing. M. Weber

Präsident, Universität Ulm

Prof. Dr. T. Wirth

Dekan der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm

S. Wollny

Direktorin, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, **Vorsitzende des Kuratoriums**

VORSTAND

Der Vorstand der Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung setzt sich aus dem geschäftsführenden Vorstand Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jürgen M. Steinacker, dem ersten stellvertretenden Vorstand Herrn Prof. Dr. F. Walling, Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen, Ludwigsburg und dem zweiten stellvertretenden Prof. Dr. med. Thomas Kappe, Sektionsleiter Sportorthopädie (RKU), Universitätsklinikum 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:

Prof. Dr. M. Huber-Lang

Oberarzt der Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Ulm, ausgeschieden zum 01.10.2021

Prof. Dr. P.-J. Hülser

Chefarzt Neurologische Klinik, Fachklinik Wangen, Waldburg-Zeil-Kliniken GmbH & Co.KG, ausgeschieden zum 31.12.2021

Prof. Dr. R. Muche

Stellv. Institutsdirektor für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, ausgeschieden zum 03.05.2021

PD Dr. G. Müller

Ärztlicher Direktor Gesundheitszentrum Federsee, Chefarzt Psychosomatik, Schlossklinik Bad Buchau gGmbH

Dr. R. Nechwatal

Chefarzt Reha-Klinik Heidelberg-Königstuhl, RehaZentren der DRV Baden-Württemberg gGmbH

Dr. med. K. S. Schüle

Leitende Ärztin, Sozialmed. Dienst/Reha-Management, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, **stellv. Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats**

Dr. U. Vieregge

Ärztlicher Direktor und Ärztlicher Leiter, Nanz medico GmbH & Co. KG, **Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats**

Prof. Dr. J. von Wietersheim

Leitender Psychologe der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, ausgeschieden zum 09.11.2021

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.

Dr. J. Frankenhauser-Mannuß

Fachbereich Rehabilitations- und Pflegemanagement, AOK Baden-Württemberg, **Vorsitzende des versorgungspolitischen Beirats**

K. Repert-Ristow

Abteilung Sozialmedizinischer Dienst, Reha-Management, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, **stellv. Vorsitzende des versorgungspolitischen Beirats**

M. von Wartenberg

Stellvertretende Vorsitzende, Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

4. PERSONAL

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten am IFR Ulm (Stand November 2021).

4.1 LEITUNG

PROF. DR. MED. DR. H.C. JÜRGEN M. STEINACKER

Ärztlicher Leiter der Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin, Rehabilitationswesen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jürgen M. Steinacker ist 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.

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

M.A. Gesundheitsmanagement, Diplom Physiotherapeutin (FH)

Frau Dr. Tepohl ist seit dem 01.05.2020 hauptamtliche wissenschaftliche Leitung des IFR. In Ihrer Funktion als Leiterin verantwortet Fr. Dr. Tepohl nun die operativen Aufgaben und steht den Projektleitungen am IFR vor. Sie war bereits von 2012 bis 2017 als wiss. Mitarbeiterin am IFR tätig und hat hier maßgeblich an der renommierten Wirksamkeitsstudie gearbeitet. Sie verfügt über eine weitreichende Expertise im Bereich der Versorgungsforschung mit bereits mehrjährigen Erfahrungen in der Projektleitung im Bereich von Modellerprobungen, quantitativen und qualitativen Analysen, sozioökonomischen und stochastischen sowie gesundheitsökonomischen Studien. An der Hochschule Neu-Ulm lehrt sie zudem als Dozentin und besitzt das Baden-Württemberg-Zertifikat für Hochschuldidaktik.

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. Dr. Kaluscha lehrt im Querschnittsblock 12 (Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren) an der Universität Ulm sowie im Kurs Rehabilitationswesen der Sozial- und arbeitsmedizinischen Akademie (SAMA).

DR. PHIL. THERESA KÖLLE, DIPL.

Dipl. Sportwissenschaften

Frau Dr. T. Kölle arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm und ist seit Mai 2019 2. wissenschaftliche Leiterin des IFR. Sie hat die Supervision mehrerer Projekte und arbeitet zudem u.a. 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.

4.2 GESCHÄFTSSTELLE

ANDREA DEHMEL

Assistentin der Geschäftsführung, Sekretärin

Frau A. Dehmel ist als Sekretärin und Assistentin der Geschäftsführung am IFR Ulm angestellt. Ihre Schwerpunkttätigkeiten umfassen neben allgemeinen Verwaltungstätigkeiten und Organisation, die gesamte administrative Abwicklung der Drittmittelverwaltung, einschließlich der Projektabrechnung. Maßgeblich ist sie an der Kommunikation nach außen beteiligt und ist Ansprechpartnerin für Stiftungsfragen. Des Weiteren ist sie zuständig für die Planung und Organisation der Lehrveranstaltungen sowie von Sitzungen.

JOANA FAUSER, DIPL.

Assistentin der Geschäftsführung, Sekretärin

Frau J. Fauser arbeitet als Assistentin der Geschäftsführung am IFR Ulm. Die studierte Betriebswirtschaftlerin bearbeitet im Schwerpunkt die Bereiche Buchhaltung, Controlling und Finanzplanung. Daneben gehören die Pflege der Homepage, Organisation sowie allgemeine Verwaltungstätigkeiten zu ihren Aufgaben.

4.3 WISSENSCHAFTLICHE MITARBEITER

DR. BIOL. HUM. BELINDA BRACK, M.A.

M.A. Sports Medical Training & Clinical Exercise Physiology, B.Sc. Sportwissenschaft

Frau Dr. B. Brack arbeitet seit März 2019 für das IFR. Ihre Schwerpunkte liegen hierbei im Bereich Prävention, Versorgungsforschung, digitale Techniken, Tele-Therapie und der Ganganalyse. Sie finalisierte dieses Jahr ihre Doktorarbeit zum Dr. biol. hum. und hat diese erfolgreich bestanden.

ELLEN GAUS, M.SC.

M.Sc. Gesundheitsmanagement und -ökonomie, B.A. BWL im Gesundheitswesen

Frau E. Gaus arbeitet seit November 2019 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich der Versorgungsforschung. Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit von Frau Gaus ist die Realisierung von Evaluationsstudien mit Hilfe von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden sowie die Überprüfung der Wirksamkeit und Machbarkeit von Modellvorhaben und die Optimierung von sektorenübergreifenden Behandlungsketten.

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

M.Sc. Public Health, B.Sc. Sportwissenschaft

Frau Dr. S. Jankowiak ist 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.

CHRISTINA KALTENBACH, M.SC.

M.Sc. und B. Sc. Sportwissenschaft

Frau Kaltenbach arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm. Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit von Frau Kaltenbach ist die Entwicklung und Testung neuer technikbasierter Verfahren in der Rehabilitation sowie deren Evaluation im Rahmen von klinischen Studien. Darüber hinaus arbeitet sie an Projekten im Bereich der stufenweisen Wiedereingliederung von neurologischen Erkrankungen und in der Prävention an der Evaluation des Modellprojekts "GKV-Ü35 Gesundheitscheck mit WAI". Derzeit erstellt sie ihre Doktorarbeit (Dr. biol. hum.) im Bereich der klinischen Ganganalyse.

SARAH LEINBERGER, M.SC.

M.Sc. und B.A. Wirtschaftspsychologie

Frau S. Leinberger arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR im Bereich der Versorgungsforschung. Schwerpunkt ihrer Tätigkeit stellt die statistische Analyse von Routinedaten und die Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen mittels qualitativer und quantitativer Befragungs- und Auswertungsmethoden dar. Thematisch befasst sich Frau Leinberger unter anderem mit der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen sowie mit der Auswertung und Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation.

ALEX LIEBERT, B. ENG.

B. Eng. Informationstechnik

Herr A. Liebert arbeitet als IT-Administrator für das IFR und als Data-Scientist in mehreren Projekten auf dem Gebiet der Versorgungsforschung, wobei die Aufbereitung und Auswertung wissenschaftlicher Daten mittels Oracle-Datenbanken und SQL zu seinen Kernaufgaben zählt. Im Bereich der IT-Administration verantwortet er insbesondere die Installation und Konfiguration von Software, Systemen und Komponenten sowie die Betreuung und Wartung der vorhandenen IT-Technik.

MARKUS MAIER, DIPL.

Dipl. Sportwissenschaften

Herr M. Maier arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFR Ulm. Schwerpunktmäßig unterstützt Herr Maier klinische Forschungsprojekte (z.B. Ganganalyse) sowie Forschungsprojekte im Bereich der Beruflichen Orientierung von Suchtkranken und im Bereich von Funktionsstörungen onkologischer Patienten.

Aktuell befasst er sich, im Rahmen seiner Promotion, mit Erwartungen welche Patienten an die Therapie im Rahmen einer stationären Rehabilitation stellen.

DR. RER. NAT. MONIKA PAULS, M.A.

M.A. Sportwissenschaft, B.Sc. Bewegung und Gesundheit

Monika Pauls arbeitet seit Oktober 2021 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich der Versorgungsforschung. Ihr wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt in der Realisierung von Evaluationsstudien mit Hilfe von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden, sowie in der Überprüfung der Wirksamkeit und Machbarkeit von Modellvorhaben. Im Zentrum ihrer aktuellen Tätigkeit stehen u.a. die Wiedereingliederung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten sowie ein Versorgungsprojekt von psychisch Erkrankten mit Rehabilitationsbedarf.

LEA RAIBER, M.A.

M.A. Angewandte Gesundheitswissenschaft, B.A. Sport und Gesundheit in Prävention und Therapie

Frau L. Raiber arbeitet seit April 2021 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm. Im Zentrum ihrer Arbeit steht die Durchführung prospektiver Befragungen und die Auswertung der dabei gewonnenen qualitativen und quantitativen Daten im Rahmen der formativen Evaluation von Versorgungsprojekten.

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind 2021 als wissenschaftliche Hilfskräfte am IFR Ulm tätig:

- Stefanie Emhart
- Angela Mack

5. FORSCHUNGSTÄTIGKEITEN

5.1 DIE BEDEUTUNG VON FUNKTIONSSTÖRUNGEN FÜR DIE BERUFLICHE TEILHABE BEI ONKOLOGISCHEN REHABILITANDEN

PROJEKTZIEL: Im Rahmen dieser Studie sollen die wesentlichen Funktions- und Folgestörungen von onkologischen Patienten in der Rehabilitation identifiziert werden. Zudem soll festgestellt werden, ob diese eher krankheits- oder aber therapiebedingt entstehen und welche Konsequenzen sich für die Behandlung in der Rehabilitation, aber auch im Akutbereich ergeben. Darauf aufbauend sollen Zusammenhänge zwischen den wesentlichen Funktionseinschränkungen und der Teilhabe am Berufsleben onkologischer Rehabilitanden analysiert werden, um daraus Empfehlungen zur Auswahl geeigneter Therapieformen und zum besseren Umgang mit Funktionseinschränkungen abzuleiten.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102
A. Liebert ✉ alex.liebert@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5204

HINTERGRUND:

Die Diagnose Krebs greift zumeist abrupt und nachhaltig in die Lebenswelt der Betroffenen ein. So erleiden onkologische Patienten sowohl durch die Erkrankung als auch infolge der Therapie oftmals Funktions- und Folgestörungen, die sie in ihrer weiteren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere im Beruf, einschränken.

Die Art und Schwere der Funktionsstörungen hängt einerseits von der Art der Erkrankung (z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs) und andererseits von der gewählten Therapie (z.B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) ab. So sind

Prostatakrebspatienten bspw. häufiger nach einer Operation von Inkontinenz betroffen, als es nach einer Bestrahlung oder Hormontherapie der Fall ist. Inwieweit sich die vorliegenden Funktionsstörungen auf die Teilhabe am Berufsleben auswirken, hängt auch von der individuellen beruflichen Situation ab. So ist etwa davon auszugehen, dass Inkontinenz einem Berufskraftfahrer größere Schwierigkeiten als einer Bürokraft bereitet, da letztere jederzeit eine Toilette aufsuchen kann.

Daher sollen im Rahmen dieser Studie zunächst die wesentlichen Funktions- und Folgestörungen von onkologischen Patienten in der Rehabilitation für die wichtigsten Krebsdiagnosegruppen (kolorektale Karzinome,

Magenkarzinome, Mammakarzinome, Prostatakarzinome, Bronchialkarzinome, Kopf-Hals-Tumore, Leukämien und Lymphome) identifiziert werden. Zudem soll festgestellt werden, ob diese eher krankheits- oder aber therapiebedingt entstehen und welche Behandlungsstrategien bzw. Therapieformen in der Akutonkologie welche Funktionsstörungen zur Folge haben. Ferner sollen Zusammenhänge zwischen den wesentlichen Funktionseinschränkungen und der Teilhabe am Berufsleben onkologischer Rehabilitanden analysiert werden, um schließlich Empfehlungen zur Auswahl geeigneter Therapieformen und zum Umgang mit Funktionseinschränkungen geben zu können.

METHODIK:

Das Projekt umfasst drei Teile: zuerst werden indikationsspezifische Funktions- und Folgestörungen anhand einer systematischen Literatur-Recherche sowie basierend auf dem Wissen von Fachexperten (d.h. Onkologen der ATO AG06) identifiziert. Dann werden üblicherweise verwendete Begriffe und Formulierungen gesammelt, die bezüglich dieser Funktionsstörungen in den Entlassungsberichten verwendet werden. Anhand solcher sprachlichen Muster können dann mittels computer-linguistischer Verfahren Daten zu Funktionseinschränkungen aus Entlassungsberichten onkologischer Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg gewonnen werden („Aus Texten werden Daten“). Zu guter Letzt erfolgt basierend auf den so gewonnenen Daten zu den Funktionsstörungen und den Routinedaten der DRV Baden-Württemberg eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den vorliegenden Funktionseinschränkungen und der Teilhabe am Erwerbsleben.

AKTUELLER STAND:

Die DRV Baden-Württemberg hat nach der datenschutzrechtlichen Freigabe des Anonymisierungsverfahrens die Freitexte der Entlassungsberichte onkologischer Rehabilitations-einrichtungen des Jahres 2019 bereitgestellt. Dabei wurde eine gemeinsam mit dem IFR Ulm entwickelte Software eingesetzt, die die Texte nicht nur um personenidentifizierende Angaben wie z.B. den Patientennamen bereinigt, sondern auch auf weitere potentiell sensitive Informationen wie z.B. Ortsnamen oder Angaben zum Arbeitgeber durchsucht.

Häufige Funktions- und Folgestörungen wurden anhand einer systematischen Literatur-Recherche sowie basierend auf dem Wissen von Fachexperten (d.h. Onkologen der ATO AG06) zusammengetragen. Es wurden üblicherweise verwendete Begriffe und Formulierungen gesammelt, die bezüglich dieser Funktionsstörungen in den Entlassungsberichten verwendet werden.

Erste computerlinguistische Anfragen wurden programmiert und getestet, um aus den Texten neue strukturierte Merkmale zu generieren. Hier geht es u.a. um Angaben zu Behandlungen im Akutbereich wie z.B. Operationen, Bestrahlungen oder Chemotherapien, dem Tumorstadium (TNM-Klassifikation) sowie zum Vorliegen bzw. zum Ausmaß bestimmter Funktionsstörungen wie z.B. Erschöpfung (Fatigue) oder Nervenschäden (Polyneuropathie), die häufig als Folge einer Chemotherapie auftreten. Diese Ergebnisse wurden z.T. bei den Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien bereits vorgestellt. Ferner erfolgten Analysen zu typischen Funktionsstörungen bei Kopf-

/Halstumoren, wie z.B. Geschmacksverlust oder Artikulationsstörungen, die als Beitrag für das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium 2022 eingereicht wurden.

Anfang 2022 soll die Bereitstellung der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) 2020 erfolgen, so dass der Erwerbsstatus im Kalenderjahr nach der Rehabilitation ausgewertet

werden kann. Die aus den Texten extrahierten Angaben werden dann mit der RSD über Pseudonyme datenschutzgerecht zusammengeführt, so dass z.B. geprüft werden kann, ob bestimmte Funktionsstörungen bei bestimmten Berufsgruppen besonders häufig zu Tätigkeitswechseln, Arbeitslosigkeit oder gar einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

KOOPERATION

- Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte Baden-Württemberg (ATO), AG06 „Rehabilitation“
- DRV Baden-Württemberg

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

PROJEKTZIEL: Mittels der Studie sollen Merkmale, die die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen, identifiziert werden. Zudem 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 die Inanspruchnahme gewonnen werden.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. S. Jankowiak ✉ silke.jankowiak@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5106

HINTERGRUND:

Sowohl eine Krebserkrankung 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 bzw. in Anspruch genommen wird, welche Patientengruppen davon profitieren und ob ein bedarfsge-rechter 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 Routedaten der DRV Baden-Württemberg

(Reha-Statistik-Datenbasis – 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 zwischen Betroffenen, die eine onkologische Rehabilitation durchgeführt haben, und Betroffenen, die kein entsprechendes Angebot in Anspruch genommen haben, 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 Darm-, Brust- bzw. Prostatakrebspatienten zu subjektiv wahrgenommenen Barrieren und Förderfaktoren für die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie zu weiteren Kontextfaktoren.

AKTUELLER STAND:

Die Analysen der Befragungsdaten sowie eine Metaanalyse zu den Ergebnissen einer onkologischen Rehabilitation, insbesondere zu den patient reported outcomes, wurden bereits 2019 abgeschlossen und in den Abschlussbericht des Projektes aufgenommen.

Die Analysen zu den Prädiktoren der Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation sowie die Regressionsmodelle zur Vorhersage der beruflichen und sozialen Teilhabe (Erwerbs- und Pflegeprognose) wurden im Jahr 2020 durchgeführt. Allerdings zeigten sich im Zuge der methodischen und wissenschaftlichen Qualitätssicherung relevante Unschärfen bei der Fall- und Variablenselektion. Sowohl bei den Kriterien, die der Definition der Stichprobe zugrunde gelegt wurden, als auch bei der Selektion der Behandlungsmerkmale ergab sich erheblicher Nachbesserungs- und Überarbeitungsbedarf.

Dies betraf vor allem primärtherapeutische Behandlungsmerkmale sowie die Auswahl der onkologischen Patienten. Insbesondere die Identifikation der Betroffenen war dadurch deutlich erschwert, da häufig bereits bei

Krebsvorsorgeuntersuchungen statt einer Verdachts- oder Ausschlussdiagnose eine gesicherte Krebsdiagnose kodiert wurde, obwohl im Anschluss keinerlei krebsspezifische Behandlungen erfolgten. Dies hatte dazu geführt, dass diese Fälle zunächst fälschlicherweise als „krebserkrank“ und damit als potentielle Rehabilitanden betrachtet wurden.

Zur Korrektur mussten zusätzliche Aufbereitungs- und Auswertungsschritte programmiert werden. Im Jahr 2021 wurden sämtliche Analysen auf den korrigierten Daten erneut durchgeführt und der Abschlussbericht entsprechend überarbeitet.

Die gesamte Stichprobe umfasst nun 41.325 Versicherte. Davon wiesen 9.193 (22,25%) Patienten ein Kolonkarzinom (Darmkrebs), 16.044 (38,82%) Patientinnen ein Mammakarzinom (Brustkrebs) und 16.088 (38,93%) Patienten ein Prostatakarzinom auf. Über alle drei Indikationsgruppen hinweg nahmen 23.317 Patienten (56,42%) keine Rehabilitation in Anspruch. Eine Rehabilitation aufgrund einer Krebserkrankung (Indexdiagnose bzw. andere Krebserkrankung) führten 11.562 Patienten (27,98%) durch. An einer Rehabilitation aufgrund einer anderen Erkrankung (z.B. Herzinfarkt) nahmen 4.275 Patienten (10,34%) teil

und 2.171 Patienten (5,25%) gehörten in die Gruppe „Krebs- und andere Reha“. Über alle drei Indexdiagnosen hinweg, jedoch insbesondere bei Prostatakrebspatienten, waren Nicht-Rehabilitanden die größte Gruppe (s. Abbildung 1).

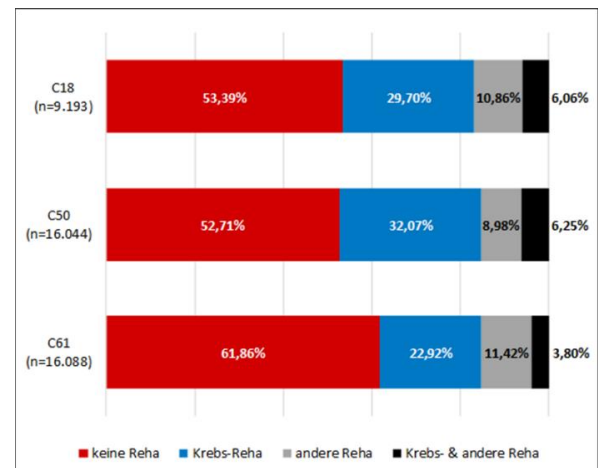


Abbildung 1: Rehabilitationsinanspruchnahme je nach Indikationsgruppe ($p < 0,0001$).

Zum Zeitpunkt der Berichterlegung wurden die Regressionsmodelle zur Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation sowie zur Vorhersage der beruflichen und sozialen Teilhabe (Erwerbs- und Pflegeprognose) finalisiert angepasst. Im Februar 2022 wird der Abschlussbericht abgegeben und das Projekt somit abgeschlossen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg
- Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Widmann (Asklepios Klinik Tübingen)

5.3 BERUFLICH ORIENTIERTE REHABILITATION SUCHTKRANKER IN STUFEN (BOSS) - EVALUATION DES BERUFLICHEN INTEGRATIONSFÖRDERPROGRAMMS

PROJEKTZIEL: Ziel des Forschungsprojektes ist die Evaluation der Effekte einer beruflich-orientierten Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen (BOSS) auf die berufliche Wiedereingliederung sowie auf verschiedene subjektive Parameter des Rehabilitationsergebnisses bei Rehabilitanden mit erwerbsbezogener Problemlage (EBPL).

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. S. Jankowiak ✉ silke.jankowiak@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5106

HINTERGRUND:

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

Das BOSS-Konzept beinhaltet dabei folgende Module:

1. Stufe 1: Eingangsscreening zur Identifizierung von Personen mit EBPL

2. Stufe 2: B.A.S.E. Sucht: ICF-orientiertes Assessment zur Bestimmung berufsrelevanter Hemmnisse und Förderfaktoren
3. Stufe 3: Zielvereinbarungen auf Basis von Stufe 2
4. Stufe 4: Integrationsmodule
 - a. Modul 1: Stärken-Schwächen-Analyse
 - b. Modul 2: Bewerbungskompetenzen/Umgang mit berufsbezogenem Stress
 - c. Modul 3: Schulung Jobportal
 - d. Modul 4: Anwendung Jobportal
 - e. Modul 5: Training Bewerbungsgespräch
5. Stufe 5: Jobcoaching/Arbeitgeberservice/Krisenmanagement nach Ende der stationären Phase (u.a. Identifikation von Nachqualifizierungsbedarf, Unterstützung des Arbeitgebers)

Im Laufe der Umsetzung des BOSS-Konzepts zeigte sich eine Abbrecherquote von 65%. Um die Anzahl der Teilnehmer, die das volle BOSS-Programm durchlaufen, zu erhöhen, wurde im

Jahr 2017 vom BFW Bad Wildbad eine Veränderung der Zeit- und Organisationsstruktur bei den fünf Integrationsmodulen (Stufe 4) und dem Jobcoaching (Stufe 5) vorgenommen. Dabei wurden die Integrationsmodule 1 („Stärken-Schwächen Analyse“) und 2 („Bewerbungs-kompetenzen/Umgang mit berufsbezogenem Stress“) an einem statt an zwei Tagen durchgeführt. Die im Modul 2 bisher enthaltene allgemeine Psychoedukation zum Thema „berufsbezogener Stress“ wurde in Suchtrehabilitationseinrichtungen ausgelagert. Die Integrationsmodule 3 und 4 (Schulung und Anwendung Jobportal) wurden ebenso auf einen Tag reduziert. Die Vervollständigung des persönlichen Profils sowie die konkrete Stellensuche erfolgten dann in den Suchtrehabilitationseinrichtungen. Da bisher i.d.R. 4 bis 6 Wochen zwischen den einzelnen Integrationsmodulen vergangen sind, konnte so eine Verkürzung des gesamten BOSS-Programms erreicht werden.

Weiterhin wurde eine Überprüfung von individuellen Teilergebnissen (Evaluation der Zielerreichung) eingeführt, um nicht nur die Zielerreichung nach den jeweiligen Modulen evaluieren zu können, sondern auch trotz einem eventuellen Abbruch Zwischenergebnisse betrachten zu können.

METHODIK:

Die Evaluation erfolgt in sechs Sucht-Rehabilitationseinrichtungen des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv). Für die Kontrollgruppe werden zum einen Suchtrehabilitanden aus den Vorjahren („historische“ Fälle) herangezogen. Zum anderen werden Patienten aus den sechs Einrichtungen, die bei Projektbeginn

noch nach dem bisher üblichen Vorgehen („treatment as usual“) arbeiten und das BOSS-Konzept im Zuge des Projektes sukzessive einführen, eingeschlossen (stepped wedge design). Es werden nur Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg (BW) eingeschlossen, da nur für diese die notwendigen Routedaten der Rentenversicherung bereitgestellt werden können.

Datengrundlagen sind Routedaten der DRV BW (Reha-Statistik-Datenbasis – RSD) sowie der Einrichtungen des bwlv (Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – KDS). Zudem werden bei der Interventionsgruppe Fragebogenerhebungen zu Rehabilitationsbeginn (t_1) und -ende (t_2) durchgeführt.

Im ersten Schritt werden historische Fälle von Suchtrehabilitanden auf Basis der RSD sowie anhand des KDS analysiert. Dabei werden Merkmale (Prädiktoren bzw. Confounder) bestimmt, anhand derer die berufliche Teilhabe nach Beendigung einer stationären Suchtrehabilitation vorhergesagt werden kann.

Im zweiten Schritt wird anhand multivariater Modelle untersucht, ob BOSS für Suchtpatienten mit „erwerbsbezogener Problemlage“ die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit im Vergleich zur bisher üblichen Vorgehensweise („treatment as usual“) erhöhen kann. Die Hauptzielgröße stellt der Erwerbsstatus im ersten und zweiten Jahr nach der Rehabilitation bzw. BOSS-Teilnahme 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:

Im Jahr 2021 erfolgte die Bereitstellung und Aufbereitung des Deutschen Kerndatensatzes Sucht für die historischen Kontrollgruppe und die prospektiv rekrutierten Studienteilnehmer (BOSS-Teilnehmer und Kontrollgruppe). Hier kam es coronabedingt sowie infolge einer Softwareumstellung in den beteiligten Kliniken zu Schwierigkeiten und Verzögerungen beim Datenexport.

Nach der Umstellung war der Datenexport sowohl für die historischen Kontrollen als auch für die prospektiv rekrutierten Studienteilnehmer nicht mehr möglich, da der Softwarehersteller diese Funktion deaktiviert hatte. Somit

fehlte die Grundlage für die geplante Analyse retrospektiver Fälle. Diese liefert allerdings wertvolle Erkenntnisse über Faktoren, die die Erwerbsprognose von Suchtpatienten beeinflussen und die dann beim Vergleich der BOSS-Teilnehmer mit den Kontrollen zu berücksichtigen sind. Nachdem Überzeugungsarbeit geleistet und die Bedeutung des Problems dargestellt wurden, konnte eine Lösung mit dem Softwarehersteller erarbeitet und ein Testdatensatz mit fiktiven Daten bereitgestellt werden. Auf dieser Grundlage entwickelte das IFR die für das Einlesen der Daten erforderlichen Importskripte. Darauf aufbauend wurde dann erfolgreich ein Export für eine Einrichtung durchgeführt. Die an das IFR Ulm übermittelten Daten wurden mittels der vorbereiteten Importskripte eingelesen und auf Vollständigkeit und Verwertbarkeit geprüft. Dabei ergaben sich einige Auffälligkeiten, die einer Klärung mit dem Softwarehersteller bedurften. Nach Klärung dieser erfolgte sukzessive der Datenexport in den anderen Kliniken.

Die Aufbereitung des KDS für die Analysen war infolge der Softwareumstellung und des KDS-Versionswechsels mit einem höheren Zeitaufwand verbunden. Da bei einigen Merkmalen neue Klassifizierungen bzw. Kategorisierungen verwendet werden, musste in Abstimmung mit bwlV und Softwarehersteller eine Umschlüsselung auf ein gemeinsames Datenformat für die Fälle vor und nach dem KDS-Versionswechsel definiert und programmiert werden.

Des Weiteren wurden im Jahr 2021 die Befragungsdaten aufbereitet und plausibilisiert (t₁-Fragebögen: 627; t₂-Fragebögen: 349). Ferner wurden die Auswertungsroutinen für die statistische Analyse der subjektiven Angaben der BOSS-Teilnehmer sowie für die Analyse der

RSD des Berichtsjahres 2020 erstellt. Im Fokus stehen dabei sowohl die Veränderung bei der subjektiven Erwerbsprognose und Arbeitsmotivation sowie bei der Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei den BOSS-

Teilnehmern (Prä-Post-Vergleiche) als auch die Prädiktoren des Erwerbsstatus nach der Suchtrehabilitation sowie die BOSS-Effekte.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

KOOPERATION

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

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

PROJEKTZIEL: Ziel des Forschungsprojektes ist die Evaluation der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (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: S. Leinberger ✉ sarah.leinberger@ifr-ulg.de ☎ 07582 800-5108

HINTERGRUND:

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 (DRV) ein „Anforderungsprofil zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ heraus.

Eine stärkere berufliche Schwerpunktsetzung im Rahmen der kardiologischen und pneumologischen Rehabilitation wurde bereits vor Herausgabe dieses Anforderungsprofils modellhaft erprobt und evaluiert, wobei positive Ergebnisse nachgewiesen werden konnten. 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 (Bewerbungstraining für Arbeitssuchende, Fallmanagement nach Abreise) gesetzt werden. Seither wurden die berufsbezogenen Maßnahmen in die Routine überführt und standardisiert, sodass diese den Rehabilitanden mit einer BBPL strukturiert angeboten werden können.

METHODIK:

Die Rehabilitationsergebnisse der Teilnehmer am aktuellen berufsbezogenen Behandlungskonzept (Interventionsgruppe) werden mit den vor Einführung dieses Behandlungskonzeptes erzielten Ergebnissen („historische Kontrollgruppe“) verglichen. Rehabilitanden mit BBPL werden in beiden Gruppen anhand des Würzburger Screenings identifiziert, das in der Klinik seit längerem routinemäßig durchgeführt

wurde und daher auch für die historischen Kontrollen vorliegt. So kann aus den Rehabilitanden der Jahre 2010 – 2012 eine entsprechende Vergleichsgruppe identifiziert werden.

Anhand von Routinedaten der DRV Baden-Württemberg (Reha-Statistik-Datenbasis – RSD) werden die Effekte von MBOR auf den Erwerbsstatus im Folgejahr der Rehabilitation sowie auf das Rehabilitationsergebnis aus Sicht des Rehabilitationsarztes bestimmt. Für einen fairen Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe werden multivariate Analysen durchgeführt. Um Rehabilitanden zu identifizieren, die besonders von einer MBOR profitieren, werden separate Regressionsmodelle z.B. für die beiden Indikationen Kardiologie und Pneumologie oder unterschiedliche BBPL-Schweregrade berechnet.

Zusätzlich erfolgen in der Interventionsgruppe Fragebogenerhebungen zu Beginn und Ende der Rehabilitation sowie zwölf Monate nach Rehabilitationseende. Hier stehen die Veränderungen bei der subjektiven Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit, der Arbeitsmotivation und der subjektiven Erwerbsprognose sowie Faktoren, die einen Einfluss auf die subjektiven Behandlungsergebnisse haben, im Mittelpunkt.

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

AKTUELLER STAND:

Die Rekrutierung und Befragung der Studienteilnehmer zu allen Zeitpunkten (t_1 , t_2 , t_3) ist abgeschlossen. Hier liegen insgesamt 619 t_1 -Fragebögen, 404 t_2 -Fragebögen und 337 t_3 -Fragebögen vor. Ebenso liegen die Daten des Würzburger Screenings der prospektiv rekrutierten Fälle aus der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl und die RSD des Berichtsjahres 2019 in anonymisierter Form vor. Diese drei Datenquellen werden derzeit am IFR Ulm verknüpft und die Plausibilisierung durchgeführt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

KOOPERATION

- Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl der RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH (Dr. Nechwatal)

5.5 PRÄDIKTOREN DES REHABILITATIONSERFOLGS NACH BECKEN- UND ACETABULUMFRAKTUREN

PROJEKTZIEL: Diese Studie untersucht das Rehabilitationsergebnis nach Becken- und Acetabulumfrakturen sowie mögliche Prädiktoren des Heilungsverlaufs. Anhand der Prädiktoren sollen Empfehlungen für die Rehabilitation dieser Verletzungen abgeleitet werden. Das primäre Rehabilitationsziel ist die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. L. Tepohl ✉ lena.tepohl@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5300

HINTERGRUND:

Die Nachbehandlung bei Verletzungen des Beckens variiert deutlich. Dies liegt u.a. daran, dass es kaum Forschungsergebnisse zu Behandlungsinhalten und -ergebnissen gibt, da nur wenige hoch-spezialisierte Schwerpunkt-kliniken Patienten mit Beckenverletzungen in nennenswerter Anzahl behandeln. Die AG Becken III der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) hat eine europaweite, in Umfang und Inhalt einzigartige, Datenbank für die prospektive Erfassung von Beckenverletzungen geschaffen. Allein für die Jahrgänge 2005-2017 umfasst diese insgesamt ca. 15.000 Fälle mit Beckenring- und Acetabulumfrakturen aus 39 Kliniken. Die Rehabilitation und das langfristige Ergebnis bezogen auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sind bislang nicht untersucht worden. Gemeinsam mit der AG Becken III der DGU/AO wird die Datenerhebung der AG daher nun prospektiv um Angaben zur Rehabilitation erweitert. Hierdurch sollen Erkenntnisse über

Rehabilitationsziele, -verlauf, -prognose und Zielerreichung gewonnen werden.

METHODIK:

Zuerst wurde die aktuelle Versorgungssituation in der Rehabilitation nach Beckenverletzung untersucht. Dazu wurden die bei Patienten durchgeführten therapeutischen Maßnahmen in Modellkliniken überprüft. Des Weiteren wurden im Rahmen einer Doktorarbeit 123 Reha-Entlassbriefe von Patienten mit Becken- und/oder Acetabulumfraktur ausgewertet. Das Ziel dieser Auswertung war die Identifikation von Patiententypen und die Ableitung der unterschiedlichen Rehabilitationsziele, Maßnahmen und Ergebnisse der verschiedenen Patiententypen. Weiterhin wurden bei den Patienten mit Becken- und Acetabulumfrakturen sowohl soziodemographische Daten, die Diagnose und Komorbiditäten als auch die Art der Versorgung sowie der Aufnahme- und Entlassungsbe-fund der Rehabilitation anonym erfasst. Zusätzlich wurden die erhaltenen Therapieleistungen, die Rehabilitationsziele und ihre Erreichung dokumentiert. In einem zweiten Schritt

erfolgte die Evaluation der Ergebnisse der Rehabilitationsmaßnahmen über die AG Becken der DGU/AO. Mit Hilfe der Evaluation sollten die Aspekte Teilhabe und Aktivität der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) aus subjektiver und objektiver Sicht erhoben werden. Hierzu wurden Fragebögen entwickelt, die sowohl von den behandelnden Rehabilitationsärzten, als auch von den Rehabilitanden bei Beginn (t_1) und Ende (t_2) der Rehabilitationsmaßnahme ausgefüllt wurden. Mit Hilfe dieser Fragebögen soll die Ergebnisqualität der Rehabilitationsmaßnahmen bei Becken- und Acetabulumfrakturen überprüft werden. Die Evaluation umfasste auf Patientenseite Elemente des Merle d'Aubigné Score, des Assessment of Quality of Life und des Gesundheitsfragebogens EQ5D-3L. Zusätzlich beantworteten die Rehabilitanden die Fragebögen FIM (Functional Independence Measure) und IRES-3 (Indikatoren des Rehastatus). Die behandelnden Rehabilitationsärzte machten Angaben zu Rehabilitationszielen und deren Erreichung sowie zum Staffelstein-Score. Bei Entlassung aus der Rehabilitationsklinik erfolgte die Mitteilung bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung auf Basis des Blattes 1a des Reha-Entlassungsberichts der Deutschen Rentenversicherung. Für die Erhebung und Auswertung von langfristigen Ergebnissen wurden die Rehabilitanden 12 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik (t_3) erneut befragt.

AKTUELLER STAND:

Die Befragung 12 Monate nach Abschluss der Rehabilitation wurde Anfang des Jahres 2021 mit einer Rücklaufquote von 34% (N=42) abgeschlossen. Im Anschluss wurden die Daten der

Fragebögen zu den drei Messzeitpunkten (Beginn, nach Abschluss und ein Jahr nach der Rehabilitation) deskriptiv und inferenzstatistisch ausgewertet. Parallel wurden die Daten aus dem Beckenregister der 81 eingeschlossenen Patienten angefordert um diese mit den Daten aus der Fragebogenerhebung zu verknüpfen und auszuwerten. Nach Ausschluss der ungültigen Fälle und der Drop Outs wurden 73 Patienten in die Analysen eingeschlossen. Im Mittel (\pm SD) waren die Patienten 46,1 (\pm 13,5) Jahre alt, davon 71,2% Männer und 28,8% Frauen. Insgesamt hatten 90,4% die deutsche Staatsangehörigkeit und 96,9% waren vor der Rehabilitation erwerbstätig. Davon war der Großteil mit 29,6% gelernte Arbeiter/ Facharbeiter oder mit 26,8% Angestellte mit schwieriger Tätigkeit. 70,1% bzw. 22,4% gingen bei Beginn der Rehabilitation sehr wahrscheinlich bzw. ziemlich wahrscheinlich davon aus, in einem Jahr berufstätig zu sein. Im Verlauf der Rehabilitation und 12 Monate nach Abschluss der Rehabilitation waren weiterhin 94% bzw. 87% erwerbstätig. Die meisten Rehabilitanden (62,7%) wurden 6 Wochen nach dem operativen Eingriff in die Rehabilitation aufgenommen und verbrachten im Schnitt 26,6 (\pm 12,9) Tage in der medizinischen Rehabilitation. Bei der Befragung der Rehabilitanden zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, zur Lebensqualität und zur physischen Funktionalität konnte im Verlauf in allen Kategorien eine Verbesserung erzielt werden. Die Rehabilitanden konnten sich ebenfalls im „Reha-Status“ als Gesamtscore von Beginn der Rehabilitation bis ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation signifikant verbessern. Auch nach Einschätzung der Ärzte zu Beginn und zum Abschluss der Rehabilitation konnten Verbesserungen in der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit für den Beruf sowie eine Reduktion der

Schmerzintensität und eine Steigerung in der Teilhabe der Rehabilitanden erfasst werden. Des Weiteren beurteilten die Ärzte, dass zum Abschluss der Rehabilitation 73% der Rehabilitanden die letzte berufliche Tätigkeit $\geq 6h$ ausüben können und 46% der Patienten in der Lage sind leichte bis mittelschwere Arbeit zu verrichten.

Die Daten aus dem Beckenregister liegen noch nicht aus allen Akutkliniken vor. Sobald dieser der Fall ist, werden weitere Analysen durchgeführt.

Das Projekt soll Ende 2021 abgeschlossen werden.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Eigenmittel

KOOPERATION

- AG Becken III der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

5.6 KONZEPTIONELLE WEITERENTWICKLUNG DER EIGENAKTIVITÄTSPHASE INNERHALB EINES PRÄVENTIONSPROGRAMMS ZUR VERBESSERUNG DER NACHHALTIGKEIT (WE-PREVENT)

PROJEKTZIEL: Im Rahmen der Studie erfolgt eine Modifikation der Eigenaktivitätsphase des Präventionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung (heute RV-Fit, ehemals Betsi). Die sechsmonatige Eigenaktivitätsphase des Präventionsprogramms kann innerhalb der Studie entweder wie bisher, d.h. ohne weitere Begleitung, oder mit zusätzlichen Präsenzterminen in der Reha-Einrichtung oder mit zusätzlichen online-basierten Maßnahmen durchgeführt werden. In der Studie soll überprüft werden, ob durch die zusätzlichen Angebote während der Eigenaktivitätsphase die Bindung der Teilnehmer an das Präventionsprogramm erhöht wird und ob dadurch die Nachhaltigkeit der Trainingseffekte verbessert werden kann.

ANSPRECHPARTNER: B. Brack ✉ belinda.brack@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5109

HINTERGRUND:

Die Zunahme chronischer Erkrankungen erfordert ein Umsteuern von der Rehabilitation zur Prävention, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten langfristig und teilhabeorientiert zu sichern. Die Deutsche Rentenversicherung hat hierfür das Präventionsprogramm RV-Fit entwickelt, welches in drei Phasen gegliedert ist; in eine Initialphase von ca. einem bis fünf Tage, eine dreimonatige Trainingsphase sowie eine sechsmonatige Eigenaktivitätsphase ohne Präsenztermine. Nach diesen sechs Monaten Eigenaktivitätsphase findet eine Auffrischung des Erlernten am sogenannten Refresher-Tag statt. Das heutige RV-Fit Programm hat nur noch eine Eigenaktivitätsphase von drei Monaten. Da die Dauer der Eigenaktivitätsphase zu Beginn der Studie (2019) noch bei sechs

Monaten lag, wurde im Rahmen der Studie Bestandschutz für diese Dauer gewährt. Somit durchlaufen auch weiterhin alle Studienteilnehmer eine sechsmonatige Eigenaktivitätsphase, um die Vergleichbarkeit zwischen den Teilnehmern zu gewährleisten.

Bisherige Studien belegen positive Effekte von Präventionsmaßnahmen der Rentenversicherung auf bestehende Risikofaktoren, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Allerdings zeigen Bestandsaufnahmen im medicos.AufSchalke, dass bisher nur ein relativ kleiner Anteil der Teilnehmer zum Refresher-Tag erscheint.

Eine Möglichkeit, die Bindung der Teilnehmer an der Präventionsmaßnahme zu erhöhen, sowie die Nachhaltigkeit der erzielten Effekte zu

verbessern, bietet die längerfristige Begleitung der Teilnehmer. Neben weitergehenden Face-to-face-Kontakten mit einem Therapeuten können auch digitale Angebote einen Lösungsansatz bieten. Da diese zeitlich und örtlich flexibel absolviert werden können, stellen sie insbesondere für Versicherte im ländlichen Raum mit schlechter Infrastruktur oder für Personen, die im Schichtbetrieb arbeiten eine sinnvolle Ergänzung der klassischen Präventionsleistungen dar. Zudem lassen sie sich besser in den normalen Tagesablauf integrieren, wodurch Personenkreise erreicht werden können, die aus beruflichen oder privaten Gründen die Präventionsmaßnahme nicht durchführen können.

METHODIK:

Innerhalb der Studie wird die sechsmonatige Eigenaktivitätsphase im klassischen Präventionsmodell (Modell 1) durch 12 Präsenztermine im medicos.AufSchalke (Modell 2) bzw. durch online-basierte Maßnahmen (Modell 3) ergänzt. Somit werden drei Studiengruppen miteinander verglichen.

Im Modell 2 werden die Teilnehmer im Rahmen der Eigenaktivitätsphase weiterhin persönlich von den Therapeuten betreut, allerdings werden dabei die wöchentlichen Präsenztermine in der Einrichtung auf eine 14-tägige Durchführung reduziert, um die eigenständige Durchführung von weiteren Trainingseinheiten (außerhalb des Präventionsprogramms) zu fördern. Durch die Begleitung sollen die Teilnehmer unterstützt werden, das in der Initial- und Trainingsphase erlernte gesundheitsfördernde Verhalten auch in der Eigenaktivitätsphase beizubehalten bzw. auszubauen. Der Umfang von 12 Einheiten á 90 Minuten sowie die Inhalte aus

den Bereichen Ernährung, Entspannung, Education und Bewegung sind dabei analog zu Modell 3. Das Modell 3 sieht die Implementierung der Inhalte während der Eigenaktivitätsphase anhand der Online-Therapieplattform Caspar vor. Mit dieser Plattform können die Therapeuten individuelle Trainingspläne für die einzelnen Teilnehmer erstellen und mit ihnen kommunizieren. Der erstellte Trainingsplan kann von den Teilnehmern auf einem PC, Tablet oder Smartphone genutzt werden, wodurch die Trainingseinheiten zeitlich und örtlich flexibel absolviert werden können. Alle Übungsaktivitäten der Teilnehmer werden in beiden Modellen dokumentiert.

Die Evaluation der beiden neuen Modelle im Vergleich zum klassischen Präventionsmodell erfolgt anhand einer (teil-) randomisierten kontrollierten Studie (Comprehensive Cohort Design). In die Studie sollen je Modell ca. 250 Teilnehmer eingeschlossen werden, die im medicos.AufSchalke rekrutiert werden. An drei Diagnostik-Terminen vor der Trainingsphase, nach der Trainingsphase sowie nach der Eigenaktivitätsphase werden von allen Teilnehmern konditionelle und koordinative Fähigkeiten erfasst. Ferner beantworten die Teilnehmer Fragen zu ihrem Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand, zu bestehenden Risikofaktoren sowie zur Motivation und zur Behandlungszufriedenheit. Inwieweit durch die längere Begleitung der Teilnehmer in den Modellen 2 und 3 auch die Compliance erhöht wird, soll durch die Teilnehmerquote am Refresher-Tag abgebildet werden.

AKTUELLER STAND:

Die Rekrutierung der Teilnehmer startete im September 2019. Durch die Covid-19 Pandemie musste das Projekt im Frühjahr 2020 für etwa sechs Wochen unterbrochen werden. Seit der Fortführung im Mai 2020 können aufgrund der bestehenden Hygienemaßnahmen und Abstandsregeln weniger Patienten als vorgesehen am Programm teilnehmen. Außerdem sind

seit der Pandemie weniger Anträge für die Präventionsmaßnahme eingegangen. Aus diesen Gründen soll die Rekrutierung von Studienteilnehmern verlängert werden. Dennoch konnten inzwischen 281 Patienten in die Studie eingeschlossen werden (Modell 1 = 94, Modell 2 = 118, Modell 3 = 69). Einschließlich der Katamnese soll die gesamte Datenerhebung (geplant mit 100 TN je Modell) voraussichtlich im vierten Quartal 2022 abgeschlossen sein.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Westfalen
- Eigenmittel

KOOPERATION

- medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG
- CASPAR Health, Unternehmen der GOREHA GmbH

5.7 EVALUATION EINER TELE-REHA-NACHSORGEMAßNAHME

PROJEKTZIEL: Ziel der Studie ist ein Vergleich zwischen den bekannten face-to-face-Nachsorgemaßnahmen (z.B. IRENA) und einer Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme am Beispiel der Online-Therapieplattform Caspar. Durch den Vergleich sollen u.a. die Fragen beantwortet werden, ob sich die beiden Nachsorgemaßnahmen hinsichtlich verschiedener Zielgrößen (z.B. Gesundheitszustand) unterscheiden und welche Maßnahme für welche Patientengruppen geeignet ist.

ANSPRECHPARTNER: B. Brack ✉ belinda.brack@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5109

HINTERGRUND:

Nachsorgemaßnahmen helfen, die in der Rehabilitation erreichten Ergebnisse zu verstetigen und die Rückkehr ins Erwerbsleben zu unterstützen.

Die empfohlenen Nachsorgemaßnahmen werden allerdings nur von wenigen Rehabilitanden vollständig umgesetzt, da berufliche und private Hinderungsgründe der Teilnahme an einer Nachsorge entgegenstehen können. Hier sind innovative Konzepte gefragt, welche durch die Nutzung neuer Kommunikations- und Informationstechnologien den Zugang zu bzw. die Teilnahme an Nachsorgeangeboten erleichtern und diese für einen größeren Patientenkreis zugänglich machen.

Die Online-Plattform Caspar ermöglicht eine indikationsübergreifende, internetbasierte Nachsorge mit multimodaler Behandlung der Patienten. Der Patient kann den für ihn erstellten Therapieplan auf seinem Heim-PC, Tablet oder Smartphone nutzen und ist somit zeitlich und örtlich flexibel. Alle Übungsaktivitäten des Patienten werden dokumentiert, wobei die

Plattform eine bidirektionale Kommunikation zwischen Teilnehmer und Therapeut bzw. Arzt ermöglicht.

METHODIK:

Die Evaluation der multimodalen Tele-Nachsorgemaßnahme erfolgt anhand einer prospektiven multizentrischen Studie mit Teilrandomisierung (Comprehensive Cohort Design). Studienrelevante Parameter (z.B. Gesundheitszustand) der Tele-Nachsorge-Teilnehmer werden mit denen von Teilnehmern, die die herkömmliche face-to-face Nachsorge erhalten, verglichen. Ziel ist es, erste Aussagen über Behandlungsergebnisse der Maßnahmen treffen zu können. Zudem werden potentielle Inanspruchnehmer identifiziert und die Akzeptanz bei Therapeuten und Patienten erfragt, um Empfehlungen zum Einsatz von Tele-Nachsorgemaßnahmen in der Regelversorgung formulieren zu können.

Es wird eine Fallzahl von ca. 600 Patienten (300 Tele + 300 face-to-face) angestrebt. Dabei ist die Verteilung der Indikationen von den

Rehabilitationseinrichtungen abhängig. Aufgrund dessen wird ein Anteil von ca. 85% (n=510) mit einer orthopädischen Indikation und von ca. 15% (n=90) mit einer kardiologischen und/oder neurologischen Indikation erwartet. Die Rekrutierung erfolgt in 13 ambulanten Rehabilitationszentren der Nanz medico GmbH & Co. KG in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg.

Zielgrößen sind der Anteil der Nicht-Antreter bzw. Abbrecher-Quoten, der Gesundheitszustand, die Funktionsfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit, das Gesundheitsverhalten, Prädiktoren der Inanspruchnahme der Nachsorge, der Erwerbsstatus und die Zufriedenheit bei Patienten und Therapeuten. Die Anzahl der Nicht-Antreter und Abbrecher wird von den Zentren erfasst und in Studienlisten dokumentiert. Für die Operationalisierung der restlichen Zielgrößen wird ein Fragebogen genutzt. Dieser basiert auf standardisierten und etablierten Fragebögen (WAI, IRES-3.1 bis 3.3, Zuf-8) und wird mit eigenen Items ergänzt (z.B. Gründe zur Wahl der Nachsorgeform). Die Datenerhebung findet zu den folgenden vier Zeitpunkten statt: vor der Rehabilitation (t_0), nach der Rehabilitation bzw. vor der Nachsorge (t_1), am Ende der Nachsorge (t_2) sowie sechs Monate nach dem Ende der Nachsorge (t_3). Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (face-to-face vs. Tele) werden mittels deskriptiver Statistik und multivariater Verfahren analysiert.

AKTUELLER STAND:

Die Rekrutierung von Teilnehmern startete im Mai 2019 in den Rehabilitationszentren in Rheinland-Pfalz und Anfang des Jahres 2020 konnte auch mit der Rekrutierung in den sieben

Reha-Zentren in Baden-Württemberg begonnen werden. Aufgrund der Covid-19-Pandemie musste die Rekrutierung für vier Monate pausiert werden, da einige Rehabilitationszentren während sowie nach dem Lockdown geschlossen bzw. stark eingeschränkt waren. Seit dem 01. August 2020 werden in den Reha-Zentren wieder Patienten rekrutiert.

Im Sommer 2020 wurde eine Zwischenauswertung der bis Mai 2020 eingepflegten Daten mit 152 face-to-face-Patienten und 43 Tele-Patienten durchgeführt. In beiden Gruppen zeigen sich vom Beginn zum Ende der Nachsorge signifikante Verbesserungen z.B. bei der Arbeitsfähigkeit (face-to-face: $p < 0,001$; Tele: $p = 0,032$), bei der Beeinträchtigung bezüglich der Arbeitsleistung (face-to-face: $< 0,001$, Tele: $p = 0,019$) sowie der Beeinträchtigung in Beruf und Haushalt (face-to-face: $p < 0,001$; Tele: $p = 0,003$). Dabei waren zwischen den Gruppen kaum signifikante Unterschiede festzustellen, was hinsichtlich des subjektiven Behandlungserfolgs auf eine Gleichwertigkeit beider Nachsorgemaßnahmen hindeutet. Alle berechneten Zwischenergebnisse wurden in einem Zwischenbericht dargestellt.

Inzwischen konnte die angestrebte Fallzahl von 300 Patienten je Gruppe erreicht werden. Jedoch liegen aufgrund von Abbrüchen der Nachsorgemaßnahme und der Studienteilnahme weniger vollständige Datensätze vor (face-to-face: $n = 224$; Tele: $n = 151$). Aufgrund dessen läuft die Rekrutierung noch voraussichtlich bis zum Jahresende weiter. Die Befragung der Nachsorgepatienten zu den Messzeitpunkten t_2 und t_3 kann somit voraussichtlich in Q3/2022 abgeschlossen werden.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Nanz medico GmbH & Co. KG
- GOREHA GmbH
- Eigenmittel

KOOPERATION

- Kooperationskliniken aus Rheinland-Pfalz
 - ZAR Kaiserslautern GmbH
 - ZAR Landstuhl GmbH
 - ZAR Rhein-Main GmbH, Zentrum Mainz
 - ZAR Reha- und Gesundheitszentrum Trier GmbH
 - ZAR am Klinikum Ludwigshafen GmbH
 - ZAR Ludwigshafen am St. Marienkrankenhaus GmbH
- ZAR Kooperationskliniken aus Baden-Württemberg
 - ZAR Zentrum für ambulante Rehabilitation GmbH, Zentrum Aalen
 - ZAR Göppingen, Nanz medico ZAR Zentrum für ambulante Rehabilitation GmbH
 - ZAR Mannheim GmbH
 - Nanz medico, ZAR Zentrum für ambulante Rehabilitation GmbH
 - ZAR Stuttgart
 - ZAR Tübingen am Universitätsklinikum GmbH
 - ZAR Ulm

5.8 ENTWICKLUNG EINES REHA-OUTCOME-INDEX ALS ELEMENT DER KLINIKBEWERTUNG UND INSTRUMENT EINES QUALITÄTSORIENTIERTEN BENCHMARKINGS FÜR DIE STATIONÄRE REHABILITATION (REQUAMO-II)

PROJEKTZIEL: Hauptziel der Studie ist es, Werkzeuge für die Bewertung der Ergebnisqualität hinsichtlich der beruflichen (Re-)Integration zu entwickeln, die sowohl den Rehabilitationseinrichtungen als auch den Rehabilitationsträgern bei der Weiterentwicklung ihrer Rehabilitationsangebote helfen können. Ein wichtiges weiteres Ziel der Studie betrifft das klinikvergleichende Benchmarking unter den beteiligten Kliniken hinsichtlich der genannten Outcomes. Durch die Analyse von Einflussfaktoren insbesondere auf der Ebene der patientenbezogenen Kernprozesse und der qualitätsbezogenen Unterstützungsprozesse können "Best-practice"-Lösungen erkannt werden und für Verbesserungen in den jeweils anderen Kliniken genutzt werden.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de

☎ 07582 800-5102

S. Leinberger ✉ sarah.leinberger@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5108

HINTERGRUND:

Im erfolgreich abgeschlossenen Vorläuferprojekt „Analyse des Behandlungserfolgs in der medizinischen Rehabilitation – Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement“ (kurz: Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg oder Requamo-I) ergaben sich interessante Zusammenhänge zwischen Kennzahlen aus dem Qualitätsmanagement sowie den Behandlungsergebnissen aus Sicht der Betroffenen und der Solidargemeinschaft (z.B. Beitragszahlungen).

In diesem regional breiter angelegten Folgeprojekt wird nun geprüft, inwieweit die gefundenen Zusammenhänge sich auch in anderen

Bundesländern, die unterschiedliche regionale Gegebenheiten (z.B. Arbeitsmarkt oder Versicherungsstruktur) aufweisen, bestätigen.

Die im Vorprojekt entwickelten und erprobten Vorgehensweisen bieten großes Potential für die Weiterentwicklung der Rehabilitation, z.B. die gemeinsame Nutzung von Patientenbefragung und Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung für die Qualitätssicherung (QS). Sie sollen hier wiederum zum Einsatz kommen. Dabei muss jedoch auch geprüft werden, inwieweit die Ergebnisse der Baden-Württemberg-Studie auf andere Bundesländer und andere Rentenversicherungsträger übertragbar sind, da die jeweiligen regionalen Gegebenheiten

auch die (Re-)Integration in das Erwerbsleben beeinflussen können.

Ein entsprechendes Projektkonzept wurde gemeinsam mit den Kooperationspartnern ausgearbeitet und bei den DRVen Baden-Württemberg, Bayernnord, und Braunschweig-Hannover zur Förderung eingereicht. Diese unterstützen die Studie gemeinsam mit Fördermitteln, der Bereitstellung von anonymisierten Routinedaten aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) und dem Versand von Fragebögen.

METHODIK:

In der Studie wurden Informationen aus den Fragebogendaten, den Routinedaten und den Kennzahlen aus dem Qualitätsmanagement genutzt. Dabei wurden prognostisch relevante Faktoren für das Rehabilitationsergebnis und die spätere berufliche (Wieder-)Eingliederung ermittelt. Genutzt wurden dazu komplexe statistische Verfahren (u.a. Kovarianzanalysen und Mehrebenenmodelle). Die so gewonnenen Ergebnisse geben Hinweise auf günstige bzw. ungünstige Versorgungssituationen in bestimmten Patientengruppen, können aber auch für sachgerechte Einrichtungsvergleiche genutzt werden.

AKTUELLER STAND:

Die drei beteiligten Rentenversicherungsträger versandten aus Datenschutzgründen die Fragebögen an 15.000 Rehabilitanden des ersten Halbjahres 2017. 8.000 Befragte nahmen daraufhin, ebenfalls anonym, teil. Die Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) las die zurückgesandten Fragebögen maschinell ein und nahm die Auswertungen der

Fragebögen vor. Von der GfQG wurde aus den Fragebogenangaben ein multipler Ergebnisindex entwickelt, der unterschiedliche singuläre Ergebniskriterien zusammenfasst und als Grundlage für Vergleiche von Rehakliniken im Rahmen der QS dienen kann.

Ferner wurden durch die beteiligten DRVen nach und nach die entsprechenden Daten aus den Reha-Statistik-Datenbasen (RSD) der Jahre 2017, 2018 und 2019 anonymisiert bereitgestellt. Der Erwerbsstatus der Studienteilnehmer konnte somit bis zu 24 Monate nachbeobachtet werden und Analysen zur mittelfristigen (Re-)Integration in das Erwerbsleben durchgeführt werden.

Am IFR erfolgte dann datenschutzgerecht mittels einer anonymen Kennnummer die Zusammenführung von RSD-Daten, Fragebogenangaben und Kennzahlen aus dem internen und externen Qualitätsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen.

Fast die Hälfte der Variation in der beruflichen (Wieder-) Eingliederung zwischen den Rehabilitanden in Form der Beschäftigungstage nach der Reha kann alleine durch vorbestehende soziodemographische, gesundheitsbezogene und erwerbsbiographische Merkmale wie das Geschlecht, das Alter, den Erwerbsstatus vor der Rehabilitation, den Indikationsbereich und die Art des Reha-Zuganges (z.B. AHB oder §51-Fälle) erklärt werden (Efrons Pseudo-R²: 1. Jahr = 44,1%, 2. Jahr = 39,9%).

Eine Adjustierung dieser vorbestehenden ergebnisrelevanten Rehabilitandenmerkmale ermöglichte einen sachgerechten Vergleich der über die berufliche (Wieder-) Eingliederung der Rehabilitanden gemessenen Behandlungs-

qualität zwischen Fachabteilungen. Graphisch dargestellt können solche Vergleiche beispielsweise in QS-Workshops thematisiert werden.

In der Studie konnte gezeigt werden, dass die (berufsbezogenen) Subskalenwerte des multiplen Ergebniskriteriums „berufliche Ergebnisqualität“ positiv mit den verschiedenen Operationalisierungen des sozialmedizinischen

Verlaufs korrelieren und so zu einem gewissen Grad bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Beurteilung der zu erwartenden Langzeitergebnisse erlauben.

Das Projekt wurde nach einer pandemiebedingten Projektverlängerung Mitte 2021 abgeschlossen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- DRV Braunschweig-Hannover
- DRV Nordbayern
- Eigenmittel

KOOPERATION

- Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA, Federführung)
- Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG)
- DRV Baden-Württemberg
- DRV Braunschweig-Hannover
- DRV Nordbayern
- Klinikverbund der DRV Bayernnord
- Qualitätsverbund „Gesundheit - Gemeinsam für die beste Reha“
- Verbund Norddeutscher Rehakliniken (VNR)

5.9 STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG MIT ASSISTENZ DES REHA-TEAMS (START)

PROJEKTZIEL: Ziel der Studie ist die Prozess- und Ergebnisevaluation des Modellprojekts „START“. Im Rahmen des Modellprojekts wird die stufenweise Wiedereingliederung (StWE) bei neurologischen Patienten durch zusätzliche Reha-Tage in einem ambulanten Rehabilitationszentrum ergänzt und der Arbeitsplatz ggf. an bestehende Defizite angepasst. Die Studie soll erste Erkenntnisse zur Zufriedenheit und Akzeptanz der START-Maßnahme bei Patienten und Arbeitgebern liefern und herausstellen, ob die Maßnahme Verbesserungen im Gesundheitszustand und der beruflichen Wiedereingliederung bringt.

ANSPRECHPARTNER: C. Kaltenbach ✉ christina.kaltenbach@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5105

HINTERGRUND:

In Deutschland scheiden jährlich rund 18.000 Menschen frühzeitig aufgrund einer neurologischen Erkrankung aus dem Erwerbsleben aus. Die Komplexität neurologischer Schäden und einhergehender Funktionseinschränkungen verhindern oftmals eine Rückkehr in den Beruf, was sich in einer vergleichsweise geringen Return-to-Work-Quote zeigt. Die Chance auf eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung kann dabei durch eine Stufenweise Wiedereingliederung (StWE) erhöht werden.

Allerdings ist es Patienten, je nach Schwere der neurologischen Beeinträchtigungen, oft nicht möglich, eine klassische StWE zu absolvieren. Ein Grund hierfür sind bestehende arbeitsplatzrelevante Defizite (z.B. Konzentrationsstörungen, Störungen der Motorik und Kraft, Sprachstörungen), die eine Wiederaufnahme der Beschäftigung verhindern. Die stufenweise

Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit wäre jedoch möglich, wenn die Versicherten während der StWE individuell mit Therapieleistungen einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung unterstützt oder der Arbeitsplatz an die Defizite angepasst werden würde.

Ein solches Konzept existiert im Rahmen der Regelversorgung unter Kostenträgerschaft der Rentenversicherung bislang nicht. Das Modellprojekt schließt diese Lücke durch Modifikationen der klassischen StWE. Zum einen wird die StWE durch Reha-Tage ergänzt, um den Gesundheitszustand und arbeitsplatzrelevante Fähigkeiten während der Wiedereingliederung zu verbessern. Zum anderen wird die StWE nicht nach einem festgelegten Stundenschema absolviert, sondern kann individuell je nach Leistungsfähigkeit des Patienten gestaltet und angepasst werden. Außerdem erfolgt ein Coaching am Arbeitsplatz durch einen Therapeuten bzw. Arzt, um bei Bedarf in Abstimmung mit dem Arbeitgeber den Arbeitsplatz

oder das Arbeitsgebiet an die Defizite anzupassen. So soll Patienten, die aufgrund der Defizite nicht in der Lage sind eine klassische StWE zu absolvieren, eine frühzeitige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit ermöglicht werden.

METHODIK:

Im Rahmen der geplanten multizentrischen Studie erfolgt eine fortlaufende Evaluation des Modellprojektes.

Die Ergebnisevaluation beruht auf zwei Datenquellen. So werden zum einen aus der Reha-Statistik-Datenbasis der Rentenversicherung ähnliche Fälle als historische Kontrollgruppe selektiert. Zum anderen werden der sozialmedizinische Verlauf und die Wiedereingliederungsquote im Folgejahr der START-Intervention in der Interventionsgruppe (START-Teilnehmer) anhand von Fragebögen erfasst. Zur Prozessevaluation findet eine Befragung der START-Teilnehmer zu Beginn, am Ende sowie ein Jahr nach Ende der START-Intervention statt. Dabei werden mittels standardisierter Fragebögen u.a. soziodemographische Merkmale, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit erfasst. Daraus ergibt sich

unter anderem, welche Personenkreise besonders von START profitieren, so dass Empfehlungen für die Zuweisung abgeleitet werden können. Um nicht nur die Patientenperspektive, sondern auch die Arzt- und Arbeitgeberperspektive zu beleuchten, erfolgt eine Befragung des jeweiligen Arbeitgebers und der Ärzte in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen. Hierbei sollen die Zufriedenheit mit der START-Intervention sowie Stärken und Schwächen des Verfahrens erfasst werden.

AKTUELLER STAND:

Aufgrund (auch pandemiebedingt) geringer Teilnehmerzahlen in den Jahren 2020/2021 wurde ein Verlängerungsantrag bei der Fachstelle rehapro eingereicht, welcher Anfang 2021 genehmigt wurde. Die im Jahr 2020 gestartete Befragung der Teilnehmer, Ärzte und Arbeitgeber wurde im Jahr 2021 fortgesetzt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt konnten bereits 22 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Die Nachbefragung der Teilnehmer ein Jahr nach Abschluss der START-Maßnahme ist im dritten Quartal 2021 gestartet.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

KOOPERATION

- Reha-Zentrum Hess
- ZAR Tübingen
- DRV Baden-Württemberg

5.10 PRÄVENTION FÜR ARBEITSLOSE IN BADEN-WÜRTTEMBERG (PRÄVALO)

PROJEKTZIEL: Ziel der Studie ist die formative Evaluation des Modellprojekts „PrävAlo“. Im Rahmen des Modellprojekts wird das Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg modifiziert und auf die psychosoziale Belastung von Arbeitslosen angepasst. Dadurch soll ein gesundheitsbedingtes Vermittlungshemmnis vermieden und langfristig die Chance auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Berufsleben erhöht werden. Die Studie soll erste Erkenntnisse zur Wiedereingliederung sowie zur Zufriedenheit und Akzeptanz der Maßnahme bei Arbeitslosen sowie mitwirkenden Therapeuten bzw. Ärzten bringen.

ANSPRECHPARTNER: E. Gaus ✉ ellen.gaus@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5202

HINTERGRUND:

Zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung besteht ein wechselseitiger Zusammenhang, der durch zahlreiche Studien belegt wird. So können chronische Erkrankungen ein Grund für den Verlust des Arbeitsplatzes sein bzw. den Wiedereinstieg ins Berufsleben erschweren. Umgekehrt geht mit der Arbeitslosigkeit eine hohe psychische Belastung einher, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko nach sich zieht. Arbeitslose haben im Vergleich zu Erwerbstätigen ein mindestens doppelt so hohes Risiko, psychische Erkrankungen zu entwickeln.

Um die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit zu verringern und die Chance auf Wiedereingliederung zu erhöhen, sollen Arbeitslose in das Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg einbezogen werden. Im

Vergleich zu bisherigen Angeboten – vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung – soll den Arbeitslosen ein multimodales Programm angeboten werden. Durch das Modellprojekt soll ein niederschwelliges, d.h. eigenanteil- und vorleistungsfreies Präventionsangebot der Rentenversicherung für Arbeitslose entstehen, das speziell auf die psychosozialen Probleme von Arbeitslosen zugeschnitten ist.

Dazu wird das Präventionsangebot der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg modifiziert und in den Modellregionen erstmalig auch für Menschen ohne bestehendes Beschäftigungsverhältnis angeboten. Die modifizierten Inhalte zielen u.a. auf die Stärkung der psychischen Widerstandskraft (Resilienz), die Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie die Befähigung zum besseren Umgang mit durch die Arbeitslosigkeit bedingte Konflikte und knappe Ressourcen (Empowerment) ab.

METHODIK:

Zielgruppe des Modellprojekts sind Arbeitslose mit ALG I und Langzeitarbeitslose mit ALG II-Bezug mit bestehenden Risikofaktoren bzw. -verhalten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die PrävAlo-(Studien-)Teilnehmer durchlaufen nach der Initialphase, eine 9-monatige Trainingsphase und ein abschließendes Refresher-Wochenende.

Für die Evaluation des Modellprojekts ist eine Stichprobengröße von ca. 300 Teilnehmern vorgesehen. Die Datenerhebung wird zum jeweiligen Zeitpunkt vom IFR Ulm vorbereitet und anschließend werden die Daten erfasst. Die Teilnehmer werden zu Beginn, am Ende sowie 12 Monate nach Ende des Präventionsprogramms zum physischen und psychischen Gesundheitszustand, zu bestehenden Risikofaktoren, ihrem Gesundheitsverhalten sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Zudem wird nach Maßnahmenende die Zufriedenheit mit dem Präventionsprogramm erfasst. Diese subjektiven Angaben werden durch Zahlen zur Teilnehmer- und Abbrecher-Quote ergänzt. Es werden Fokusgruppen mit den beteiligten Ärzten und Therapeuten der Rehabilitationseinrichtungen geführt, um Optimierungspotenziale zu erkennen. Des Weiteren werden für die Evaluation des Modellprojekts Interviews mit Teilnehmenden der PrävAlo-Maßnahme, Non-Respondern und Nicht-

Teilnehmern geführt, um weitere Einblicke aus deren Perspektive zu gewinnen und Förderfaktoren und Barrieren zu identifizieren.

AKTUELLER STAND:

Im 1.-3. Quartal 2021 haben die PrävAlo-Teilnehmenden aus den Initialphasen aus dem Jahr 2020 die Trainingsphase absolviert und anschließend an dem Refresher-Wochenende teilgenommen. Die aktive Rekrutierung durch die DRV Baden-Württemberg wurde im 1.-3. Quartal 2021 pausiert, um die Maßnahme umzustrukturieren. In diesem Zeitraum fanden Telefoninterviews mit PrävAlo-Teilnehmenden, Non-Respondern der Anschreibaktion sowie Personen die sich zur Maßnahme angemeldet haben, jedoch nicht erschienen sind, statt. Die Erkenntnisse, die aus den Telefoninterviews resultierten, wurden als Grundlage für die Umstrukturierung der Maßnahme, die durch die DRV erfolgte, herangezogen. Im 4. Quartal 2021 wurden die ersten Initialphasen in einem rein ambulanten Setting durchgeführt. Die Trainingszeit, die sich bisher auf 9 Monate belief wurde auf 6 Monate gekürzt. Des Weiteren wird die Katamnesebefragung bereits 6 Monate, nach Beendigung der PrävAlo-Maßnahme, stattfinden und nicht wie bisher erst nach 12 Monaten. Die Datenerhebung mittels Fragebögen und Diagnostikdaten lief wie geplant weiter.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- ZAR Ulm
- ZAR Göppingen

5.11 FORMATIVE EVALUATION DES GKV-Ü35-GESUNDHEITSCHECKS MIT WAI (Ü35-CHECK+)

PROJEKTZIEL: Im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Erwerbsleben – rehapro“ bietet die DRV Baden-Württemberg ihren Versicherten ab dem 35. Lebensjahr eine erweiterte Vorsorgeuntersuchung an, bei der der „Gesundheits-Check-up 35“ der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um ein berufsbezogenes Screening zur Messung der Arbeitsfähigkeit ergänzt wird. Die Studie erfolgt zur wissenschaftlichen Begleitung dieses Modellprojekts und soll dabei erste Erkenntnisse zur Akzeptanz sowie zum Bedarf der Versicherten an diesem Angebot liefern.

ANSPRECHPARTNER: C. Kaltenbach ✉ christina.kaltenbach@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5105
L. Raiber ✉ lea.raiber@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5205

HINTERGRUND:

Während des Modellprojekts wird der „Gesundheits-Check-up 35“ der GKV gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch niedergelassene Ärzte der Allgemein- und Inneren Medizin durchgeführt.

Zusätzlich wird die subjektive Erwerbsfähigkeit mit dem Work Ability Index (WAI) ermittelt. Dieser ist ein Fragebogen zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen und wird international häufig eingesetzt. Auch in einem Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung, das Versicherten ab dem 45. Lebensjahr angeboten wurde und hinsichtlich Akzeptanz, Zufriedenheit und Barrieren bzw. Förderfaktoren der Inanspruchnahme mit Pflegekräften erprobt wurde, kam der WAI zum Einsatz. Dieser Ü45-Gesundheitscheck eignet sich jedoch nur bedingt zur rechtzeitigen Identifikation von Belastungen, da relevante Beeinträchtigungen

der Erwerbsfähigkeit wie z. B. psychische Erkrankungen oft bereits vor dem 45. Lebensjahr entstehen. Gerade psychische Erkrankungen haben als Ursache für Erwerbsminderungsrenten in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen und betreffen mit einer steigenden Tendenz bereits jüngere Versicherte. Daher muss bereits früh diesem Umstand begegnet werden.

Ziel des Modellprojekts „Ü35-Check+“ ist es, den Bedarf an Unterstützung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit frühzeitig festzustellen sowie notwendige Teilhabeleistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (z. B. eine medizinische Rehabilitation) rechtzeitig einzuleiten. So sollen bei einem WAI mit weniger als 44 Punkten (max. mögliche Punktzahl 49) ggfs. entsprechende Leistungen eingeleitet werden. Zielgruppe des „Ü35-Check+“ sind dabei Personen, die der Sozialversicherungspflicht (Entgelt-, Krankengeld-

und Arbeitslosengeld I-Empfänger) unterliegen.

METHODIK:

In der Studie werden Teilnehmer für das Modellprojekt (Interventionsgruppe) sowie eine Vergleichsgruppe rekrutiert. In die Interventionsgruppe werden alle Versicherten der DRV Baden-Württemberg eingeschlossen, die das Angebot für einen „Ü35-Check+“ bei ihrem Hausarzt in Anspruch nehmen, das 35. Lebensjahr erreicht haben und der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Für die Vergleichsgruppe kommen zum einen Versicherte anderer gesetzlicher Rentenversicherungsträger (z. B. DRV Bund) infrage, da das Angebot für einen „Ü35-Check+“ im Rahmen des Modellprojekts nur für Versicherte der DRV Baden-Württemberg besteht. Zum anderen werden Versicherte eingeschlossen, die ein Jahr zuvor den „Gesundheits-Check-up 35“ der GKV in Anspruch nahmen und aufgrund der gesetzlichen Teilnahmeferien der GKV keine Möglichkeit haben, am Modellprojekt teilzunehmen. Die Vergleichsgruppe wird nur anhand eines Informationsschreibens der DRV Baden-Württemberg über den „Ü35-Check+“ informiert.

Bei Personen, die den Schwellenwert des WAI von 44 Punkten unterschreiten, wird die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen zwischen Teilnehmern am Modellprojekt und der Vergleichsgruppe verglichen. Dabei wird die Leistungsanspruchnahme bei den Teilnehmern ein Jahr nach Durchführung des „Ü35-Checks+“ und bei der Vergleichsgruppe ein Jahr, nachdem sie einen WAI-Fragebogen ausgefüllt haben, erhoben. Dies liefert Hinweise darauf, inwiefern anhand des „Ü35-Check+“ der

Bedarf an Teilhabeleistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden konnten.

Um weiterhin zu prüfen, welche Altersklassen ab 35 Jahren eher Präventions- und welche eher Rehabilitationsbedarf aufweisen, wird die Anzahl an Empfehlungen und in Anspruch genommener Leistungen zwischen verschiedenen Altersgruppen verglichen.

Des Weiteren werden Teilnehmer des Modellprojekts und der Vergleichsgruppe u. a. zum subjektiven Bedarf an einem Gesundheitscheck mit einem berufsbezogenen Screening zur Messung der Arbeitsfähigkeit befragt. Dabei sollen alle Studienteilnehmer angeben, ob sie einen „kombinierten“ oder zwei separate Gesundheitschecks präferieren. Die Teilnehmer des Modellprojekts sollen zudem das Angebot „Ü35-Check+“ bewerten. Dadurch können Hinweise auf den Bedarf an Veränderungen hinsichtlich der Ausgestaltung des „Ü35-Check+“ gewonnen werden.

Darüber hinaus erfolgen leitfadengestützte Interviews mit teilnehmenden Ärzten der Allgemein- und Inneren Medizin, u. a. zur Ausgestaltung des Modellprojekts sowie zur Akzeptanz des neuen Angebots.

AKTUELLER STAND:

Die Erstbefragung der Teilnehmer am Modellprojekt bzw. der Vergleichsgruppe und die leitfadengestützten Interviews mit den niedergelassenen Ärzten wurden 2021 abgeschlossen. Die Katamnese-Befragung der Teilnehmer am Modellprojekt bzw. der Vergleichsgruppe

startete Mitte 2021. In der zweiten Jahreshälfte 2021 wurde mit der Auswertung der gewonnenen Fragebogendaten und der qualitativen Inhaltsanalyse der Arzt-Interviews begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg

5.12 REHABILITATIVE KURZZEITPFLEGE IM STATIONÄREN UMFELD – EIN VERSORGUNGSKONZEPT FÜR VERSICHERTE MIT UND OHNE VORBESTEHENDE PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT (REKUP)

PROJEKTZIEL: Ziel des Projekts ist die modellhafte Erprobung und Evaluation einer poststationären, rehabilitativen Kurzzeitpflege für geriatrische und unfallchirurgisch-orthopädische Patienten sowie ggfs. die Ableitung von Empfehlungen für eine Überleitung in die Regelversorgung.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. S. Jankowiak ✉ silke.jankowiak@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5106

HINTERGRUND:

Das Vergütungssystem nach DRG (diagnosis related groups) setzt Anreize für eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Patienten verfügen dabei jedoch nicht über die geforderte Rehabilitationsfähigkeit, so dass sie, trotz positivem Rehabilitationspotential, positiver Prognose und Rehabilitationsbedarf, häufig zunächst nach Hause oder in Kurzzeitpflege entlassen werden. Weder im häuslichen Umfeld noch in der Kurzzeitpflege erfolgt eine ausreichende therapeutische Versorgung bzw. eine multimodale Behandlung unter biopsychosozialen Gesichtspunkten. Die idealerweise früh beginnende und lückenlos fortzusetzende Rehabilitation findet nicht statt und es resultiert ein „Rehaloch“. Es drohen ein Abfall der Leistungsfähigkeit sowie ein erhöhtes Risiko für Komplikationen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Rehabilitationsfähigkeit nicht mehr erreicht wird und Dauerpflege notwendig wird. Zudem besteht das Risiko, dass Verbesserungspotentiale verschenkt werden und eine

Rehabilitation nur verspätet und mit einer schlechteren Ausgangslage als nötig eingeleitet wird.

Ziel der rehabilitativen Kurzzeitpflege ist es, durch eine Erweiterung der stationären Kurzzeitpflege um aktivierend-therapeutische, multiprofessionelle rehabilitative Elemente, den bekannten negativen Folgen von Bettlägerigkeit und Inaktivität (z.B. Muskelatrophien, kognitive und psychische Veränderungen) entgegenzuwirken und somit den Wiederherstellungsprozess positiv zu beeinflussen.

Indem das vorhandene Besserungspotential frühzeitig genutzt und die Rehabilitationsfähigkeit zeitnah hergestellt wird, soll gewährleistet werden, dass während der sich anschließenden Anschlussheilbehandlung (AHB) das Rehabilitationspotential ausgeschöpft und die Rehabilitationsziele erreicht werden können.

METHODIK:

Die Evaluation der rehabilitativen Kurzzeitpflege sollte im Rahmen dieses Projekts anhand einer prospektiven multizentrischen Beobachtungsstudie erfolgen. Dabei war ein Vergleich von Patienten, die an der rehabilitativen Kurzzeitpflege in einer Modelleinrichtung teilnehmen (Interventionsgruppe), mit Patienten, die im Anschluss an den Akutaufenthalt in die stationäre Kurzzeitpflege in ein Pflegeheim entlassen werden (in dem sich das Behandlungskonzept ausschließlich an bestehenden Formen pflegerischer Aktivierung orientiert), sowie mit Patienten, die in das häusliche Umfeld entlassen werden (Kontrollgruppe) geplant.

Relevante Hauptzielgrößen für die rehabilitative Kurzzeitpflege waren die Quote der Entlassungen in das häusliche Umfeld mit und ohne Pflege bzw. in die Langzeitpflege, der Pflegegrad sowie Komplikationen, Rückverlegungen in den Akutsektor und Versterben. Detailziele waren der körperliche und psychische Funktions- und Gesundheitszustand, die Selbständigkeit bzw. Alltagskompetenz sowie die Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Versorgung. Außerdem waren die Rehabilitationsfähigkeit, der Nachsorgebedarf und der Erwerbsstatus relevante Parameter.

Zusätzlich sollte die Umsetzung, Praktikabilität und das Schnittstellenmanagement der rehabilitativen Kurzzeitpflege mittels Fokusgruppen und Interviews mit den Leistungserbringern im Akuthaus sowie der Rehabilitation formative evaluiert werden.

AKTUELLER STAND:

Die im Jahr 2020 begonnene Rekrutierung von zuweisenden Akutkliniken und Projektvorarbeiten wurden fortgeführt. Jedoch erschwerte die Covid-19-Pandemie die Rekrutierung der Akutkliniken sehr. In der Zeit von Q4/2019 bis Q2/2021 wurden durch das IFR insgesamt 29 Kliniken im Zuge von vier umfangreichen Anschreibenaktionen auf das Projekt aufmerksam gemacht. Dabei wurde auf postalischem und elektronischem Wege um ihre Teilnahme gebeten. Anhand persönlicher Projektvorstellungen, telefonischer Einzelgespräche und umfangreicher E-Mails wurden die Kliniken zudem individuell informiert und betreut.

Bis Ende Juni 2021 lagen aus 8 Akutkliniken Absagen für die Teilnahme vor und 5 Kliniken meldeten sich gar nicht zurück. 13 Kliniken befanden sich noch in internen Gesprächen, die jedoch aufgrund der Covid-19-Pandemie immer wieder verlängert wurden. 4 Kliniken wollten sich an dem Projekt beteiligen, sobald der im März 2021 gestellte Antrag auf Laufzeitverlängerung durch den G-BA bewilligt sei. 3 weitere Kliniken hatten bereits den Kooperationsvertrag unterschrieben und mit der Patientenrekrutierung begonnen. Allerdings konnten in diesen 3 Kliniken seit Dezember 2020 keine Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Bereits im Februar 2021 wurde dem G-BA eine Risikoanalyse zu dem Projekt inkl. drei harter Abbruchkriterien vorgelegt. Die Abbruchkriterien waren: 1. Ablehnung der methodischen Änderungen durch den G-BA; 2. Weitere Auswirkungen durch die Covid-19-Pandemie sind nicht absehbar. Spätestens wenn eine 3. Welle das Projekt beeinträchtigt und eine erneute Pausierung erforderlich macht, sollte der

Strang „Trauma“ abgebrochen werden; 3. Die Rekrutierung der Akutkliniken ist eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg der Patientenrekrutierung. Hier werden weitere Kanäle genutzt und auch die Region, in der Patienten rekrutiert werden können, erweitert. Wenn bis Juli 2021 keine 10 Akutkliniken ihre Teilnahme zugesichert haben, sollte der Strang Trauma beendet werden.

Da Anfang Oktober 2021 der Antrag auf Laufzeitverlängerung nicht bewilligt war, die angestrebte Zahl von 10 Akutkliniken nicht erreicht werden konnte und auch die 4. Welle der Covid-19-Pandemie begann, wurde in Absprache mit

dem Projektträger und der Konsortialführung (AOK BW) am 14. Oktober 2021 vereinbart, dass der traumatologische Strang des Projektes REKUP nicht weitergeführt und vorzeitig beendet wird. Die Covid-19 Pandemie hat das Projekt leider so stark beeinträchtigt und verzögert, dass eine weitere Verlängerung seitens des G-BA aufgrund haushaltsrechtlicher Restriktionen nicht bewilligt werden konnte. Im Jahr 2022 soll versucht werden, die Vorarbeiten sowie die gewonnenen Erkenntnisse für ein weiteres Pilotprojekt zum Thema „Rehaloch“ zu nutzen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds

KOOPERATION

- AOK Baden-Württemberg - Fachbereich Rehabilitations- und Pflegemanagement
- DRV Baden-Württemberg
- Lehrstuhl für Geriatrie, Universität Heidelberg
- Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen
- Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH
- Geriatisches Zentrum der Universität Heidelberg im AGAPLESION Bethanien Krankenhaus
- cts Sankt Rochus Klinik in Bad Schönborn
- Federseeklinik in Bad Buchau
- Rehaklinik Sonnhalde in Donaueschingen

5.13 EVALUATION EINES NEUEN REHABILITATIONSKONZEPTS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNGEN MIT FOKUS AUF TEILHABEBEEINTRÄCHTIGUNG (KIJUPSY)

PROJEKTZIEL: Im Rahmen einer von der DRV Baden-Württemberg geförderten Evaluationsstudie sollen Rehabilitationsergebnisse (z.B. Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit, Lebensqualität, Krankheitsmanagement, Zufriedenheit) eines neuen Behandlungskonzeptes und ihrer Stabilität aus Sicht der betroffenen Kinder/Jugendlichen und Bezugspersonen sowie der Schule untersucht werden, wobei zusätzlich neues und bisheriges Behandlungskonzept verglichen werden.

ANSPRECHPARTNER: S. Leinberger ✉ sarah.leinberger@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5108

HINTERGRUND:

Chronische, somatische und vor allem psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben in den letzten Jahren in ihrer Anzahl und ihrem Schweregrad zugenommen. Eine frühe Diagnose und eine multimodale Intervention im Kindes- und Jugendalter sind daher notwendig um einer Chronifizierung der Krankheit entgegenzuwirken. Die Rehabilitation ist dabei ein wichtiges Instrument zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit zur Integration in Schule, Ausbildung und in das spätere Erwerbsleben. Ein zentrales Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung der Krankheitssymptomatik. Zusätzlich dazu werden durch ein strategisches Krankheitsmanagement langfristige Ziele verfolgt, wie die Verbesserung der Langzeitprognose, Steigerung der individuellen Lebensqualität, soziale Integration und spätere berufliche Teilhabe.

Im Zuge der Weiterentwicklung der psychiatrischen Kinder- und Jugendrehabilitation haben die Fachkliniken Wangen ein neues Behandlungskonzept entwickelt, um den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen und erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen in der Rehabilitation besser gerecht werden zu können. Das neue Konzept zielt durch intensivere und engmaschigere Betreuung sowie erweiterte Schulungsangebote stärker auf das Verbessern der Teilhabefähigkeit ab.

METHODIK:

Mithilfe von Fragebögen werden die Rehabilitationsergebnisse des alten und des neuen Behandlungskonzeptes für Kinder und Jugendliche mit bestimmten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen wie ADHS, Depression oder Zwangserkrankungen in den Fachkliniken Wangen verglichen. Zum einen werden Kinder

und Jugendliche, die eine Rehabilitation nach altem Konzept durchlebt haben (Kontrollgruppe) befragt und zum anderen diejenigen, die eine Rehabilitation nach neuem Konzept absolvieren (Interventionsgruppe). Die Interventionsgruppe wird zu drei Zeitpunkten befragt:

- direkt vor der Rehabilitation (t_1)
- direkt im Anschluss an die Rehabilitation (t_2) und
- zwei Jahre nach der Rehabilitation (t_3).

Da die Rehabilitation der Kontrollgruppe bereits in der Vergangenheit liegt, wird diese lediglich zum Zeitpunkt t_3 zwei Jahre nach ihrer Rehabilitation befragt. Altersspezifisch erfolgt die Befragung über eine Selbst- und/oder Fremdbefragung der Bezugsperson.

Neben den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Begleitperson sollen unter anderem die Betrachtungsweisen der Therapeuten und Ärzte auf die Behandlungskonzepte

in den Auswertungen berücksichtigt werden. Durch leitfadenbasierte qualitative Interviews werden fünf behandelnde Personen des interdisziplinären Teams aus den Fachkliniken Wangen zur Einschätzung des Rehabilitationserfolgs der Kinder und Jugendlichen sowie zum neuen und alten Behandlungskonzept befragt.

AKTUELLER STAND:

Im Jahr 2021 wurden die Rekrutierung der Interventionsgruppe und die Befragung zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 abgeschlossen. Die Rekrutierung und Befragung der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t_3 wurde ebenfalls abgeschlossen sowie mit der Datenaufbereitung zur Vorbereitung der Analysen begonnen. Ebenfalls wurden die Interviews mit Behandelnden der Fachkliniken Wangen vorbereitet, durchgeführt und mit deren Auswertung begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- Waldburg-Zeil Akutkliniken GmbH & Co. KG - Fachkliniken Wangen

5.14 „VERNETZUNG – VORBEUGUNG – INTEGRATION (VVI)“

PROJEKTZIEL: Das Ziel der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes „Vernetzung-Vorbeugung-Integration (VVI)“ ist es, dessen Inhalte, Abläufe und Nutzen zu evaluieren und somit Erkenntnisse über Verbesserungs- und Verstetigungspotentiale abzuleiten. Das Modellprojekt VVI wurde dabei speziell für Arbeitslosengeld-II-Empfänger mit gesundheitlichen Einschränkungen konzipiert und beinhaltet neben der engmaschigen Betreuung durch einen Lotsen auch die Vernetzung aller relevanten Akteure (Hausärzte, Arbeitslose, Lotsen, Arbeitgeber etc.), um eine nachhaltige berufliche Integration zu erreichen.

ANSPRECHPARTNER: L. Raiber ✉ lea.raiber@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5205

HINTERGRUND:

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein gesundheitlicher Risikofaktor, zugleich können gesundheitliche Einschränkungen zu Arbeitslosigkeit und SGB II-Leistungsbezug führen. Insbesondere bei Personen, die seit über einem Jahr eine Arbeitsstelle suchen, ist verstärkt festzustellen, dass eine Vermittlung an gesundheitlichen Einschränkungen scheitert. Diese Einschränkungen werden von den Arbeitssuchenden zum Teil selbst nicht eingestanden. Neben Suchterkrankungen sind dies oftmals körperliche und psychische Erkrankungen sowie Persönlichkeitsveränderungen. Erfahrungen des Jobcenter Biberach lassen vermuten, dass einem Teil dieser Arbeitssuchenden von ihren Ärzten – ggf. auch über einen längeren Zeitraum – Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, ohne intensiv an einer Genesung zu arbeiten. Dies hemmt den Vermittlungsprozess deutlich und führt in nicht wenigen Fällen dazu, dass nach Jahren eine Erwerbsunfähigkeit festgestellt wird.

Das Modellprojekt VVI setzt an dieser Problematik an und bietet eine mögliche Lösungsstrategie. VVI ist in verschiedene Module aufgebaut, die inhaltlich aufeinander abgestimmt sind und zeitlich ineinandergreifen. Erstens soll eine Vernetzung der unterschiedlichen Akteure (Hausärzte, Jobcenter, Leistungsträger etc.) gefördert werden. Zweitens soll der Fallmanager Ansprechpartner und Kümmerner für alle beteiligten Akteure sein und für den VVI-Teilnehmer als Lotse im gesamten Prozess fungieren. Es steht dabei immer der individuelle Bedarf des einzelnen Arbeitssuchenden im Fokus. Drittens wird eine Reintegration in den Arbeitsmarkt fokussiert. Der Lotse übernimmt dabei u.a. die bewerberorientierte Vermittlung. VVI ist eine klientenzentrierte Intervention, die anhand des Public Health Action Cycles vorgeht. Es werden frühzeitige und individuelle Strategien vorgesehen, um gesundheitliche Einschränkungen als Arbeitsvermittlungshemmnis zu vermeiden.

Als Zielgruppe gelten Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Beschwerden im Bewegungsapparat, psychischen Erkrankungen sowie mit Abhängigkeits-erkrankungen, die durch das Jobcenter Biberach betreut werden. Die Aufnahme ins Modellprojekt erfolgt bei Vorliegen einer nicht nur vorübergehenden gesundheitlichen Einschränkung.

METHODIK:

Im Rahmen der formativen Evaluation des Modellprojekts werden verschiedene Perspektiven einbezogen. Aus Sicht der Teilnehmer wird der Gesundheitszustand fokussiert, analysiert welche Arbeitslosen besonders profitieren und Optimierungsmöglichkeiten identifiziert. Aus Sicht des Lotsen und der beteiligten Ärzte wird deren Zufriedenheit mit dem Projekt betrachtet sowie Hürden und Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit identifiziert. Zudem wird untersucht, wie viele Personen in ein gesundheitlich geeignetes Arbeitsverhältnis vermittelt werden konnten.

Vor diesem Hintergrund ist die Evaluationsstudie in einem Mixed-Methods-Ansatz mit parallelem Design angelegt. Im quantitativen Bereich findet zum einen eine schriftliche Befragung der VVI-Teilnehmer zu einem

Messzeitpunkt statt. Diese werden befragt, wenn sie in ein Arbeitsverhältnis vermittelt werden oder 24 Monate nach Beginn der VVI-Teilnahme, falls bis zu diesem Zeitpunkt keine Reintegration in den Arbeitsmarkt erfolgt ist. Zum anderen können Routine-Dokumentationsdaten des Jobcenters (u.a. Teilnahmequote und Inanspruchnahme von Maßnahmen) in die Analyse mit einbezogen werden. Für den qualitativen Bereich werden sowohl mit den Lotsen und als auch den beteiligten Hausärzten halbstandardisierte, leitfadengestützte Interviews geführt. Abschließend erfolgt eine Verbindung der im Parallel-Design gewonnen quantitativen und qualitativen Daten im Sinne der Komplementarität.

AKTUELLER STAND:

Das Modellprojekt VVI startete bereits Mitte 2019. Nach einer öffentlichen Ausschreibung für die wissenschaftliche Begleitung durch das Jobcenter Biberach hat das IFR Ulm im Juli 2021 den Zuschlag hierfür erhalten. Im September 2021 begann das Projekt und es wurde mit den Vorbereitungen der Evaluation gestartet. Dabei wurden der Fragebogen entwickelt, der Ethikantrag mit Studienprotokoll etc. vorbereitet und der organisatorische Ablauf mit dem Jobcenter Biberach abgestimmt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

KOOPERATION

- Jobcenter Biberach (RiB)

5.15 EVALUATION EINES NEUEN BEHANDLUNGSKONZEPTS FÜR DIE KURZZEITPFLEGE IN REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN BEI INTERNISTISCHEN ERKRANKUNGEN – STÄRKUNG DER REHAFÄHIGKEIT DURCH KURZZEITPFLEGE NACH KRANKENHAUSAUFENTHALT (STARK)

PROJEKTZIEL: In diesem Projekt wird eine rehabilitative Kurzzeitpflege für internistische, im Speziellen kardiologische und angiologische, Erkrankungen (StarK-Intervention) betrachtet. Im Zuge dieses Modellprojekts wird die Implementierung der StarK-Intervention evaluiert. Ein weiteres Ziel dieses Projekts ist die Überwindung von Schwachstellen, die bei der Durchführung unter Alltagsbedingungen auftreten können. Ferner sollen die Zufriedenheit und Akzeptanz von StarK bei Therapeuten, Patienten, Case Managern, Ärzten und Mitarbeitern des Sozialdienstes abgefragt werden.

ANSPRECHPARTNER: E. Gaus ✉ ellen.gaus@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5202

HINTERGRUND:

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) bringt Veränderungen in Ablauf und Dauer der Krankenhausaufenthalte mit sich und führt gleichzeitig zu veränderten Anforderungen an die Rehabilitation. Im Krankenhaussektor werden die Behandlungsabläufe beschleunigt und es erfolgt eine Leistungsverdichtung, die durch ein optimales Prozessmanagement so kurz wie möglich gehalten wird. Die Folgen sind, dass u.a. die Arzt-Patienten-Beziehung aufgrund der mangelnden Zeit darunter leidet. Zudem treten insbesondere bei älteren Personen vermehrt Versorgungsprobleme nach der Akutversorgung auf. Seit Jahren ist die stetige Abnahme der stationären Verweildauer je Fall im Krankenhaus zu beobachten. Durch die kürzere Verweildauer im

Krankenhaus werden die Fälle vermehrt frühzeitig in die nachgelagerten Behandlungssektoren entlassen. Eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus führt oft zu einer noch nicht vorhandenen Rehabilitationsfähigkeit. Besteht eine Rehabilitationsfähigkeit nicht direkt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, verlängert sich die Zeit zwischen der Krankenhausentlassung und des Rehabilitationsbeginns. Eine möglichst unmittelbare Weiterbehandlung, auch nach akuten internistischen Ereignissen, sollte aber unbedingt im Vordergrund stehen, da ansonsten das Risiko besteht, dass wertvolle Rehabilitationspotenziale durch die Kurzzeitpflege oder durch die Zeit, die die Patienten zu Hause verbringen, nicht genutzt werden.

Um diese Versorgungslücke zu schließen, soll im Rahmen des Pilotprojekts „StarK“ eine

rehabilitative und aktivierende Kurzzeitpflege mit therapeutischen Leistungen im Setting „Rehabilitationsklinik“ für verschiedene inter-nistische Erkrankungen eingeführt werden.

METHODIK:

Im Rahmen dieser Studie soll die StarK-Intervention formativ evaluiert werden. Dazu werden die StarK-Teilnehmer zu zwei Messzeitpunkten (Aufnahme (t_1) und Ende der rehabilitativen Kurzzeitpflege (t_2)) mittels Fragebögen zur Zufriedenheit und zur Akzeptanz der Maßnahme befragt. Um qualitative Daten zur Praktikabilität, zum Verbesserungsbedarf und zur Identifikation von Optimierungspotenzialen, insbesondere in den Schnittstellenbereichen erheben zu können, wird auf die Methodik der Fokusgruppen gesetzt. Diese werden mit den Ärzten und den behandelnden Therapeuten/Case Managern der Vinzenz Klinik in Bad Ditzgenbach durchgeführt. Die Teilnehmer der Fokusgruppen werden zum Ablauf der Intervention, zu Schnittstellenproblematiken, zur Kommunikation mit den Zuweisern und insgesamt zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit der StarK-Intervention befragt. Ferner sollen sich die Teilnehmer zur Umsetzbarkeit äußern und eine Einschätzung geben, ob das gewünschte Patientenkollektiv von den Akutkliniken

zugewiesen wurde. Des Weiteren werden strukturierte Interviews mit den einweisenden Ärzten bzw. den Mitarbeitern im Sozialdienst der Akutkliniken geführt. Mit Hilfe eines leitfadengestützten Interviews sollen unter anderem Themen wie Zufriedenheit, Schnittstellenproblematiken, Bedarf und Akzeptanz der Intervention thematisiert und mögliche Verbesserungsvorschläge aufgenommen werden.

AKTUELLER STAND:

Das Modellvorhaben startete im November 2020. Zu Beginn der Projektphase wurden die für die Datenerhebung erforderlichen Dokumente erstellt (Fragebögen, Checklisten, Studienlisten) und der Ethikantrag bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg eingereicht. Im Februar 2021 lag das positive Ethikvotum vor, woraufhin die beteiligten Mitarbeiter in den Akutkrankenhäusern und die Mitarbeiter der Vinzenz Klinik in Bad Ditzgenbach (Rehaklinik) geschult wurden. Die Rekrutierung von StarK-Teilnehmern startete am 01. Juni 2021 und wird bis Mai 2022 fortgesetzt. In das Projekt konnte bisher ein Fall eingeschlossen werden, sodass man eine weitere Anschreibaktion von Akutkrankenhäusern im Oktober startete.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- AOK Baden-Württemberg

KOOPERATION

- Vinzenz Klinik in Bad Ditzgenbach
- 4 Akutkliniken in Baden-Württemberg

5.16 ADJUSTIERUNG DES SOZIALMEDIZINISCHEN VERLAUFS NACH MEDIZINISCHER REHABILITATION (SMV)

PROJEKTZIEL: Ziele des von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) ausgeschriebenen Projektes sind die Entwicklung einer Adjustierungsstrategie für den sozialmedizinischen Verlauf nach einer medizinischen Rehabilitation sowie eines anwenderfreundlichen Rückmeldekonzep-tes zur Darstellung der adjustierten Ergebnisse. Ferner soll geprüft werden, ob sich der adjustierte sozialmedizinische Verlauf als Qualitätsindikator – auch im Hinblick auf eine qualitätsgestützte Belegungssteuerung – eignet. Der Bereich 0430 der DRV Bund schrieb ein entsprechendes Projekt aus, um das sich das IFR erfolgreich bewarb. Unterstützt wurde das Projektteam des IFR dabei von Dr. Hetzel (iqpr Köln), der insbesondere zusätzliche Expertise hinsichtlich Arbeitsmarkteinflüssen auf die berufliche Wiedereingliederung nach Rehabilitation einbrachte.

ANSPRECHPARTNER: S. Leinberger ✉ sarah.leinberger@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5108
Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102

HINTERGRUND:

Bei der gesetzlichen Rentenversicherung werden Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel durchgeführt, eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung einer erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit zu erreichen, oder zumindest eine Verschlechterung zu vermeiden. Rehabilitationsleistungen führen somit zu einer längeren Erwerbstätigkeit von Versicherten, welche der Rentenversicherung darüber hinaus auch als aktive Beitragszahler erhalten bleiben.

Zur fortlaufenden Verbesserung der Leistungsqualität in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation werden von der Deutschen Rentenversicherung Instrumente der Reha-Qualitätssicherung an Fachabteilungen eingesetzt,

die rentenversicherungseigen oder von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegt sind. Aktuell werden unter anderem die Behandlungszufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg als Qualitätsindikatoren erfasst. Durch eine Berücksichtigung vorbestehender Reha-Fachabteilungen (Adjustierung) wird bei dieser Bewertung ein fairer Vergleich von Reha-Fachabteilungen ermöglicht.

Um den sozialmedizinischen Verlauf nach medizinischer Rehabilitation ebenfalls möglichst fair zwischen Fachabteilungen zu vergleichen, müssen ebenfalls Einflüsse aus ergebnisrelevanten vorbestehenden Merkmalen der Reha-Fachabteilungen sowie externen Einflüssen (z.B. Arbeitsmarkt) berücksichtigt werden, welche die Fachabteilungen nicht beeinflussen können. Ferner soll geprüft werden, ob sich der

sozialmedizinische Verlauf als Qualitätsindikator für eine gelungene Rehabilitation und somit auch Fachabteilungsvergleiche eignet.

METHODIK:

Bei den Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf nach einer Rehabilitation werden Routinedaten der Rentenversicherung, die anonymisierte Angaben zu einigen Millionen Rehabilitanden umfassen, als Datengrundlage genutzt. Anhand von statistischen Auswertungen in Form von Regressionsmodellen mit einer oder mehreren Ebenen werden Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung identifiziert, die die Fachabteilungen nicht unmittelbar beeinflussen können. Die Ergebnisse der Analysen fließen in die indikationsspezifischen Adjustierungsmodelle ein, anhand deren die Ergebnisse bzgl. der beruflichen Wiedereingliederung fachabteilungsübergreifend vergleichbar gemacht werden können.

Auf Basis der vorgeschlagenen Adjustierungsmodelle wurde, unter Einbezug von Fokusgruppen (mit Teilnehmenden aus Reha-Einrichtungen sowie Rentenversicherungsträgern), ein verständliches Rückmeldekonzept zu den Ergebnissen entwickelt.

AKTUELLER STAND:

Im Jahr 2019 wurden die Vorbereitungen für die Analysen abgeschlossen, die unter anderem eine Missing Data Analyse, die Aufbereitung des Projektdatensatzes sowie die Analysen zur Fallzahlproblematik (d.h. nötige Mindestfallzahl pro Fachabteilung) beinhalteten.

Zusammen mit dem zuständigen Querschnittsbereich 0430 der DRV Bund wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt und somit die Stichprobe definiert. Nicht in den Analysen berücksichtigt wurden zum Beispiel reine Präventionsleistungen. Es wurden die Routinedatensätze aller 16 Deutschen Rentenversicherungsträger aus den Jahren 2014 bis 2016 eingeschlossen, so dass insgesamt 2.014.714 Reha-Maßnahmen in die Analysen einfließen.

Im Jahr 2020 wurden beide Projektkomponenten abgeschlossen: der Aufbau von Adjustierungsmodellen (inkl. Operationalisierung und Modellierung der Zielgröße; Identifikation von Einflussfaktoren) sowie das Erstellen eines anwenderfreundlichen Rückmeldekonzepts (inkl. Einbezug der Nutzerperspektive in Form von Fokusgruppen und Interviews).

Um den sozialmedizinischen Verlauf nach Rehabilitation abzubilden, wurde der Erwerbsstatus der Rehabilitanden in Abstimmung mit dem Projektbeirat in Form der Tage in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung nach Rehabilitation operationalisiert.

Die Adjustierung wurde mittels Fractional Logit Regressionsmodellen vergleichsgruppenspezifisch für Fachabteilungen aus den Bereichen Orthopädie, Psychosomatik, Neurologie, Kardiologie, Dermatologie, Onkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Sucht, Rheumatologie, Pneumologie und Gastroenterologie berechnet.

Für die Vergleichsindikationen Orthopädie und Psychosomatik wurden z.B. folgende Merkmale als wichtige Einflussgrößen auf die Beschäftigungstage im Jahr nach Rehabilitation identifiziert:

- Beitragsart drei Monate vor Rehabilitationsbeginn (z.B. Beschäftigung/keine Beiträge)
- Beschäftigungstage zwei Jahre vor Rehabilitation
- Aufforderung zur Rehabilitation durch die Krankenkasse (gem. § 51 SGB V; ja/nein)
- Schnelleinweisung (ja/nein)
- (Antrag auf) Erwerbsminderungsrente (ja/nein)
- Reha-Leistung aus dem Rentenverfahren (ja/nein)
- Arbeit vor Antragstellung (z.B. Schichtarbeit)
- Berufsbildung (Ausbildung/Studium; ja/nein)
- Altersklasse (Fünfjahresschritte)
- Stellung im Beruf (z.B. angelernt)
- Besondere Behandlungsform (z.B. MBOR oder VOR)
- Zuzahlungsforderung (voll/anderes)
- Anzahl an vorherigen Reha-Maßnahmen (letzte vier Jahre)
- Anteil Rehabilitanden in Beschäftigung drei Monate vor Reha in der Fachabteilung

Zusätzlich wurden indikationsspezifische medizinische Einflussfaktoren identifiziert, wie z.B. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) und Diagnoseuntergruppen, um z.B. unterschiedlichen Anteilen von Rehabilitanden mit Gelenkersatz (TEP) oder chronischem Rückenschmerz in den verschiedenen orthopädischen Fachabteilungen gerecht werden zu können.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein Rückmeldekonzert zur Darstellung des adjustierten sozialmedizinischen Verlaufs im ersten und zweiten Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme entwickelt. Das erarbeitete Rückmeldekonzert enthält globale und fachabteilungs- sowie vergleichsindikationsspezifische Graphiken, Tabellen und Erläuterungen zum sozialmedizinischen Verlauf der Rehabilitanden im ersten und zweiten Jahr nach der Maßnahme. In einer Nutzerbefragung in Form von Fokusgruppen und Interviews mit Mitarbeitern der Häuserbetreuung sowie Ansprechpartnern der Qualitätssicherung bei den Rentenversicherungsträgern und den Rehabilitationseinrichtungen im 3. Quartal 2020 wurde das erarbeitete Berichtskonzept diskutiert und anwenderorientiert angepasst.

Das Projekt wurde Ende 2020 abgeschlossen und kurz darauf ein ausführlicher Abschlussbericht zur Beratung in den Gremien der Rentenversicherung abgegeben. Bei den letzten Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien wurden die Ergebnisse vorgestellt und mit der Fachöffentlichkeit diskutiert. Im Jahr 2021 wurde darüber hinaus ein Methodenpapier, in dem die im Projekt entwickelten statistischen Adjustierungsverfahren ausführlicher beschrieben sind, verfasst.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

KOOPERATION

- DRV Bund
- Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr)

5.17 CASPAR MULTIMODAL

PROJEKTZIEL: Das Projekt „Caspar multimodal“ ist eine Pilotstudie des derzeit noch laufenden Projektes „Evaluation einer Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme“. Mit dieser Pilotstudie soll die Durchführbarkeit, der subjektive Behandlungserfolg und die Zufriedenheit bei einer Tele-Nachsorge untersucht werden. Ziel ist dabei ein explorativer Vergleich der bisher angewendeten Präsenz-Nachsorgemaßnahmen (zumeist IRENA) mit der online-basierten Tele-Nachsorge (mittels der Therapieplattform Caspar).

ANSPRECHPARTNER: B. Brack ✉ Belinda.brack@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5109

HINTERGRUND:

Aktuell gibt es verschiedene Nachsorgeangebote der Deutschen Rentenversicherung um die erreichten Rehabilitationsergebnisse langfristig zu sichern und die Rückkehr ins Erwerbsleben zu unterstützen. Die empfohlenen Nachsorgemaßnahmen werden allerdings nur von wenigen Rehabilitanden vollständig umgesetzt, da berufliche und private Hinderungsgründe der Teilnahme an einer Nachsorge entgegenstehen können. Damit die Nachsorgeangebote von mehr Patienten beansprucht werden können, sollen diese besser an solche Bedürfnisse angepasst werden. Deshalb sollte es zukünftig auch möglich sein, die Nachsorge ganz von zu Hause aus umzusetzen, wofür innovative und flexible Konzepte gefragt sind.

Eine Möglichkeit bieten online-basierte Maßnahmen, weshalb mit diesem Teilprojekt die Durchführung einer Tele-Nachsorge mit der Internetplattform „CASPAR“ erprobt wird. Dabei kann der Patient den für ihn erstellten Therapieplan der Nachsorge auf seinem Heim-PC,

Tablet oder Smartphone aufrufen und ist somit in der Durchführung zeitlich und örtlich flexibel. Auch eine bidirektionale Kommunikation zwischen Teilnehmer und Therapeut bzw. Arzt ist mittels der Plattform möglich. Diese Flexibilität soll eine Teilnahme an Nachsorgeangeboten erleichtern und diese so für einen größeren Patientenkreis zugänglich machen.

METHODIK:

Die Evaluation der multimodalen Tele-Nachsorge-Maßnahme erfolgte mittels einer einmaligen Befragung der Patienten anhand eines Fragebogens am Ende der durchgeführten Nachsorge (face-to-face vs. Tele). Die Einteilung in die beiden Gruppen erfolgte jeweils nach Priorität der Teilnehmer. Es wurde eine Fallzahl von ca. 500 Patienten (250 Tele + 250 face-to-face) angestrebt. Die Rekrutierung erfolgte bundesweit in 35 ambulanten Rehabilitationszentren der Nanz medico GmbH & Co. KG.

Die Zielgrößen wurden von der DRV Bund ausgewählt und in einem Fragebogen

zusammengestellt. Für beide Gruppen (face-to-face vs. Tele) wurden Items zur Soziodemografie, zur Arbeitsfähigkeit, zum körperlichen und psychischen Befinden, zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Nachsorgeform erhoben (inklusive Gründe für die gewählte Nachsorgeform). Die Unterschiede zwischen den beiden Maßnahmen (face-to-face vs. Tele) wurden mittels deskriptiver Statistik und multivariater Verfahren analysiert.

AKTUELLER STAND:

Das Projekt wurde im Juli 2021 mit Abgabe des Abschlussberichts erfolgreich beendet. In die Pilotstudie konnten 866 Teilnehmer eingeschlossen werden (Tele: n=419, face-to-face = 447). Davon waren 53,8% Frauen und 98,7% im

Alter von 25 bis 60 Jahren. Anhand der Ergebnisse kann die Tele-Nachsorge zumindest für die Nachsorge bei Erkrankungen aus dem orthopädischen Fachgebiet als gleichwertig zur face-to-face-Maßnahme angesehen werden. Unabhängig von der Nachsorgeform empfanden nahezu alle Teilnehmer die Maßnahme als ein passendes Angebot (Tele: 96,9% vs. face-to-face: 95,1%). Damit eröffnet sich insbesondere für Rehabilitanden, die aufgrund ihrer Lebenssituation an den klassischen IRENA-Gruppen nur schwer oder überhaupt nicht teilnehmen können, eine interessante alternative Nachsorgemöglichkeit. Zudem kommt die Tele-Nachsorge auch unter Pandemiebedingungen oder im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechtes als Alternative in Betracht.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

KOOPERATION

- 35 Kooperationskliniken bundesweit

5.18 EVALUATION DES MODELLPROJEKTS VORREHA ZUR FRÜHZEITIGEN EINSCHÄTZUNG PSYCHOSOMATISCHER THERAPIEBEDARFE

PROJEKTZIEL: Ziel dieser Studie ist die Evaluation des Pilotprojekts VorReha, durch das die frühzeitige Einschätzung psychosomatischer Therapiebedarfe ermöglicht werden sollen. Evaluiert werden unter anderem die zeitliche Dauer des Behandlungsweges, der psychische Gesundheitszustand und die berufliche Integration der Betroffenen. Dabei sollen die Teilnehmenden der VorReha-Maßnahme mit einer historischen Kontrollgruppe verglichen werden. Die Evaluation soll Grundlage zum Weiterbestand, zur Einstellung bzw. Veränderung des Programmes VorReha bilden.

ANSPRECHPARTNER: E. Gaus ✉ ellen.gaus@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5202

HINTERGRUND:

Der schnelle gesellschaftliche Wandel fordert von Menschen ausgeprägte Anpassungsfähigkeiten an sich immer ändernde Arbeits- und Sozialbeziehungen. Dies hat zu einer massiven Zunahme von psychischen Erkrankungen geführt, welche wiederum in Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung enden können. Psychische Störungen gehen mit einer großen Krankheitslast einher und führen zu unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und Partizipationsstörungen. Jährlich sind 27,8 Prozent der deutschen Erwachsenen von psychischen Erkrankungen betroffen. Diese machen auch vor jüngeren Altersgruppen nicht halt, sodass nicht nur individuell große Beeinträchtigungen entstehen, sondern auch eine hohe gesellschaftliche Belastung. Wird eine Erkrankung zu spät erkannt, vergeht wertvolle Zeit, in der die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung der Erkrankung zunimmt. Deshalb ist es umso wichtiger,

schnellstmöglich Schritte einzuleiten, um eine Chronifizierung abzuwenden.

Mit dem Angebot der VorReha soll ein Ansatz implementiert werden, mit dem unter Einbezug sektorenübergreifender Ressourcen ein wirkungsvolles Abklärungsinstrument zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Behandlungskette platziert wird. Die sechstägige VorReha-Maßnahme dient als Abklärungsinstrument für psychosomatische Bedarfe und ermöglicht es einen strukturierten Rehabilitationsprozess oder eine andere geeignete Therapieform einzuleiten.

Das Angebot der VorReha wird im Rahmen eines Modellprojektes von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (DRV RLP) zusammen mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK RPS) und der Mittelrhein-Klinik pilotiert. Nach einer ersten Erprobungsphase von ca. sechs Monaten soll auch die CELENUS

Parkklinik Bad Bergzabern am Projekt beteiligt werden.

METHODIK:

In die VorReha-Maßnahme eingeschlossen werden Versicherte der AOK RPS die sich in einem frühen Stadium affektiver neurotischer Belastungs- und somatoformer Störungen befinden sowie Verhaltensauffälligkeiten zeigen.

Die Erhebung studienrelevanter Daten soll bei den VorReha Teilnehmenden (Interventionsgruppe) mittels Fragebögen zu vier Befragungszeitpunkten stattfinden: zu Beginn der Maßnahme, direkt im Anschluss an VorReha, nach einer Anschlussrehabilitation sowie ein Jahr danach.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung der Interventionsgruppe sollen Routinedaten einer historischen Kontrollgruppe gegenübergestellt werden, die aus dem Datenbestand der AOK RPS sowie der DRV RLP extrahiert werden. Des

Weiteren werden auch die Routinedaten der Interventionsgruppe in die Analyse miteinfließen. Unter anderem sollen qualitative Interviews und Fokusgruppen mit den beteiligten Institutionen (Reha-Kliniken, AOK RPS und DRV RLP) geführt werden, um eine Evaluation der Maßnahme aus verschiedenen Blickwinkeln zu ermöglichen.

AKTUELLER STAND:

Das Modellvorhaben startete im April 2021. Die Vorbereitungsphase, die die Erstellung der Fragebögen, das Verfassen des Ethikantrages, die Erstellung des Datenschutzkonzeptes und die Schulung der beteiligten Mitarbeiter umfasste, wurde abgeschlossen. Im vierten Quartal 2021 wurde der Ethikantrag bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz eingereicht. Zu Beginn der Teilnehmerrekrutierung, die im Dezember 2021 stattfand, lag ein positives Ethikvotum vor.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Rheinland-Pfalz

KOOPERATION

- DRV Rheinland-Pfalz
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Mittelrhein-Klinik Bad Salzig
- CELENUS Parkklinik Bad Bergzabern

5.19 PSYCHOSOMATIK DIREKT

PROJEKTZIEL: Im Rahmen des Modellprojektes soll ein niederschwelliger Zugang für die Betroffenen und ihre Behandler (Hausärzte und approbierte Psychologische Psychotherapeuten) zur psychosomatischen Rehabilitation geschaffen und evaluiert werden. Analog zu einer Krankenseinweisung kann mit Zustimmung des Versicherten bei vorliegender Rehabilitationsbedürftigkeit eine direkte Zuweisung in eine Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden. Die formale Antragsstellung entfällt und der Übergang von der ambulanten Versorgung in die Rehabilitation gestaltet sich schneller und unkomplizierter, so dass eine frühzeitige und bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung erfolgen kann.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de

☎ 07582 800-5102

Dr. rer. nat. M. Pauls ✉ monika.pauls@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5107

HINTERGRUND:

Die Versorgung von psychisch bzw. psychosomatisch Erkrankten ist trotz mancher Anstrengungen in den letzten Jahren weiterhin verbesserungsbedürftig. Dies zeigt sich auch bei der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Zwischen der Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung und der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme liegt oftmals ein Zeitraum von mehreren Jahren. Dies hat nicht nur Folgen für den Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft.

Eine Barriere für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation liegt im derzeitigen Antragsverfahren der Rentenversicherungsträger. Aufwändige und kompliziert gestaltete Formulare schrecken Versicherte und Behandler gleichermaßen ab. Während der

behandelnde Arzt z.B. eine Überweisung in eine Klinik in seiner Praxissoftware auf Knopfdruck ausstellen kann, muss – wenn er für seinen Patienten eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme für erforderlich hält – ein umfangreicher, schriftlicher Antrag gestellt werden. Oftmals ist er dabei auf die Unterstützung weiterer behandelnder Ärzte bzw. Psychotherapeuten angewiesen, die weitere Formulare und Befundberichte beisteuern müssen. Dieser hohe bürokratische Aufwand, zudem „zweifelhafte“ Erfolgsaussichten und im Falle der Ablehnung ein Konflikt mit seinem Patienten halten viele behandelnde Ärzte bzw. Psychotherapeuten davon ab, ihren Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme zu empfehlen. Ferner gibt es auch hartnäckige Missverständnisse, wie z.B., dass eine psychosomatische Rehabilitation generell erst nach einer Psychotherapie erfolgen könne.

Im Rahmen des Modellprojektes soll daher ein niederschwelliger Zugang für die Betroffenen und ihre Behandler (Hausärzte und approbierte Psychologische Psychotherapeuten) geschaffen werden. Analog zu einer Krankenhauseinweisung kann mit Zustimmung des Versicherten bei vorliegender Rehabilitationsbedürftigkeit eine direkte Zuweisung in eine Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden. Die formale Antragsstellung entfällt und der Übergang von der ambulanten Versorgung in die Rehabilitation gestaltet sich schneller und unkomplizierter. Auch die Kommunikation zwischen Zuweiser und Rehabilitationseinrichtung soll dadurch verbessert werden, ähnlich wie sich zuweisende Ärzte und Krankenhäuser gegenseitig hinsichtlich Vorbefunden und Behandlungsempfehlungen informieren und abstimmen. Durch die Direktzuweisung sollen Hürden beseitigt und ein zeitnaher und bedarfsgerechter Zugang zur Rehabilitation eröffnet werden.

METHODIK:

Der neue Ansatz soll in Modellregionen (städtische und ländliche) und mit wenigen Modellkliniken (voraussichtlich zwei ambulante und vier stationäre Einrichtungen) erprobt werden.

Vom IFR Ulm wird zunächst in enger Zusammenarbeit mit der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW), der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, dem Hausärzterverband Baden-Württemberg sowie Ärzten und Psychotherapeuten einschließlich Vertretern der Rehabilitationseinrichtungen eine Checkliste mit Kriterien zur Identifikation potentieller Teilnehmer entwickelt.

Das Projekt startet nach einer Vorbereitungsphase, in der bei den Kooperationspartnern die nötigen Strukturen geschaffen werden, mit einer Pilotphase. Die ersten circa 30 Studienteilnehmer sowie die Zuweiser als auch die Behandler in den Modellkliniken erhalten die entwickelten Fragebögen bzw. Checklisten im Pre-Test, d.h. sie können Rückmeldung zu den Fragen und Checklisten geben.

In einer Implementierungsphase von drei Monaten werden die endgültigen Checklisten und Befragungsinstrumente erstellt. Gleichzeitig werden weitere Rehabilitationseinrichtungen und Zuweiser für das Modellvorhaben im Rahmen eines Kick-Off-Meetings durch die DRV BW und das IFR Ulm geschult.

Die Dauer der eigentlichen Modellphase beträgt anschließend 24 Monate. Hierbei sollen die jeweils 300 Teilnehmer der Interventionsgruppe (Direkteinweisung) und der Kontrollgruppe (Einweisung nach Standardverfahren) rekrutiert werden, die eine Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen.

Das Modellvorhaben wird fortlaufend wissenschaftlich begleitet. Auf Grundlage von Befragungsdaten sollen die Teilnehmer des Modellvorhabens (Interventionsgruppe) mit der Kontrollgruppe bezüglich verschiedener Zielgrößen verglichen werden. Die Vergleichserhebung findet ebenfalls in den Modelleinrichtungen statt. Dorthin werden auch weiterhin Rehabilitanden über das reguläre Antragsverfahren kommen, die als Kontrollgruppe fungieren sollen. Die Rehabilitationseinrichtungen führen für beide Gruppen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme (t_0) eine erweiterte Aufnahmeuntersuchung durch (u.a. psychometrische Instrumente, Fragebögen, arbeitsplatzbezogene

Anamnese, teilstrukturiertes Arztgespräch), durch das vor allem die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die Erwerbsprognose erfasst werden soll. Nach der Rehabilitationsmaßnahme (t_1) sollen die Behandler außerdem in einer kurzen Fragebogenerhebung zur Passgenauigkeit der Zuweisung befragt werden.

Die Rehabilitanden beider Gruppen werden vor Beginn (t_0), am Ende (t_1) sowie 12 Monate (t_2) nach Ende der Rehabilitation zu ihrem Gesundheitszustand, der Beschäftigungsfähigkeit sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt.

AKTUELLER STAND:

Nach Bewilligung der Fördermittel durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Oktober 2021 startete das Projekt am 1. November 2021 mit einer zehnmonatigen Vorbereitungsphase. Zu Beginn dieser ersten Projektphase wurde in Abstimmung aller Projektpartner damit begonnen, die Zuweiser und Rehabilitationseinrichtungen über das Projekt und die Abläufe zu informieren und die Datenerhebung vorzubereiten (u.a. Entwicklung der Fragebögen, Verfassen des Ethikantrags).

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V. (HÄV BW)
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW)
- Modell-Rehabilitationseinrichtungen

5.20 REFIT STUTTGART – BEGLEITUNG IM REHABILITATIONS- UND INTEGRATIONSPROZESS

PROJEKTZIEL: Ziel dieses Projektes ist die Evaluation des Modellprojekts ReFit. Das Modellprojekt soll dazu beitragen, erwerbsfähige ALG-II-Leistungsberechtigte mit anhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation durch den gesamten Rehabilitationsprozess zu begleiten. Dadurch soll eine vorzeitige Erwerbsunfähigkeit der Teilnehmer vermieden bzw. die Erwerbsfähigkeit gestärkt und die berufliche Teilhabe ermöglicht werden. Im Zuge des Modellprojekts werden die berufliche Integration der Teilnehmer, der Gesundheitszustand sowie die Prozessstruktur der Maßnahme evaluiert. Die Evaluation soll zudem Verbesserungspotenziale aufdecken und zu einer möglichen Modifizierung der ReFit-Maßnahme beitragen.

ANSPRECHPARTNER: Dr. rer. nat. M. Pauls ✉ monika.pauls@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5107

HINTERGRUND:

Eine anhaltende gesundheitliche Einschränkung stellt für erwerbsfähige ALG-II-Leistungsberechtigte ein Hindernis auf dem Weg ins Arbeitsleben dar. Häufig ist es der Fall, dass zwar ein Rehabilitationsbedarf besteht, aber die Person keine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Daraus resultiert ein gesundheits- und arbeitsbezogenes Problem. Gesundheitliche Einschränkungen können sich chronifizieren und dazu beitragen, dass die Erwerbsfähigkeit gemindert wird. Dies kann bis hin zu einem weitgehenden Verlust der Arbeitskraft führen, sodass eine Frühberentung erforderlich wird.

Durch die Intervention ReFit werden die Teilnehmer im Rehabilitations- und Integrationsprozess kontinuierlich stärker als gewöhnlich unterstützt und betreut, sodass bestehende

Hürden durch die Betreuer beseitigt werden können. Ziel des Projekts ist es, die Erwerbsfähigkeit der Teilnehmenden zu erhalten oder wiederherzustellen und sie in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis entsprechend der gesundheitlichen Einschränkungen zu integrieren.

METHODIK:

Im Rahmen dieser Studie soll die ReFit-Intervention formativ (z. B. Prozessbeobachtung) evaluiert werden. Dazu werden die Teilnehmer zu drei Messzeitpunkten (vor der Rehabilitationsmaßnahme (t_1), nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme (t_2) und während des Brückeninterventionsprogramms (t_3)) mittels Fragebögen u.a. zur Arbeitsfähigkeit, zur Motivation, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit der ReFit-Maßnahme befragt. Eine weitere Datenerhebung (t_4) ist 6 Monate nach Beendigung

der ReFit-Maßnahme geplant. Für diese Datenerhebung wird auf die Routinedaten des Jobcenters zurückgegriffen (z. B. Erwerbsstatus). Um qualitative Daten zur Praktikabilität, zu einem möglichen Verbesserungsbedarf und zur Gewinnung von Optimierungspotenzialen, insbesondere hinsichtlich der Schnittstellen, erheben zu können, werden teilstrukturierte Interviews mit den Betreuern des Jobcenters und den Mitarbeitern aus dem Brückeninterventionsprogramm durchgeführt. Dabei werden u.a. Fragen zu aufgetretenen Hürden im Projektverlauf, zur Zusammenarbeit und zur Kommunikation mit den verschiedenen Personen in der ReFit-Maßnahme gestellt.

Um die Veränderungen der Erwerbsfähigkeit der ReFit-Teilnehmer besser beurteilen zu können, werden ferner zwei Kontrollgruppen

gebildet, die sich zum einen aus einer historischen Kontrollgruppe und zum anderen aus Nichtteilnehmern der ReFit-Maßnahme zusammensetzen. Für die Kontrollgruppe werden Routinedaten des Jobcenters herangezogen.

AKTUELLER STAND:

Das Modellvorhaben wurde im Oktober 2021 durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ bewilligt. Offizieller Start des Modellvorhabens war der 1. November 2021. Zu Beginn der Projektphase erfolgten die Vorbereitungen der Datenerhebung (Entwicklung der Fragebögen, Verfassen des Ethikantrags).

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

KOOPERATION

- Jobcenter Stuttgart

6. VERANSTALTUNGEN

6.1 FOCUS REHABILITATION 2021

In diesem Jahr ist immer noch alles anders: die Corona-Pandemie hatte und hat uns weiterhin fest im Griff. Aufgrund dessen konnten wir unsere 5. Veranstaltung der Symposium-Reihe FOCUS Rehabilitation nicht durchführen. Die Entscheidung die Veranstaltung abzusagen ist uns nicht leichtgefallen, aber zu unser aller Wohle war dies unumgänglich. Wir hoffen darauf, Sie im kommenden Jahr wieder bei einer spannenden Veranstaltung in der Villa Eberhardt in Ulm begrüßen zu können.

7. LEHRE AN DER UNIVERSITÄT ULM

7.1 QUERSCHNITTSFACH Q12 „REHABILITATION, PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND NATURHEILVERFAHREN“

Der 12. Querschnittsbereich: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren (Q12) ist für den Studiengang Humanmedizin seit dem Wintersemester 2003/2004 gemäß der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) ein verpflichtendes und zu benotendes Fach, um rehabilitationsbezogene praxisrelevante Kenntnisse und Kompetenzen zu vermitteln. Die konkrete Durchführung und Ausgestaltung des Bereiches leitet und verantwortet Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jürgen M. Steinacker. Dies umfasst die Erstellung des Curriculums der Vorlesung sowie der Praktika (Ganztagesexkursionen in Rehabilitationseinrichtungen).

7.2 WAHLFACH W911 „PRAXIS DER PHYSIKALISCHEN MEDIZIN UND REHABILITATION“

Prof. Dr. M. Kraus leitet das Wahlfach „Praxis der physikalischen Medizin und Rehabilitation“, welches schwerpunktmäßig auf die Vermittlung von praktischen Inhalten der Physikalischen Medizin und Rehabilitation abzielt. Hier werden besonders interessierten Studierenden in einem innovativen Studienansatz praktische Inhalte mit theoretischem Basishintergrund vermittelt. Aufgrund der sehr guten Resonanz und überragender Bewertungen durch die Studierenden wurde eine inhaltliche und zeitliche Ausdehnung des Moduls auf zwei Tage vorgenommen.

7.3 WEITERE AUßERUNIVERSITÄRE LEHRE

Das Team des IFR Ulm engagiert sich weiterhin in der außeruniversitären Fort- und Weiterbildung.

Tabelle 1: Außeruniversitäres Engagement in Fort- und Weiterbildung

Institutsmitarbeiter	Institution	Fach
Dr. R. Kaluscha	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurse „Rehabilitationswesen“ und „Sozialmedizin“
	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	Summerschool „Rehabilitationswissenschaften“ der Methoden AG für wiss. Nachwuchs
Dr. L. Tepohl	Hochschule Neu-Ulm (HNU)	„Allgemeine Betriebswirtschaft“ sowie „Methoden der empirischen Sozialforschung“ (Bachelor-Studiengang „Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen“ & Zentrum für Weiterbildung) Wissenschaftlicher Beirat „Management für Gesundheits- und Pflegeberufe“
	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurs „Sozialmedizin“

8. KOMPETENZZENTRUM REHABILITATION AN DER UNIVERSITÄT ULM

Häufig entstehen interessante Forschungsfragen aus Erfahrungen in der Rehabilitationspraxis. Solche Fragestellungen zu einer Studie auszubauen, stellt in der Praxis Tätige aber vor einige Herausforderungen, die oft neben ihrer Alltagsarbeit kaum zu bewältigen sind. Dazu gehören Fragen nach möglichen Quellen für Fördermittel, dem passenden Studiendesign, der richtigen statistischen Methodik bei den Auswertungen und der Fallzahlplanung ebenso wie Fragen zum Datenschutz, zu Ethikvoten und ggfs. Probandenversicherungen.

Hier bietet das „Kompetenzzentrum Rehabilitation an der Universität Ulm“ Hilfe an. Es knüpft an das Beratungsangebot aus dem früheren gemeinsamen Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften von BMBF und Rentenversicherung an und wird vom IFR Ulm mit Eigenmitteln weitergeführt. Ähnlich wie bei der Betreuung von Promotionen besteht auch bei forschungsinteressierten Rehabilitationskliniken bzw. anderen Institutionen Bedarf an entsprechender Beratung. 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 sehr wertvoll.

In diesem Jahr war allerdings die Beratungstätigkeit durch die Pandemie eingeschränkt, zumal auch die Rehabilitationseinrichtungen mit anderen Problemen zu kämpfen hatten und daher nur geringe Nachfrage bestand.

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

9. QUALIFIKATIONSARBEITEN UND DISSERTATIONEN

9.1 DISSERTATIONEN

Folgende Dissertationen zum Dr. med. bzw. Dr. biol. hum. werden am IFR betreut:

Tabelle 2: Dissertationen, alphabetische Reihenfolge

Dissertation zum Dr. med. an der Universität Ulm		
Doktorand/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Breuer, Ehrenfried Moor-Heilbad Buchau gGmbH	Übergang von Akutklinik zu Rehabilitation: Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Anschlussrehabilitation?	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Schleicher, Nadine Bonn	Ergebnis der Rehabilitation nach Hüft-TEP – minimalinvasiver vs. Standard-Zugang	
Schmid, Stefan RehaZentren Baden- Württemberg gGmbH	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

Dissertation zum Dr. biol. hum. an der Universität Ulm

Doktorand/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Gaus, Ellen IFR Ulm	Einfluss von Nachsorgemaßnahmen auf den Return to work	
Kaltenbach, Christina IFR Ulm	Die instrumentelle Ganganalyse in der orthopädischen Rehabilitation	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Leinberger, Sarah IFR Ulm	Klassifikationsverfahren als Vergleichsgrundlage für Behandlungsergebnisse am Beispiel der beruflichen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation	
Maier, Markus IFR Ulm	Berücksichtigung der Erwartungen von Rehabilitanden an die Unterstützung der Alltagsintegration von körperlicher Aktivität und Bewegung	Moor-Heilbad Buchau gGmbH

9.2 SONSTIGE QUALIFIKATIONSARBEITEN

Bachelor- und Masterarbeiten

Student/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Baysan, Hüseyin	Vergleich verschiedener Machine-Learning- und Statistikalgorithmen hinsichtlich der Vorhersage der Inanspruchnahme von Rehabilitation?	Technische Hochschule Ulm, Studiengang: Data Science in der Medizin

10. PUBLIKATIONEN

10.1 VERÖFFENTLICHUNGEN IN FACHZEITSCHRIFTEN

Kölle, T.; Schmid, L.; Kaluscha, R.; Kaltenbach, C.; Tepohl, L.; Krebs, K.; Krischak, G. Prädiktoren für die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Ein Vergleich von Integrationsmaßnahmen, Teilqualifizierungen und Vollausbildungen. *Rehabilitation* 2021; 60:1-7.

Nübling, R.; Henn, J.; Kaiser, U.; Kaluscha, R.; Schmidt, J.; Toepler, E. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden – Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2020; 33 (112): 42–58.

Nübling, R.; Schmidt, J.; Kaiser, U.; Henn, J.; Kaluscha, R.; Toepler, E. Outcome medizinischer Rehabilitation – Methodik und allgemeine Ergebnisse der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II) auf der Basis von Patient Reported Outcomes. *Prävention und Rehabilitation* 2021; 33: 48–65.

Jung, C.; Tepohl, L.; Grim, K.; Mauch, F. Prävention von Schulterverletzungen bei Überkopfsportarten. *Obere Extremität*, Springer Medizin Verlag; online first: 10.12.2021

10.2 VORTRÄGE

Tepohl, L.; Brack, B.; Kaluscha R.

Ergebnisse des Modellprojekts „Caspar multimodal“ der Deutschen Rentenversicherung Bund DEGEMED „Tele-Reha-Nachsorge auf dem Vormarsch – Potenziale digitaler Therapieangebote“, 18.03.2021; Webinar

Tepohl, L.

Rehabilitationsforschung

SAMA-Kurs „Zusatzweiterbildung Sozialmedizin/Rehabilitationswesen Grundkurs C, Modul III“, 24.September 2021; Online-Kurs

Brack, B.

Entwicklung einer intelligenten Motorschiene

SAMA- Kurs „Aufbaukurs Rehabilitationswesen“, 21. Oktober 2021; Bad Buchau

Kaltenbach, C.

Einführung in die Ganganalyse als Grundlage einer gezielten Therapie

SAMA- Kurs „Aufbaukurs Rehabilitationswesen“, 21. Oktober 2021; Bad Buchau

Tepohl, L.; Kaltenbach, C.; Stuby, F.; Krischak, G.

Rehabilitation nach Becken- und Acetabulumfrakturen.

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, 26.-29. Oktober 2021; Berlin

10.3 KONGRESSBEITRÄGE

Gaus, E.; Kölle, T.; Buzasi, T.; Kaluscha, R.; Vieregge, U.; Krischak, G.

Evaluation des PAULI-Konzepts „Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren“. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 253–255.

Jankowiak, S.; Kaluscha, R.; Widmann, T.; Buzasi, T.; Tepohl, L.; Krischak, G.

Vorhersage der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation anhand von Routinedaten. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 115–117.

Jost, M.; Jankowiak, S.; Kaluscha, R.; Krischak, G.

Modellprojekt „Gesundheitscheck für Pflegekräfte im Stadt- und Landkreis Karlsruhe“ – Zufriedenheit und Veränderungspotentiale. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 214–217.

Jost, M.; Kölle, T.; Kaluscha, R.; Krischak, G.

Berufsbezogener Gesundheitscheck der Rentenversicherung: Ein-Jahres-Follow-Up bei teilnehmenden Pflegekräften. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 234–237.

Kaluscha, R.; Buzasi, T.; Nübling, R.; Kaiser, U.; Schmidt, J.; Toepler, E.

Modellierung des Return to Work (RTW) anhand von Routinedaten der Rentenversicherung in der Requamo-II-Studie: Methodische Überlegungen. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 91–92.

Kaluscha, R.; Duncker, C.; Jost, M.; Tepohl, L.

Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 86–88.

Kaluscha, R.; Leinberger, S.; Hetzel, C.; Mitschele, A.; Kranzmann, A.; Schmidt, N.; Buzasi, T. Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (SMV). In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 146–149.

Knapp, S.; Hoffmann B.; Krischak, G.

Explorative Analyse von Infrarotaufnahmen bei Patienten nach Knie-Totalendoprothese im Verlauf der stationären Rehabilitation. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 255–257.

Nübling, R.; Henn, J.; Kaiser, U.; Kaluscha, R.; Schmidt, J.; Toepler, E.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden – Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II). In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 15–18.

Nübling, R.; Kaiser, U.; Kaluscha, R.; Schmidt, J.; Toepler, E.

Outcome medizinischer Rehabilitation – Ergebnisse einer multizentrischen, indikations- und Bundesländer übergreifenden Verbundstudie. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner

und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 22–24.

Schmidt, J.; Nübling, R.; Kaiser, U.; Kaluscha, R.; Toepler, E.

Outcome medizinischer Rehabilitation im Spiegel multipler Ergebniskriterien - Konzept und Gütekriterien. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 93–95.

Tepohl, L.; Kaltenbach C.; Stuby, F.; Krischak, G.

Rehabilitation nach Becken- und Acetabulumfrakturen In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 120–121.

Toepler, E.; Kaiser, U.; Nübling, R.; Kaluscha, R.; Nock, H.; Schmidt, J.

Benchmarking und Voneinander-Lernen. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 07. bis 09. März 2021. Online-Kongress: DRV Schriften, Band 123, S. 149–150.