

Jahresbericht 2020



IFR Ulm
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung
an der Universität Ulm

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

PRÄAMBEL

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

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1. Vorwort.....	6
2. Leitbild	8
3. Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung.....	11
4. Personal.....	15
4.1 Leitung	15
4.2 Geschäftsstelle	16
4.3 Wissenschaftliche Mitarbeiter.....	17
5. Forschungstätigkeiten	21
5.1 Die Bedeutung von Funktionsstörungen für die berufliche Teilhabe bei onkologischen Rehabilitanden.....	21
5.2 Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose.....	24
5.3 Beruflich Orientierte Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen – Evaluation des beruflich orientierten Integrationsförderprogramms (BOSS)	27
5.4 Evaluation der Effekte der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl.....	30
5.5 Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs nach Becken- und Acetabulumfrakturen	33
5.6 Evaluation des Behandlungskonzeptes für Schlaganfall-patienten der Phase D in der neurologischen Rehabilitation (AOK ProReha Schlaganfall).....	36
5.7 Formative Evaluation des Modellprojekts: „Gesundheitscheck für Pflegekräfte“ im Stadt- und Landkreis Karlsruhe.....	39
5.8 Bewegungsunterstützende Robotergeräte für die individualisierte Behandlung in Bewegungstherapie/Rehabilitation (INBURG).....	43
5.9 Entwicklung und Erprobung eines roboter-gestützten Gangtrainers für die Gangtherapie (real time adaptive endeffektorsystem – RTAE)	46
5.10 Formative Evaluation des Konzepts „Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren (PAULI)	48
5.11 Konzeptionelle Weiterentwicklung der Eigenaktivitätsphase innerhalb eines Präventionsprogramms zur Verbesserung der Nachhaltigkeit (We-Prevent)	50
5.12 Evaluation einer tele-Reha-nachsorgemaßnahme	53
5.13 Entwicklung eines reha-Outcome-Index als Element der Klinikbewertung und Instrument eines qualitätsorientierten Benchmarking für die stationäre Rehabilitation (REQUAMO-II)	55
5.14 Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des reha-Teams (START).....	58

5.15	Prävention für Arbeitslose in Baden- Württemberg (PRÄVALO).....	60
5.16	Formative Evaluation des GKV-Ü35-Gesundheits-Checks mit WAI (Ü35-Check+).....	62
5.17	Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit (REKUP).....	65
5.18	Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation (SMV).....	69
5.19	Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit Kinder- und Jugendpsychiatrischen Erkrankungen mit Fokus auf Teilhabebeeinträchtigung.....	72
6.	Veranstaltungen.....	74
6.1	Focus Rehabilitation 2020.....	74
7.	Lehre an der Universität Ulm.....	75
7.1	Querschnittsfach Q12 „Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren“.....	75
7.2	Wahlfach W911 „Praxis der physikalischen Medizin und Rehabilitation“.....	78
7.3	Pflichtfach (W934) „Evidence Based Medicine - Verstehen, Beurteilen, Handeln“.....	79
7.4	Weitere Engagements.....	80
8.	Kompetenzzentrum Rehabilitation an der Universität Ulm.....	81
9.	Qualifikationsarbeiten und Dissertationen.....	82
10.	Publikationen.....	84
10.1	Veröffentlichungen in Fachzeitschriften.....	84
10.2	Vorträge.....	85
10.3	Kongressbeiträge.....	86

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AG	Arbeitsgemeinschaft
AHB	Anschlussheilbehandlung
ALG	Arbeitslosengeld
AO	Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen
ATO	Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BFW	Berufsförderungswerke
BETSI	Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern
BFW	Berufsförderungswerk
BWLV	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation GmbH
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BOSS	Beruflich orientierte Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen
BW	Baden-Württemberg
DGPMR	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DRG	Diagnosis related groups
EBPL	Erwerbsbezogene Problemlage
ELSI	Ethical, Legal and Social Issues
EMG	Elektromyographie-Messung
FIM	Functional Independence Measure
FWBI	Friedrich-Wilhelm-Bessel-Institut
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GfQG	Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HGU	Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

HNU	Hochschule Neu-Ulm
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
inBURG	Bewegungsunterstützende Robotergeräte für individualisierte Behandlung
IRES-3	Indikatoren des Rehasstatus
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
KGS	Kniegelenkspalts
KPMG	Klynveld Peat Marwick Goerdeler
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
PAULI	Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren
RSD	Reha-Statistik-Datenbasis
SAMA	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie
SEVERA	Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung
SMFA-D	Funktionsfragebogen Bewegungsapparat
StWE	Stufenweise Wiedereingliederung
TEP	Total-Endoprothese
TIB	Technische Informationsbibliothek
WAI	Work-Ability-Index-Fragebogen
WHO	World Health Organization

1. VORWORT

*„Die Krise ist ein produktiver Zustand.
Man muss ihr nur den Beigeschmack
der Katastrophe nehmen.“*

Max Frisch

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2020 wird als eines der Jahre in Erinnerung bleiben, welches mit dem vielfach genutzten Wort Krisenjahr nicht annähernd korrekt beschrieben werden kann. In einer noch nie da gewesenen Art und Weise und Dynamik wurden wir, wie so viele andere wissenschaftliche Einrichtungen auch, von den erheblichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem einschließlich der Rehabilitation und auch auf unsere Arbeitsbedingungen selbst überrascht. Plötzlich und unerwartet mussten wir Auswirkungen auf unsere laufenden Projekte wahrnehmen, überprüfen und unter hohem Zeitdruck flexibel auf die geänderten Rahmenbedingungen reagieren.

Dass dies durchweg erfolgreich gelungen ist und, dass wir am Ende des Berichtsjahres 2020 dennoch auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken können, das ist den Mühen und Arbeiten der fleißigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am IFR zu verdanken! Durch die Auswirkungen der SARS-CoV2-Pandemie auf die Projektarbeiten bei teilweise eingestelltem Rehabilitationsbetrieb in den Einrichtungen mussten auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von April bis Oktober 2020 in Kurzarbeit gehen. Und trotzdem, auch unter dem wirtschaftlichen Druck der geringeren, zur Verfügung stehenden Forschungsmitteln, ist es gelungen, die Koordination der Forschungsprojekte flexibel weiterzuentwickeln und damit die Wiederaufnahme von Forschungsprojekten zu ermöglichen. Darüber hinaus beschließen wir das Jahr 2020 mit insgesamt 21 bewilligten bzw. beantragten Projekten, welches nicht nur an Anzahl der Projekte ein neuer Höchststand der Leistungen am IFR ist. Gleichermäßen belegen die Forschungsanträge bei HORIZON 2020, dem Innovationsfonds und RehaPro die Fokussierung auf große Förderausschreibungen im Bereich der Rehabilitationsmedizin. Für diese hervorragenden Leistungen möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am IFR meinen herzlichsten Dank aussprechen!

Wir sehen die Gesundheitsversorgung um die Rehabilitation aktuell in einem Wandel, welcher uns vor kurzem noch unvorstellbar erschien. Die Möglichkeiten der Nutzung und Einbindung digitaler Techniken und Assistenzsystemen in den Rehabilitationsprozess ist zwischenzeitlich keine Träumerei mehr für Future-Workshops, sondern eine zu notwendig gewordene Realität mit einer großen Erwartungshaltung, auch der Öffentlichkeit. Wir sehen hier die Chancen für eine aktive Gestaltung dieses Veränderungsprozesses, den wir gerne begleiten möchten. Zugleich sehen wir die künftigen Veränderungen

auch auf dem Arbeitsmarkt und das Erfordernis, qualifizierte und für die Aufrechterhaltung unseres Gemeinschaftssystems erforderliche Fachkräfte gesund zu erhalten und in der Erwerbsfähigkeit zu behalten, als eine der wichtigsten Herausforderungen der kommenden Jahre!

Ich wünsche Ihnen eine interessante und gewinnbringende Lektüre unseres Jahresberichts 2020!

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gert Krischak'.

Prof. Dr. Gert Krischak



2. LEITBILD

WIR SIND

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

UNSERE ZIELE

Im Mittelpunkt 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

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

IN DER WISSENSCHAFT

Wir führen Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Rehabilitationswissenschaften und der Prävention durch. Unsere Kernkompetenzen sind die Optimierung sektorenübergreifender Behandlungsketten (von der Prävention über die Akutversorgung, die Rehabilitation bis zur Nachsorge), die Versorgungsforschung, Kosten-/Nutzenanalysen und Wirksamkeitsstudien von Maßnahmen in Rehabilitation und Prävention, die physikalische Therapie, die Erforschung des Rehabilitationsbedarfs und -zugangs, die Optimierung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation, die Patientenorientierung (Empowerment), die datenbankgestützte Auswertung medizinischer Daten und die Erschließung von Routinedaten für die rehabilitationsmedizinische Forschung. Darüber hinaus sind wir offen für alle aktuellen Entwicklungen und Fragestellungen auf diesen Gebieten.

IN DER LEHRE

Wir verantworten und lehren das Pflichtfach für Studierende der Medizin „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ (Querschnittsbereich Q12) sowie das Wahlfach „Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ (W911). Im Pflichtfach „Klinische Leitlinien: Entwicklung und Umsetzung“ lehren wir den Teilbereich „Evidence based medicine- verstehen, beurteilen, handeln“ (W934) an der Universität Ulm und wirken damit auf die Gestaltung des Fachgebietes ein. Das Engagement in der Lehre ermöglicht es, Studierende der Humanmedizin zu erreichen und diese für das Fachgebiet der Rehabilitationsmedizin und -forschung zu begeistern. Mit den jungen Kolleginnen und Kollegen führen wir einen intensiven Dialog und erleichtern ihnen so den Zugang zu den vom IFR Ulm angebotenen Promotionsthemen.

IN DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

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

IN DER BERATUNG

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

QUALITÄT

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

3. STIFTUNG FÜR REHABILITATIONSME- DIZINISCHE 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/GEHÖRTEN 2020 DEM KURATORIUM AN:

MR S. Asmussen

Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren, Inklusion, Landesarbeitsstelle Kooperation, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden-Württemberg

K. Bauer

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

J. Bauernfeind

Vorstandsvorsitzender, AOK Baden-Württemberg

C. Baumbach

Leitung Sparte Rehabilitation, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, bis 06/2020

P. Biler

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, **stellvertretender Vorsitzender des Kuratoriums**

MR W. Fessel

Ministerium für Arbeit u. Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg

M. Frenzer

Geschäftsführer, Nanz Medico GmbH & Co. KG

G. Frenzer-Wolf

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, bis 03/2020

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

Prof. Dr. U.X. Kaisers

Leitender ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Ulm

J. Kienzle

Vorstandsvorsitzender, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Dr. C. Schaal

Geschäftsführerin, RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH

A. Schmöller

Fachbereichsleiter Rehabilitations- und Pflegemanagement, AOK Baden-Württemberg, **Vorsitzender des Kuratoriums**

E. Schneider

Geschäftsführer, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG

A. Schwarz

Erster Direktor, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, bis 10/2020

Prof. Dr.-Ing. M. Weber

Präsident, Universität Ulm

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

S. Wollny
Erste Direktorin, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, ab 11/2020

VORSTAND

Der Vorstand der Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung setzt sich aus dem geschäftsführenden Vorstand Prof. Dr. med. G. Krischak, dem ersten stellvertretenden Vorstand Herrn Prof. Dr. F. Walling, Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen, Ludwigsburg und der zweiten stellvertretenden Frau Prof. Dr. M. Kalbitz, Leiterin Traumalabor, 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:

Dr. E. Hammerschmidt
Sozialmedizinisches Zentrum, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Karlsruhe, bis 07/2020

Prof. Dr. M. Huber-Lang
Oberarzt der Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. P.-J. Hülser
Chefarzt Neurologische Klinik, Fachklinik Wangen, Waldburg-Zeil-Kliniken GmbH & Co.KG

Prof. Dr. R. Mucbe
Stellv. Institutsdirektor für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm

PD Dr. G. Müller
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, ab 08/2020

Dr. U. Vieregge

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

Prof. Dr. J. von Wietersheim

Leitender Psychologe der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, **Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats**

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:

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. Einwang

Hauptgeschäftsführer, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.

M. von Wartenberg

Stellvertretende Vorsitzende, Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

4. PERSONAL

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten am IFR Ulm (Stand November 2020).

4.1 LEITUNG

PROF. DR. MED. GERT KRISCHAK, MBA

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

Prof. Dr. G. Krischak ist Direktor des IFR Ulm und Vorsitzender des Vorstands der Stiftung. Als geschäftsführender Vorstand vertritt er die Stiftung und führt die Geschäfte entsprechend der Satzung und den Beschlüssen des Kuratoriums aus. Prof. Dr. G. Krischak betreut Promotions- und Habilitationsarbeiten und lehrt im Querschnittsblock 12 (Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren) und im Wahlmodul W911 (Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation) an der Universität Ulm. Darüber hinaus war Prof. Dr. G. Krischak als Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie bis September 2020 an der Federseeklinik Bad Buchau tätig. Prof. Dr. G. Krischak ist seit September 2019 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM).

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 HNU 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. Seit dem WS 2018/19 hält Frau Dr. Kölle das Seminar W 934 „Evidence based medicine - verstehen, beurteilen, handeln“ ab.

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 von Sitzungen und Lehrveranstaltungen.

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

TIVADAR BUZASI, DIPL.

Diplom-Mathematiker & Diplom-Biologe

Herr T. Buzasi arbeitet als Data Scientist in mehreren Projekten auf den Gebieten der klinischen- sowie der Versorgungsforschung, wobei hier die Aufbereitung und Auswertung wissenschaftlicher/ klinischer Daten mittels Oracle-Datenbanken und SQL zu seinen Kernaufgaben zählen. Des Weiteren ist Herr Buzasi zuständig für die explorativen Auswertungen und die Modellbildung für bimodale Verteilungen (Beta-Binomiale Regressionsmodelle, Modelle für fraktionale Daten, ordinale und logistische Regression), wie auch für die Vorbereitung von Makrobibliotheken, die Makroprogrammierung und das Erstellen von Vorlage-Programmen in SAS.

KATHARINA DIETZEL, M.SC.

M. Sc. Public Health und Administration, B.Sc. Angewandte Therapiewissenschaften

Frau K. Dietzel arbeitet seit April 2019 als wissenschaftliche Hilfskraft am IFR und seit Oktober 2019 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Versorgungsforschung. Im Zentrum ihrer Arbeit steht die Durchführung von prospektiven Befragungen und die Auswertung der dabei gewonnenen Daten. Frau Dietzel ist verantwortlich für die formative Evaluation des Modellprojekts „Prävention für Arbeitslose (PrävAlo)“ und bearbeitet zudem das Projekt REKUP federführend.

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.

CARA HALDER-HINZ, MBA

MBA, B.A. Gesundheitsmanagement, Dipl. Physiotherapeutin (CH)

Seit April 2019 unterstützt Frau C. Halder-Hinz als wissenschaftliche Mitarbeiterin unser Team. Der Tätigkeitsschwerpunkt von Frau Halder-Hinz liegt im Bereich Versorgungsforschung, wobei sie hier das Projekt REKUP als Projektleiterin betreut. Die Schwerpunkte von Frau Halder-Hinz sind die formative Evaluation und Projektmanagement von Versorgungsprojekten.

BELINDA HOFFMANN, M.A.

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

Frau B. Hoffmann arbeitet seit März 2019 für das IFR. Ihre Schwerpunkte liegen hierbei im Bereich Prävention, Versorgungsforschung, digitale Techniken und der Ganganalyse. Sie erstellt derzeit ihre Doktorarbeit zum Dr. biol. hum. .

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

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

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.

MARINA JOST, M.A.

M.A. Gesundheitsförderung, B.A. Management im Gesundheitswesen

Frau M. Jost ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR Ulm tätig und arbeitet an Projekten im Bereich der Versorgungsforschung. Hierbei gehört die Durchführung von prospektiven Befragungen und der Auswertung der dabei gewonnenen Daten zu ihren Aufgaben. Frau Jost ist verantwortlich für die Evaluation der Modellprojekte „Ü45-Gesundheitscheck für Pflegekräfte“ und „GKV-Ü35 Gesundheitsscheck mit WAI“.

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. Dabei arbeitet sie an einem Projekt zur Entwicklung eines Echtzeit-Endeffektorsystems als adaptiv unterstützendes System beim Gangtraining speziell für die Gruppe der neurologischen Schlaganfallpatienten.

DR. PH SEBASTIAN KNAPP, MAG.

Mag. Sportwissenschaften, Erziehungswissenschaft und Japanologie

Herr Dr. S. Knapp arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFR Ulm. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt in der Betreuung klinischer Projekte, bspw. der Entwicklung von Kniebewegungsschienen mit integrierter Sensorik. Zudem ist er in der wissenschaftlichen Evaluation der Modellvorhaben AOK-proReha Geriatrie und Schlaganfall eingesetzt und koordiniert eine Studie zur Evaluation einer Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme. Seit dem WS 2018/19 hält Herr Dr. Knapp das Seminar W 934 „Evidence based medicine - verstehen, beurteilen, handeln“ ab. Herr Dr. Knapp ist Mitglied in der Kommission für Digitalisierung in der PRM.

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 Alex 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 des Instituts (Ganganalyse, Kniebewegungsschiene) und befasst sich aktuell v.a. mit den Erwartungen, die Patienten an die Therapie stellen.

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind 2020 als wissenschaftliche Hilfskräfte am IFR Ulm tätig:

- Stefanie Emhart
- Angela Mack
- Gabriele Lizano

5. FORSCHUNGSTÄTIGKEITEN

5.1 DIE BEDEUTUNG VON FUNKTIONSTÖRUNGEN 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

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 bereitet als es bei einem Büroangestellten der Fall ist, der 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 Krebs-diagnosegruppen (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 Literaturrecherche 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 computerlinguistischer 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 Funktions-

einschränkungen und der Teilhabe am Erwerbsleben.

AKTUELLER STAND

Die DRV Baden-Württemberg bereitet nach der datenschutzrechtlichen Freigabe des Anonymisierungsverfahrens die Freitexte der vorliegenden Entlassungsberichte aus onkologischen Rehabilitationseinrichtungen für die Jahre 2019 und 2020 auf. Dazu wurden diese mit Hilfe einer gemeinsam mit dem IFR entwickelten Software 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 Literaturrecherche 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.

Am Beispiel des Colon- und des Ösophaguskarzinoms (Darm- bzw. Speiseröhrenkrebs) wurden erste computerlinguistische Anfragen 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 von Funktionsstörungen.

Anfang 2021 soll die Bereitstellung der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) erfolgen. Die aus den Texten extrahierten Angaben werden dann mit der RSD über Pseudonyme datenschutzgerecht zusammengeführt, so dass dann 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 (ATO), AG06 „Rehabilitation“ (Sprecher: Dr. Chr. Duncker)
- 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 - 5202

HINTERGRUND

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

Eine onkologische Rehabilitation kann diesen Wiederherstellungsprozess unterstützen und die gesellschaftliche Teilhabe positiv beeinflussen. Sie zeichnet sich dabei durch eine umfassende interdisziplinäre Versorgung aus, welche die Linderung der körperlichen Erkrankungslast mit speziellen Therapiekonzepten zur Behandlung seelischer Probleme (Psycho-Onkologie)

kombiniert. In Bezug auf die Ergebnisse onkologischer Rehabilitationen konnte gezeigt werden, dass sie sowohl die körperliche Funktionsfähigkeit als auch die psychische Befindlichkeit, die Krankheitsverarbeitung sowie die Lebensqualität der Betroffenen verbessert.

Allerdings ist weitgehend unklar, nach welchen Kriterien in der Versorgungspraxis eine onkologische Rehabilitation empfohlen 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 Routinedaten 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 durchgeführt. Hauptzielgröße ist bei onkologischen Patienten im erwerbsfähigen Alter der Erwerbsstatus im Folgejahr der Rehabilitationsmaßnahme bzw. der Tumorbehandlung (sozialversicherungspflichtiges Entgelt, Beschäftigungs- und Arbeitsunfähigkeitstage, Sozialversicherungsbeiträge, Beitragsart).

Bei nicht mehr erwerbstätigen Betroffenen

werden die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sowie die Pflegestufe und -kosten ausgewertet. Sowohl bei Personen im erwerbsfähigen Alter als auch bei den nicht mehr erwerbstätigen Versicherten werden der weitere Behandlungs- und Krankheitsverlauf sowie Behandlungskosten im Anschluss an die ambulante bzw. stationäre Tumorbehandlung bzw. nach Rehabilitationsende analysiert.

Im zweiten Schritt erfolgt eine Befragung von ca. 1.500 Patienten (je 500 der drei ausgewählten Indikationen) zu subjektiv wahrgenommenen Barrieren und Förderfaktoren für die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie zu weiteren Kontextfaktoren.

AKTUELLER STAND

Bereits im Jahr 2019 wurden die Analysen der Befragungsdaten abgeschlossen. Außerdem wurde ebenfalls im Jahr 2019 für einen umfassenderen Erkenntnisgewinn eine Metaanalyse zu den Ergebnissen, insbesondere zu den patient reported outcomes, durchgeführt und abgeschlossen.

Im Jahr 2020 erfolgten die Analysen zu den Prädiktoren der Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ebenso wurden die Regressionsmodelle zur Vorhersage der beruflichen und sozialen Teilhabe (Erwerbs- und Pflegeprognose) berechnet. Parallel hierzu wurde der Abschlussbericht erstellt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Institutsmittel

KOOPERATION

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

5.3 BERUFLICH ORIENTIERTE REHABILITATION VON SUCHTKRANKEN IN STUFEN – EVALUATION DES BERUFLICH ORIENTIERTEN INTEGRATIONSFÖRDERPROGRAMMS (BOSS)

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 - 5202

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:

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

METHODIK

Die Evaluation erfolgt in sechs Sucht-Rehabilitationseinrichtungen des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv). In die Kontrollgruppe werden sowohl Suchtrehabilitanden aus den Vorjahren („historische“ Fälle), als auch Patienten aus Einrichtungen, die das BOSS-Konzept erst später umsetzen und das bisher übliche Vorgehen („treatment as usual“) zunächst beibehalten, herangezogen. Außerdem werden nur Rehabilitanden eingeschlossen, die eine Maßnahme unter Leistungsträgerschaft der DRV Baden-Württemberg durchführen. Datengrundlagen sind Routinedaten der DRV Baden-Württemberg (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 (T1) und -ende (T2) durchgeführt.

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

In einem zweiten Schritt wird anhand multivariater Modelle untersucht, ob BOSS für Suchtpatienten mit EBPL die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit im Vergleich zur bisher üblichen Vorgehensweise („treatment as usual“) erhöhen kann. Die Hauptzielgröße stellt der

Erwerbsstatus im Jahr nach der Rehabilitation dar (z.B. sozialversicherungspflichtiges Einkommen, Beschäftigungstage, Sozialversicherungsbeiträge, Beitragsart).

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

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

AKTUELLER STAND

Im Jahr 2020 wurde die maschinelle Erfassung der Fragebögen fortgeführt und abgeschlossen. Im vierten Quartal 2020 wurden von den Einrichtungen die Projekt-IDs von jenen Rehabilitanden an die DRV Baden-Württemberg übermittelt, die im Jahr 2019 eine Maßnahme durchgeführt haben. Die DRV Baden-Württemberg übermittelte wiederum eine Liste mit der

Zuordnung zwischen Studien-ID und RSD-Zählnummer an das IFR. Somit können für alle eingeschlossenen Jahrgänge (2015 bis 2019) die Routine- und Befragungsdaten zusammengeführt und die Studienteilnehmer der Jahrgänge 2015 bis 2018 ein Jahr nachbeobachtet werden.

Sobald die KDS für die historischen Fälle bereitgestellt wird, werden anhand der historischen Daten die Prädiktoren des Erwerbsstatus nach einer Suchtrehabilitation bestimmt. Ziel dieser Analysen ist es, Hinweise auf solche Merkmale zu erhalten, die bei der Bestimmung der Effekte von BOSS zu berücksichtigen sind.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Institutsmittel

KOOPERATION

- Sucht-Rehabilitationseinrichtungen des Baden-Württembergischen Landesverbands 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: Dr. biol. hum. S. Jankowiak ✉ silke.jankowiak@ifr-um.de

☎ 07582 800 - 5202

HINTERGRUND

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

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

Die Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl begann im Jahr 2013 mit der Einführung von MBOR im Sinne des Anforderungsprofils der Deutschen Rentenversicherung, wobei speziell bedarfsbezogene Schwerpunkte 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 Behandlungsergebnisse der Teilnehmer am aktuellen berufsbezogenen Behandlungskonzeptes (Interventionsgruppe) werden mit den vor Einführung dieses Behandlungskonzeptes erzielten Ergebnissen („historische Kontrollgruppe“) verglichen.

Rehabilitanden mit BBPL werden anhand eines

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

Ferner werden als Datengrundlage Routinedaten der DRV Baden-Württemberg (Reha-Statistik-Datenbasis – RSD) herangezogen. Diese erlauben insbesondere den Vergleich des Erwerbsstatus vor und nach Rehabilitation anhand objektiver Daten über mehrere Jahre. Ergänzend werden in der Interventionsgruppe Fragebogenerhebungen zu drei Messzeitpunkten (Beginn (T1) und Ende (T2) der Rehabilitation sowie zwölf Monate nach Rehabilitationsende (T3)) durchgeführt.

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

Um Rehabilitanden zu identifizieren, die besonders von einer MBOR profitieren, werden Regressionsmodelle für bestimmte Teilgruppen berechnet. Dabei werden z.B. separate

Regressionsmodelle für die beiden Indikationen (Kardiologie und Pulmologie), für Rehabilitanden mit unterschiedlichen Schweregraden einer BBPL und für Rehabilitanden der verschiedenen MBOR-Stufen (Stufen A bis C) berechnet. Bei der Auswertung der Fragebogenangaben stehen die Veränderungen bei der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, der Arbeitsmotivation sowie der subjektiven Erwerbsprognose im Mittelpunkt. Ferner wird geprüft, welche Faktoren einen Einfluss auf die subjektiven Behandlungsergebnisse bei Rehabilitationsende sowie zwölf Monate nach der Rehabilitation haben.

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

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

AKTUELLER STAND

Im Jahr 2020 wurde die Nachbefragung der im Jahr 2019 rekrutierten MBOR-Teilnehmer fortgeführt und abgeschlossen. Zum Zeitpunkt der Berichtlegung lagen 609 T1-Fragebögen, 408 T2-Fragebögen und 301 T3-Fragebögen vor. Parallel hierzu wurde die maschinelle Erfassung der Fragebögen fortgeführt und abgeschlossen. Im vierten Quartal 2020 wurde von der Einrichtung die Projekt-IDs von jenen

Rehabilitanden an die DRV Baden-Württemberg übermittelt, die im Jahr 2019 an MBOR teilgenommen haben. Die DRV Baden-Württemberg übermittelte wiederum eine Liste mit der Zuordnung zwischen Studien-ID und RSD-Zählnummer an das IFR. Somit können für alle

eingeschlossenen Jahrgänge (2017 bis 2019) die Routine- und Befragungsdaten zusammengeführt und die Studienteilnehmer der Jahrgänge 2017 und 2018 ein Jahr nachbeobachtet werden.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Institutsmittel

KOOPERATION

- RehaZentren gGmbH
- Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl

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 dann 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 hochspezialisierte Schwerpunktkliniken Patienten mit Beckenverletzungen in nennenswerter Anzahl behandeln. Die AG Becken III der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) hat eine europaweite, in Umfang und Inhalt einzigartige Datenbank für die prospektive Erfassung von Beckenverletzungen geschaffen. Allein für die Jahrgänge 2005-2017 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

In einem ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungssituation in der Rehabilitation nach Beckenverletzung untersucht. Hierzu wurden in Modellkliniken die bei den Patienten durchgeführten therapeutischen Maßnahmen gesichtet. Weiterhin wurden bei den Patienten mit Becken- und Acetabulumfrakturen sowohl sozio-demographische Daten, die Diagnose und Komorbiditäten als auch die Art der Versorgung sowie der Aufnahme- und Entlassungsbefund der Rehabilitation anonym erfasst. Zusätzlich wurden die erhaltenen Therapieleistungen, die Rehabilitationsziele und ihre Erreichung dokumentiert. In einem zweiten Schritt erfolgt die Evaluation der Ergebnisse der Rehabilitationsmaßnahmen über die AG Becken der DGU/AO. Mit Hilfe der Evaluation sollen die Aspekte Teilhabe und Aktivität der Internat-

ionalen Klassifikation der Funktions-fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) aus subjektiver und objektiver Sicht erhoben werden. Hierzu wurden Fragebögen entwickelt, die sowohl von den behandelnden Rehabilitations-ärzten, als auch von den Rehabilitanden bei Beginn (T1) und Ende (T2) der Rehabilitations-maßnahme ausgefüllt werden.

Mit Hilfe dieser Fragebögen soll die Ergebnis-qualität der Rehabilitationsmaßnahmen bei Becken- und Acetabulumfrakturen überprüft werden. Die Evaluation umfasst auf Patientenseite Elemente des Merle d'Aubigné Score, des Assessment of Quality of Life und des Funktions-fragebogens Bewegungsapparat (SMFA-D). Zusätzlich beantworten die Rehabilitanden die Fragebögen FIM (Functional Independence Measure) und IRES-3 (Indikatoren des Rehas-tatus). Die behandelnden Rehabilitationsärzte machen Angaben zu Rehabilitationszielen und deren Erreichung sowie zum Staffelstein-Score. Bei Entlassung aus der Rehabilitations-klinik erfolgt die Mitteilung bezüglich der beruf-lichen Wiedereingliederung auf Basis des Blat-tes 1a des Reha-Entlassungsberichts der Deut-schen Rentenversicherung. Für die Erhebung und Auswertung von langfristigen Ergebnissen werden die Rehabilitanden zudem 12 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik (T3) befragt.

AKTUELLER STAND

Die Pilotstudie wurde im Sommer 2016 abge-schlossen. Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer Promotion zum Dr. med. analysiert und interpretiert. Diese Arbeit wurde Mitte 2019 ab-gegeben. Die ersten Analysen zeigen, dass

durch die dreiwöchige Rehabilitation das psy-chische Befinden gesteigert und der Schmerz reduziert werden konnte. Des Weiteren konnte eine Verbesserung der Teilhabe erreicht wer-den und sowohl die Einschätzung des Rehabili-tationsarztes als auch der Patienten selbst hin-sichtlich der beruflichen Wiedereingliederung waren positiv. Der Schulabschluss scheint ein relevanter Prädiktor für die Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Beruf zu sein.

Nachdem die Patientenrekrutierung in zehn Kli-niken (Universitätsklinikum Ulm, Universitäts-klinikum Freiburg, BG Klinik Tübingen, Universi-tätsklinikum Leipzig, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, BG Klinik Ludwigshafen, Charité Berlin, Universitätsklinikum des Saarlands, BG Klinik Murnau und BG Klinik Duisburg) Ende 2019 ab-geschlossen wurde, läuft derzeit noch die Kata-mnesebefragung (T3), die erst ein Jahr nach der Rehabilitation durchgeführt wird. Die Da-tenenerhebung zum dritten Messzeitpunkts (T3) wird Ende 2020 abgeschlossen sein.

Dem IFR Ulm liegen derzeit 80 vollständige Fra-gebögen der Zeitpunkte T1 und T2 vor. Seit Ja-nuar 2017 werden die Fragebögen zum Kata-mnesezeitpunkt T3 an die Patienten verschickt. Von den versendeten T3-Bögen (n=70) liegen dem IFR bereits 32 Rückläufe vor. Die derzei-tige Drop-Out-Rate ist mit zwei Patienten sehr gering, wobei ein Patient die Rehabilitations-maßnahme nicht angetreten hat und der zweite Patient nach der Rehabilitation verstor-ben ist. Hierdurch konnten bei diesen beiden Patienten keine Katamnesedaten erhoben wer-den.

Derzeit werden die Daten der Fragebögen zu

den Messzeitpunkten T1 und T2 deskriptiv ausgewertet. Parallel dazu werden die Daten aus dem Beckenregister der 80 eingeschlossenen Patienten angefordert. Sobald die entsprechenden Daten des Beckenregisters vorliegen, wird

mit den Regressions- und Varianzanalysen für die Messzeitpunkte T1 und T2 begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Institutsmittel

KOOPERATION

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

5.6 EVALUATION DES BEHANDLUNGSKONZEPTES FÜR SCHLAGANFALL-PATIENTEN DER PHASE D IN DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION (AOK PROREHA SCHLAGANFALL)

PROJEKTZIEL: Ziel der Studie ist die Prüfung der Ergebnisqualität eines neuen Behandlungskonzepts für neurologische Rehabilitanden. Dabei soll untersucht werden, welche Effekte das neue Behandlungskonzept gegenüber den bisherigen Behandlungsstrategien der Einrichtungen erzielt. Zudem wird überprüft, inwieweit das neue Konzept in der Praxis umsetzbar ist und wie das Engagement der AOK Baden-Württemberg von den Leistungserbringern wahrgenommen wird.

ANSPRECHPARTNER: Dr. PH S. Knapp ✉ sebastian.knapp@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5205

HINTERGRUND

Da bisher einheitliche Behandlungsstandards in der neurologischen Rehabilitation fehlen, dürften derzeit die Rehabilitationseinrichtungen nach ihren eigenen Behandlungskonzepten vorgehen. Daher strebt die AOK Baden-Württemberg durch ihr Projekt „AOK-proReha Schlaganfall“ landesweit eine Verbesserung und Harmonisierung der Versorgungssituation in der neurologischen Rehabilitation an. Dabei soll ein neues, einrichtungsübergreifendes Konzept als Mindeststandard die Grundlage für Behandlungsentscheidungen in der neurologischen Rehabilitation darstellen und somit letztlich auch die Versorgungsqualität verbessern.

Die Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) des Universitätsklinikums Freiburg entwickelte dazu im Auftrag der AOK Baden-Württemberg ein neues

modulares Behandlungskonzept für Schlaganfallpatienten der Phase D. Das IFR wurde von der AOK Baden-Württemberg mit der Evaluation des neuen Behandlungskonzepts betraut.

METHODIK

Insgesamt nahmen 13 neurologische Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg an der Studie teil. In fünf Häusern wurden Daten sowohl unter dem bisherigen klinikspezifischen Behandlungskonzeptes als auch nach Einführung des neuen einheitlichen Behandlungskonzeptes erhoben. Weitere fünf Kliniken dienen ausschließlich als Vergleichskliniken, d.h. die Datenerhebung fand nur zu den bisherigen klinikspezifischen Behandlungskonzepten statt. Bei weiteren drei Einrichtungen wurden nur Daten zum neuen einheitlichen Behandlungskonzeptes erhoben. Die Datenerhebungen in den Rehabilitationseinrichtungen erfolgten auf Grundlage einer Patientenbefra-

gung sowie vereinheitlichter Untersuchungs- und Testverfahren (Assessmentbatterie). Zudem wurden, nach Implementierung des neuen Behandlungskonzepts, die durchgeführten therapeutischen Maßnahmen bzw. die Behandlungsintensität sowie aufgetretene Probleme bei der Umsetzung und Gründe für eventuelle Abweichungen vom Behandlungskonzept mittels eines Therapiedokumentationsbogens erhoben. Zur Bewertung der Struktur- und Prozessqualität der teilnehmenden Kliniken sowie zur Bestimmung von Klinikunterschieden bei den bisherigen Behandlungskonzepten wurden entsprechende Kriterien aus den Fragebögen der QS-Reha herangezogen.

Hauptzielgröße der Evaluation war die Ergebnisqualität auf Basis der festgelegten Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Assessments). Im Fokus standen dabei die Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit der Patienten. Dabei wurde geprüft, ob das neue Konzept zumindest gleich gut (Prüfung auf Nicht-Unterlegenheit) oder sogar besser ist als die bisher in der Praxis angewandten Konzepte der einzelnen Kliniken.

Im ersten Analyseschritt wurde zunächst überprüft, ob sich die Patienten, die gemäß den bisherigen Klinikkonzepten versorgt wurden, z.B. hinsichtlich Alter oder Begleiterkrankungen von den Teilnehmern an dem neuen Konzept unterscheiden. Hierfür wurden die Daten, die bei Aufnahme in die Rehabilitation erhoben wurden, verglichen. Das Behandlungsergebnis wurde über die Differenz der Aufnahme-, Entlassungs- und Katamnesedaten (nach vier Monaten) bestimmt. Dies erfolgte sowohl für die Patienten, die gemäß der bisherigen Versorgung behandelt wurden, als auch für die

Patienten, die das neue Behandlungskonzept erhielten. Auf Basis der Therapie-dokumentationsbögen erfolgte eine Beurteilung der Praktikabilität der neuen Behandlungsvorgaben. Des Weiteren konnte der Behandlungsaufwand abgeschätzt werden. Diese Daten bilden auch die Grundlage für die Entwicklung eines Vergütungskonzeptes durch KPMG, die ebenfalls Bestandteil des Projekts ist.

Um einen Vergleich mit der bisherigen Versorgungspraxis vornehmen zu können, wurden die Modellkliniken hinsichtlich der Inhalte ihres bisherigen Behandlungskonzepts befragt. Anhand qualitativer Interviews mit den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen wurde letztlich untersucht, wie die Leistungserbringer das Engagement der AOK Baden-Württemberg wahrgenommen haben.

AKTUELLER STAND

Die Auswertungen wurden abgeschlossen und der Abschlussbericht an die AOK BW als Auftraggeberin übermittelt. Am 29. Juni 2020 fand die Präsentation der Evaluationsergebnisse in Stuttgart in Anwesenheit des AOK-Vorstandes statt. Das neue Behandlungskonzept erwies sich als zumindest gleichwertig zu den bisherigen Behandlungskonzepten der Einrichtungen. Es kann somit als Mindeststandard und Grundlage für eine transparente Vereinbarung von Leistungen und Vergütungen dienen.

Wie erwartet zeigten sich deutliche Unterschiede bei Einschränkungen und Therapieumfang zwischen den Rehabilitanden, aber auch zwischen den Häusern. Das Engagement der AOK BW für die Entwicklung von Rehabilitati-

onskonzepten wurde in den Einrichtungen weitgehend begrüßt. Ein Artikel mit dem Studienprotokoll wurde 2020 in der Zeitschrift

„Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin“ publiziert.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- AOK Baden-Württemberg

KOOPERATION

- AOK Baden-Württemberg
- Quellenhof Bad Wildbad
- Rehaklinik Bad Wurzach
- Waldklinik Dobel
- m&i Fachkliniken Hohenurach
- Fachklinik Waldbronn
- Kliniken Schmieder Allensbach
- Kliniken Schmieder Gerlingen
- Kliniken Schmieder Heidelberg
- Rehabilitationsklinik Schloss Bad Buchau
- Schwarzwaldklinik Neurologie Bad Krozingen
- Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn
- SRH Gesundheitszentrum Bad Wimpfen
- cts-Klinik Stöckenhöfe Wittnau

5.7 FORMATIVE EVALUATION DES MODELLPROJEKTS: „GESUNDHEITSCHECK FÜR PFLEGEKRÄFTE“ IM STADT- UND LANDKREIS KARLSRUHE

PROJEKTZIEL: Im Rahmen dieses Modellprojekts wird Pflegekräften ab 45 Jahren, die im Stadt- und Landkreis Karlsruhe tätig sind, die Teilnahme an einem neuen Gesundheitscheck der Rentenversicherung angeboten. Die Studie dient der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts und soll Erkenntnisse dazu liefern, welche Empfehlungen die Teilnehmer des Gesundheitschecks von den Ärzten erhalten (z.B. Teilnahme an speziellen Gesundheitsangeboten, Kontaktaufnahme zum Hausarzt, persönliche Empfehlungen) und inwiefern sie diese ein Jahr nach Inanspruchnahme des Angebots umsetzen. Zudem sollen Gründe erfasst werden, weshalb Empfehlungen umgesetzt oder ggf. nicht umgesetzt werden.

ANSPRECHPARTNER: M. Jost ✉ marina.jost@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5106

HINTERGRUND

Ein wesentliches Ziel des Flexirentengesetzes aus dem Jahre 2016 ist es, künftig die Rolle der Prävention bei der gesetzlichen Rentenversicherung zu stärken. Dabei sollen sowohl Risiko- und Belastungsfaktoren, welche sich negativ auf die Erwerbsfähigkeit eines Menschen auswirken, als auch der Bedarf für Präventions- und Rehabilitationsleistungen frühzeitig erkannt sowie deren Inanspruchnahme besser koordiniert werden. Aus diesem Grund bietet die Rentenversicherung ihren Versicherten einen Gesundheitscheck ab dem vollendeten 45. Lebensjahr nach §14 Abs. 3 SGB VI an. Dieser wurde zunächst im Rahmen eines gemeinsamen Modellprojekts der DRV Baden-Württemberg und DRV Bund mit Pflegekräften im Stadt- und Landkreis Karlsruhe im Jahr 2018 erprobt. Aufgrund ihrer hohen physischen und

psychischen Belastungen im Beruf stellen Pflegekräfte eine besonders relevante Zielgruppe für das Modellvorhaben dar. Zudem ist diese Berufsgruppe auffallend häufig von Langzeiterkrankungen betroffen. Für die Teilnahme am Gesundheitscheck kommen Pflegekräfte infrage, die im Rahmen eines Selbsttests, dem Work Ability Index (WAI), einen Punktwert von unter 44 (max. mögliche Punktzahl: 49) aufweisen. Sofern dies der Fall ist, können die betroffenen Pflegekräfte einen Termin für den Gesundheitscheck in einer Untersuchungsstelle in Karlsruhe vereinbaren. Der Gesundheitscheck umfasst eine ausführliche Beschreibung des Arbeitsplatzes (Arbeitsplatzprofil) und eine Allgemein-, Sozial- und Berufsanamnese. Im Vordergrund stehen hierbei berufsbedingte, aber auch andere soziale Belastungs- und Risikofaktoren sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Bei bestehendem Bedarf werden u. a.

Leistungen zur Prävention oder zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung, aber auch Angebote anderer Träger (z.B. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) empfohlen.

Wesentliches Ziel des Gesundheitschecks ist es, die Teilhabe der Pflegekräfte am Erwerbsleben langfristig zu erhalten. Da dieser Zielgruppe erstmalig die Teilnahme an einem Gesundheitscheck angeboten wird, ist zudem unklar, für welche Maßnahmen sich die Pflegekräfte interessieren und welches Fördermechanismen oder Hürden für die Teilnahme sind.

METHODIK

Im Rahmen der Studie werden alle Pflegekräfte, die im Jahr 2018 am Ü45-Gesundheitscheck teilgenommen haben, ein Jahr nach Inanspruchnahme dieses Angebots mittels postalisch versendetem Fragebogen befragt.

Dabei sollen Kenntnisse darüber gewonnen werden, welche Empfehlungen (z.B. Teilnahme an speziellen Gesundheitsangeboten, Kontaktaufnahme zum Hausarzt, persönliche Empfehlungen) die Teilnehmer bei dem Ü45-Gesundheitscheck erhalten und anschließend umgesetzt haben. Zusätzlich wird erfragt, welche Faktoren die Umsetzung der Empfehlungen förderten oder behinderten.

Des Weiteren sollen die Teilnehmer angeben, ob die empfohlenen Maßnahmen inhaltlich ihren Vorstellungen entsprechen und ob es ihnen gelingt, dass dabei Gelernte im Alltag und Beruf umzusetzen.

Zudem sollen Änderungen, die sich seit der

Teilnahme am Gesundheitscheck bei den Teilnehmern ergeben haben (z.B. bessere Bewältigung beruflicher Belastungen, höheres Gesundheitsbewusstsein, Veränderungen am Arbeitsplatz und am Gesundheitszustand), erfasst werden. Dabei sollen die Teilnehmer auch angeben, welchen Einfluss ihrer Ansicht nach der Ü45-Gesundheitscheck bzw. die umgesetzten Empfehlungen auf die Veränderungen hatten.

Alle erhobenen Angaben werden anhand deskriptiver Methoden ausgewertet.

AKTUELLER STAND

Die Befragung der Teilnehmer erfolgte im Jahr 2019, ein Jahr nach Inanspruchnahme des Ü45-Gesundheitschecks. Die Plausibilisierung und Auswertung der Fragebogen-Daten wurden in der ersten Jahreshälfte des Jahres 2020 durchgeführt und abgeschlossen. Der Abschlussbericht wurde im Laufe des zweiten und dritten Quartals 2020 erstellt und bei der DRV Bund eingereicht.

An der Studie nahmen 21 Pflegekräfte teil; diese waren überwiegend weiblich (N=17). Weiterhin hatten fast alle Studienteilnehmer die deutsche Staatsbürgerschaft; lediglich zwei Pflegekräfte hatten einen Migrationshintergrund. Zudem verfügte der Großteil der Pflegekräfte über einen Realschulabschluss (N=15), absolvierte eine Ausbildung im Fachbereich der Pflege (N=18) und war in einem Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationseinrichtung (N=11) tätig.

Insgesamt fiel die Teilnahme an den Gesund-

heitsangeboten der DRV und der anderen Träger eher gering aus. So haben nur neun von 21 Pflegekräften infolge einer Empfehlung während des Ü45-Gesundheitschecks an einem Gesundheitsangebot teilgenommen. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass von den Ärzten persönliche Empfehlungen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Entspannung am häufigsten ausgesprochen und von den Pflegekräften zumeist auch umgesetzt wurden. Aus der Befragung geht hervor, dass die Hauptgründe für die Nichtteilnahme darin lagen, dass die Gesundheitsangebote nicht mit ihren Arbeitszeiten zu vereinbaren waren und es keine passenden Angebote an ihrem Wohnort gab. Des Weiteren haben familiäre bzw. häusliche Verpflichtungen sie an der Teilnahme gehindert.

In Bezug auf die Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Gesundheitszustand konnten keine Veränderungen bei den Pflegekräften festgestellt werden. Die meisten Pflegekräfte sind, wie im Jahr zuvor, einigermaßen zufrieden mit ihrer Gesundheit.

Hinsichtlich der persönlichen Ansicht zur Ausübung des Pflegeberufs bis zum Rentenalter zeigten sich ein Jahr nach dem Gesundheitscheck keine Veränderungen bei den Pflegekräften. So halten es die meisten Pflegekräfte weiterhin für unwahrscheinlich, dass sie bis zum Rentenalter im Pflegebereich tätig sein können. Einige halten es außerdem für wahrscheinlich, dass sie ihren Arbeitsplatz noch wechseln müssen. Bei nur sehr wenigen Pflegekräften haben sich innerhalb eines Jahres, seit der Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck, Veränderungen im Erwerbsleben (Beschäftigungsumfang, Tätigkeiten und Aufgaben, Wechsel des Arbeitsorts) ergeben. Ebenso hat

sich die berufliche Situation (z.B. Umgang mit Belastungen) bei den meisten Pflegekräften nicht verbessert. Da nur wenige Pflegekräfte der Ansicht waren, dass die Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck bzw. den Gesundheitsangeboten ihr Erwerbsleben positiv beeinflusst hat und der Ü45-Gesundheitscheck im Allgemeinen nicht darauf ausgerichtet ist, direkt in das Arbeitsgeschehen der Pflegekräfte einzugreifen, ist anzunehmen, dass die Teilnahme in Allgemeinen eher keine direkten Veränderungen im Erwerbsleben erzielen kann.

Es zeigte sich, dass die Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck bzw. den Gesundheitsangeboten das Gesundheitsbewusstsein der Pflegekräfte positiv beeinflusst hat. So haben sich die meisten Pflegekräfte seither vorgenommen bspw. mehr auf ihre Gesundheit oder eine gesündere Ernährung zu achten. Auch haben die Pflegekräfte auf der gesundheitlichen Ebene von der Teilnahme profitiert. So hat sich bei einigen Pflegekräften vor allem die körperliche Gesundheit deutlich oder zumindest etwas verbessert, aber auch die seelische Gesundheit und die Lebensqualität verbesserte sich bei wenigen Pflegekräften etwas. Diese positiven Effekte führen die Pflegekräfte auf die Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck bzw. an den einzelnen Gesundheitsangeboten, die sie in Anspruch nahmen oder auf die persönlichen Empfehlungen (z.B. zur gesunden Ernährung) der Ärzte zurück. Auch würden die meisten Pflegekräfte den Ü45-Gesundheitscheck weiterempfehlen, insbesondere weil dieser die Teilnahme an unterschiedlichen Gesundheitsangeboten erst ermöglicht und eine Chance zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität aufweist. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass auch andere Berufsgruppen bei

Einführung des Ü45-Gesundheitschecks in die Regelversorgung vermutlich davon profitieren würden. Daher ist es zu empfehlen, den Ü45-Gesundheitscheck in die Regelversorgung zu übertragen, jedoch sollten die Kommunikationswege z.B. in Form einer persönlichen Ansprache durch den Betriebsarzt oder Arbeitgeber optimiert und entsprechend der verschiedenen Berufsgruppen angepasst werden.

Da sich im Zuge der Nachbefragung außerdem zeigte, dass es für Pflegekräfte bspw. aufgrund ihrer Arbeitszeiten schwierig ist, an allgemein zugänglichen Gesundheitsangeboten teilzunehmen, ist es zudem zu empfehlen, Gesundheitsangebote sowohl inhaltlich als auch zeitlich speziell auf die verschiedenen Berufsgruppen auszurichten und diese ggf. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung an den Arbeitsstätten der Mitarbeiter anzugliedern.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

KOOPERATION

- DRV Bund
- DRV Baden-Württemberg
- Unfallkasse Baden-Württemberg
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

5.8 BEWEGUNGSUNTERSTÜTZENDE ROBOTERGERÄTE FÜR DIE INDIVIDUALISIERTE BEHANDLUNG IN BEWEGUNGSTHERAPIE/REHABILITATION (INBURG)

PROJEKTZIEL: Bei Patienten, die z.B. nach einer Operation ihr Knie nicht aktiv bewegen dürfen, kommen Geräte zum Einsatz, die das verletzte Gelenk motorunterstützt bewegen („Motorschiene“). Hierdurch soll die Beweglichkeit erhalten werden. Ziel dieses Projektes ist die Entwicklung eines neuen Gerätetyps für das Kniegelenk, das sich verhaltens- bzw. funktionsmäßig an den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten anpassen kann. Hierfür soll das individuelle Leistungsniveau des Patienten bzw. der Reizzustand (z.B. Schwellung, Temperatur, Schmerz und mögliche weitere Parameter) mittels Sensoren fortlaufend gemessen und bei der Festlegung von Trainingsumfang bzw. -intensität berücksichtigt werden. Damit soll eine optimale Trainingssteuerung erreicht werden.

ANSPRECHPARTNER: Dr. PH S. Knapp ✉ sebastian.knapp@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5205

HINTERGRUND

In Deutschland sind Kniebewegungsschienen mittlerweile ein fester und evidenzbasierter Bestandteil in der Rehabilitation von Patienten mit Knie-Total-Endoprothese (TEP). Sie unterstützen erfolgreich Physio- und Bewegungstherapie. Um die Effektivität zu steigern, soll sich das Training mit der Kniebewegungsschiene an dem aktuellen Reiz- und Leistungszustand des Patienten orientieren. Zur Erhebung des individuellen Reizzustands und Leistungsniveaus des Patienten vor, während und nach der Therapie, wird die bewegungsunterstützende assistiv-aktive Kniebewegungsschiene weiterentwickelt. Auf Basis der Erhebungen soll sich die Trainingsintensität stetig an den Patienten anpassen. Eine solche individualisierte Behandlung soll eine bestmögliche

Unterstützung der Trainingstherapie gewährleisten.

METHODIK

Das IFR formuliert die „medizinische Wissensbasis“ für die Bio-Sensorik. Zudem werden durch das IFR das Studiendesign der klinischen Testung erarbeitet sowie die Probandentestungen durchgeführt. Die „Formulierung der medizinischen Wissensbasis“ umfasst die Definition geeigneter Parameter, die den Reizzustand und das Leistungsniveau postoperativ an einem Gelenk aufzeigen können, so dass eine individuelle Bewegungstherapie realisiert und der Heilungsprozess optimal unterstützt werden kann. Zur Festlegung von Parametern werden sowohl Literaturrecherchen in elektronischen

Datenbanken als auch Befragungen von Ärzten, Therapeuten und den späteren Anwendern, sowie Testreihen mit verschiedenen Parametern, wie z.B. Schwellungsmessung, zugrunde gelegt. Hierbei ist es essentiell sowohl eine Überforderung, die mit Reizzuständen, als auch eine Unterforderung, die mit einer verminderten Belastbarkeitssteigerung des Gewebes einhergehen kann, zu vermeiden.

Auf Basis der Formulierung der medizinischen Wissensbasis erfolgt die „Mitarbeit bei der klinischen Testung“ des Demonstrators inBURG, bei der das IFR eng mit dem Projektpartner Federseeklinik zusammenarbeitet. Hier wird das Studiendesign inklusive Ethikantrag erarbeitet, um inBURG an Probanden und Patienten auf Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit zu testen. Bei der Testung werden insbesondere die ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekte (ELSI) in den Fokus genommen. Hierzu werden Patienten und Therapeuten aktiv in den Prozess der Studien- und Assessmententwicklung einbezogen. Ferner wird untersucht, inwieweit die definierten Parameter in der praktischen Anwendung geeignet sind, um den Reiz- und Leistungszustand zu erheben und eine effektive Therapie zu initiieren.

AKTUELLER STAND

Der Abschlussbericht wurde dem BMBF sowie der Technischen Informationsbibliothek (TIB) Hannover fristgerecht zugesandt. Die klinischen Testungen der Probanden und Patienten verliefen ohne Komplikationen und negative Ereignisse.

Die erarbeiteten und vom FWBI softwaretechnisch umgesetzten Entscheidungsbäume können prinzipiell bestehen bleiben. Auf Grundlage

einer größeren Datenbank, in die aber auch Messwerte von Patienten während der akutklinischen Behandlung einfließen sollten, könnten die prozentualen Veränderungsgrenzen der einzelnen Messwerte zunehmend präzisiert werden. So dürften bspw. Temperatur oder Umfang extremer ausgeprägt sein und größeren Veränderungen während einer Belastung unterworfen sein als im Rahmen der Rehabilitation.

Die relativ große Anzahl von Messpunkten sollte reduziert werden. So zeigte sich bspw. bei den Temperatur- und Druckmessungen eigentlich nur die frontale Messung als veränderungssensitiv.

Zwar zeigten die Umfangmessungen keine wesentlichen Unterschiede im Prä-Post-Vergleich, aber zwischen dem operierten und nicht-operierten Knie zeigten die Messpunkte 10 cm oberhalb des Kniegelenkspalts (KGS), Basis Patella, KGS sowie Apex Patella die größte Differenz. Daher sollte sich ggf. nur auf diese vier Messpunkte konzentriert werden.

Die Schmerzmessung sollte unbedingt erhalten bleiben, da diese online sowie offline wichtig ist.

Die Elektromyographie (EMG) -Messung gab lediglich Informationen darüber, wie die Eigenaktivität des Patienten während der Übungseinheit verlief. Es konnten keine Schutzspannungen gemessen werden, so wie sie entstünden, wenn der Patient z. B. aus Schmerz gegen die vom inBURG-Demonstrator vorgegebenen Bewegungsrichtung arbeiten würde. Möglicherweise könnte die EMG-Messung als redundant

gegenüber der Schmerzmessung angesehen werden. Für einen aufbereiteten Verlaufsbericht für den Therapeuten oder Arzt eignen sich die elektronischen Messungen und die Weiterverarbeitung in Kennzahlen und Diagramme sehr gut. Durch solch einen Kurzbericht, der auch digital hinterlegt und ständig eingesehen werden kann, können die Therapeuten in der Therapieplanung und -durchführung sowie die Ärzte beim Verfassen des Entlassungsberichts unterstützt werden. Die Benutzerzufriedenheit

war im Großen und Ganzen sehr positiv. Der eigenständige Umgang mit dem inBURG-Demonstrator ist für Patienten möglich. Das Anlegen von Sensoren bzw. Durchführen von Messungen sowie die Befestigung des Fußes muss durch einen Therapeuten durchgeführt werden. Ein Manuskript zur Reliabilität des elektronischen Maßbandes des inBURG Demonstrators soll zur Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift eingereicht werden.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

KOOPERATION

- Dr. Paul Koch GmbH (Verbundkoordination, Gesamtkonstruktion)
- FWBI - Friedrich Wilhelm Bessel Institut (Forschung und Entwicklung der Sensorik und Integration in das Gesamtsystem)
- Institut für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik, Universitätsklinikum Ulm (biomechanische Modelle)
- Velamed GmbH (Sensorik)
- Protendon GmbH & Co. KG (Sensorik, Schaltungstechnik)
- Moor-Heilbad Buchau gGmbH (klinische Testung)

5.9 ENTWICKLUNG UND ERPROBUNG EINES ROBOTER- GESTÜTZTEN GANGTRAINERS FÜR DIE GANGTHERAPIE (REAL TIME ADAPTIVE ENDEFFEKTORESYSTEM – RTAE)

PROJEKTZIEL: Ziel des Forschungsprojekts ist die Entwicklung und Erprobung eines roboterassistierten Gangtrainers, der dem Patienten eine auf ihn abgestimmte Rückmeldung zu seinem Gangmuster geben soll und sich an das individuelle Gangbild anpassen kann. Dieser Gangtrainer soll speziell für die Gruppe der Schlaganfallpatienten mit Beeinträchtigung des Ganges entwickelt werden.

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

HINTERGRUND

Die roboterassistierten Gangsysteme stellen eine Therapiemethode zur Steigerung der Trainingsintensität dar und ermöglichen so das Neuerlernen sowie die Verbesserung der Gehfähigkeit. Aktuell kommt in der Therapie ein Gangtrainer mit Endeffektorsystem zum Einsatz, der am Schuh des Patienten befestigt wird.

Die Bewegungen des Patienten werden dabei über einen Motorantrieb geführt. Dieser erlaubt unter Betreuung eines Therapeuten die Eigenaktivität des Patienten, jedoch erhält der Patient dabei keine Rückmeldung zu seinem Gangmuster.

Damit wird die Körperwahrnehmung nicht optimal gefördert und das Potential für eine eigene Kraftentwicklung wird nicht ausgeschöpft. Daher soll das bisherige roboterassistierende Endeffektor Gangsystem um ein Rückmelde-

system erweitert werden. Die Patienten sollen in ihrer Eigenaktivität durch eine synchrone Rückmeldung aktiv und in Echtzeit unterstützt werden, um das Gangmuster zu verbessern und das Gleichgewicht zu trainieren. Dabei wird der Gangtrainer mit weiterer Sensorik und Mechanik zur Erfassung des Gangzyklus ausgestattet.

METHODIK

In enger Zusammenarbeit mit den Projektpartnern wurde auf Basis von Positionspapieren aus der Medizintechnik sowie bestehender Literatur aus der Robotik ein Konzept zur Sicherheit und Ergonomie verfasst. Im Bereich „Sicherheit“ wurden mögliche Sturzgefahren und Sicherheitsproblematiken aufgezeigt.

Anschließend wurden Lösungsansätze für die elektrische und mechanische Sicherheit sowie für die Software beschrieben. Bei der Ein-

schätzung der Gefahren in der „Ergonomie“ wurde besonderen Wert auf das System der Körpergewichtsentlastung und auf die ergonomische Arbeitsweise für Therapeuten gelegt. Hierfür wurden ebenfalls Lösungsansätze zur Gurtkonstruktion, zu Schutzabdeckungen und Abstützmöglichkeiten verfasst. Das Konzept wurde in die finale Entwicklung des Prototyps einbezogen.

Um die finale Auslegung des Prototyps vorzunehmen, war eine Pilotstudie zur Anwendbarkeit und Benutzerfreundlichkeit des Prototyps im November 2020 geplant. Diese Pilotstudie musste jedoch aufgrund der Covid-19-Pandemie im Hinblick auf die Sicherheit der Probanden und Studienmitarbeiter abgesagt werden. Das Ziel der Pilotstudie hätte darin bestanden, mit Hilfe eines Fragebogens die Benutzerfreundlichkeit, die Bedienbarkeit und die Sicherheit des Prototyps zu prüfen. Darüber hinaus wären gangrelevante Messdaten wie Druck- und Kraftverläufe und Muskelaktivität erfasst worden. Voraussichtlich kann diese

Pilotstudie in einem neu beantragten Folgeprojekt nachgeholt werden.

AKTUELLER STAND

Aufgrund einer Verzögerung beim Bau des Prototyps wurde das Projekt um fünf Monate bis zum 31.12.2020 kostenneutral verlängert.

In enger Zusammenarbeit mit den Projektpartnern wurden Konzepte zur Ergonomie und Sturzsicherheit entwickelt. Im November 2020 hätten die Messungen zur Anwendbarkeit und Benutzerfreundlichkeit des Prototyps stattfinden sollen. Diese wurden jedoch aufgrund der Covid-19-Pandemie abgesagt. Voraussichtlich erfolgt stattdessen eine Experteneinschätzung des Prototyps durch die Projektleitung. Zum Abschluss des Projekts wird in Zusammenarbeit aller Projektpartner ein Abschlussbericht erstellt, der dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie Ende 2020 vorgelegt werden soll.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie; ZIM- Förderprojekt

KOOPERATION

- medica Medizintechnik GmbH (Entwicklung der adaptiven Mechanik)
- zebris Medizintechnik GmbH (Entwicklung der Drucksensor, IR-Sensorik und On-board-Datenverarbeitung)
- Ruhr-Universität Bochum, Lehrstuhl für Produktentwicklung (Entwicklung einer Gangzyklusprognose und Umsetzung der Impedanzregelung)

5.10 FORMATIVE EVALUATION DES KONZEPTS

„PSYCHOSOMATIK – AUFFANGEN, UNTERSTÜTZEN, LEITEN UND INTEGRIEREN (PAULI)“

PROJEKTZIEL: Ziel des Forschungsprojekts ist die Evaluation, Modifikation und Verbesserung des Konzepts „Psychosomatik – Auffangen, Unterstützen, Leiten und Integrieren“ (PAULI). Weiterhin soll der subjektive Nutzen des Patienten durch die Behandlung nach diesem Konzept erfasst werden.

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

HINTERGRUND

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage, die auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind, hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten mehr als verdoppelt. Zeitgleich werden aktuell nur 10-15% der psychisch Erkrankten mit Behandlungsbedarf auch tatsächlich fach-psychotherapeutisch/-psychiatrisch behandelt. Um die derzeit vorhandenen ambulanten Versorgungsangebote zu ergänzen und Patienten eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen, wurde das sechswöchige Behandlungskonzept PAULI (Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren) entwickelt. PAULI richtet sich an Patienten, die arbeitsunfähig und (noch) nicht in einer psychotherapeutischen Behandlung sind. Ziel ist die Reduktion psychosomatischer Symptome sowie eine schnelle Rückführung in das Berufsleben oder die Vorbereitung auf eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme. Das Konzept orientiert sich an dem ICF-Modell der WHO und beinhaltet neben verhaltenstherapeutischen,

tiefenpsychologischen und systemischen Verfahren auch körperpsychotherapeutische und achtsamkeitsbasierte Maßnahmen.

METHODIK

Im Rahmen dieser Studie wurde das PAULI-Behandlungskonzept anhand eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs formativ evaluiert. Dazu wurden PAULI-Teilnehmer zu drei verschiedenen Messzeitpunkten befragt: zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung sowie ein Jahr nach Beendigung der PAULI-Behandlung (Katamnese). Mittels Fragebögen wurden bei den Teilnehmern zum einen soziodemografische Merkmale, der Erwerbsstatus sowie vorausgegangene Behandlungen erhoben. Zum anderen wurden die Zieldimensionen „Besserung der Beschwerden auf psychosozialer Ebene“, „Besserung von Beschwerden auf der somatischen Ebene“, „Zielsetzung auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe“ und „Zielsetzung auf edukativer Ebene“ erfasst. Um nicht nur die Patienten-

sondern auch die Therapeutenperspektive zu berücksichtigen, erfolgte bei Aufnahme und Entlassung eine Bewertung des Gesundheitszustandes durch die Therapeuten. Zur Modifikation und Verbesserung des PAULI-Konzeptes wurden den Teilnehmern bei Entlassung Fragen zur Zufriedenheit mit der Betreuung durch verschiedene Berufsgruppen und mit den verschiedenen Therapiebereichen gestellt. Zum anderen sollten die Teilnehmer Verbesserungsvorschläge und Angaben zu positiven Aspekten der PAULI-Behandlung machen. In der Katamnesebefragung wurden schließlich die Anwendbarkeit des Erlernten im Alltag und Beruf sowie der Gesundheitszustand im Folgejahr der PAULI-Behandlung untersucht.

AKTUELLER STAND

Die Katamnesebefragung wurde im zweiten Quartal 2020 abgeschlossen. Zur Steigerung der Rücklaufquote wurde vier Wochen nach Versand des Katamnesebogens ein Erinnerungsschreiben an die Teilnehmer versandt. Dies konnte jedoch zu keiner substantziellen Erhöhung der Rücklaufquote beitragen.

Die Vorbereitungen für die statistischen Auswertungen wurden im dritten Quartal 2020 begonnen und erste statistische Ergebnisse

generiert. Die Ergebnisse für die Versicherten mit psychosomatischen Erkrankungen wurden 2020 in einem Abschlussbericht zusammengefasst und in das Projekt im November 2020 abgeschlossen. Diese zeigen, dass das PAULI-Programm in der Lage ist, die Teilnehmer in eine geordnete psychosoziale Behandlungsstruktur zu integrieren.

Das PAULI-Programm trug dazu bei, dass 69,2% der Probanden eine rehabilitative Behandlung danach anstrebten. Diese unterteilte sich in 41% ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und 28,2% stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Zusammenfassend kann dargestellt werden, dass das PAULI-Programm das Potenzial aufbringt psychisch erkrankte Personen in eine geordnete Behandlungsstruktur zur überführen und Verbesserungen sowohl in ihrer Leistungsfähigkeit, als auch in ihrem Allgemeinbefinden hervorzubringen. Zudem ist es in der Lage, die psychische Verfassung der Teilnehmer zu stärken. Besonders geeignet ist das PAULI-Programm für Personen, die an der Erkrankung Depression leiden. Der PAULI-Maßnahme ist es zu verdanken, dass die Teilnehmer den Mehrwert einer psychosozialen Behandlung erkannten und die Weitsicht entwickelten sich auch nach Beendigung der PAULI-Maßnahme in professionelle nachgelagerte Behandlungsstrukturen zu begeben.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Institutionsmittel

KOOPERATION

- medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG

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

PROJEKTZIEL: Im Rahmen der geplanten Studie erfolgt eine Modifikation der Eigenaktivitätsphase eines Präventionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung (ehemals Betsi). Die sechsmonatige Eigenaktivitätsphase des Präventionsprogramms kann innerhalb der Studie entweder wie bisher durchgeführt, 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. Hoffmann ✉ belinda.hoffmann@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 ein Präventionsprogramm entwickelt, welches in drei Phasen gegliedert ist: 1. in eine Initialphase, 2. eine dreimonatige Trainingsphase, sowie 3. eine sechsmonatige Eigenaktivitätsphase ohne weitere Präsenztermine. Zum Abschluss findet am Ende des Programms eine Auffrischung des Erlernten im Rahmen des sogenannten Refresher-Tages statt. 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 die 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 eine sinnvolle Ergänzung der klassischen Präventionsleistungen dar. Zudem lassen sich digitale Angebote

besser in den normalen Tagesablauf integrieren, wodurch Personenkreise erreicht werden können, die aus beruflichen oder privaten Gründen die Präventionsmaßnahme nicht in Anspruch nehmen würden.

METHODIK

Innerhalb der geplanten Studie wird die sechsmonatige Eigenaktivitätsphase zum einen im klassischen Präventionsmodell durchgeführt (Modell 1) und zum anderen entweder durch 12 Präsenztermine im medicos.AufSchalke (Modell 2) oder durch online-basierte Maßnahmen (Modell 3) ergänzt. Durch die Begleitung sollen die Teilnehmer unterstützt werden, dass in der Initial- und Trainingsphase erlernte, gesundheitsfördernde Verhalten auch in der Eigenaktivitätsphase beizubehalten bzw. auszubauen.

Die Teilnehmer im Modell 2 werden deshalb während der Eigenaktivitätsphase weiterhin persönlich von Therapeuten betreut, indem Präsenztermine 14-tägig durchgeführt werden. 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. Der Umfang der zusätzlichen 12 Einheiten á 90 Minuten sowie die Inhalte aus den Bereichen Ernährung, Entspannung, Edukation

und Bewegung sind dabei in Modell 2 und 3 gleich gehalten.

Die Evaluation der beiden neuen Modelle 2 und 3 im Vergleich zum klassischen Präventionsmodell 1 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 -zustand, 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

Für das Forschungsvorhaben wurden im zweiten und dritten Quartal 2019 Ethikanträge bei der Landesärztekammer Westfalen-Lippe sowie der Ethikkommission an der Universität Ulm gestellt. Ein positives Ethikvotum lag vor Beginn der Studie von beiden Kommissionen vor. Im selben Zeitraum wurden bereits (Online-) Fragebögen auf Basis standardisierter Instrumente (z.B. WAI, AVEM, IRES-3) entwickelt. Zudem wurde ein Informationsschreiben sowie ein Aufklärungsbogen der Studienteilnehmer verfasst. Die Testbatterie wurde anhand der

bisher im Rahmen des Präventionsprogramms bestehenden Diagnostik (Anamnese, körperliche Untersuchungen) erstellt bzw. ergänzt. Der Ablauf der Messungen und das Vorgehen wurden standardisiert und Schritt für Schritt festgelegt. Die Rekrutierung der Teilnehmer startete nach Abschluss der Vorbereitungen im September 2019.

Durch die Covid-19 Pandemie musste das Projekt zeitweise unterbrochen werden. Aufgrund der noch immer bestehenden erhöhten Hygienemaßnahmen in sämtlichen Gesundheits-

einrichtungen und Sportvereinen ist die Anzahl der Teilnehmer reduziert. Des Weiteren ist auch die Rekrutierung insgesamt erschwert. Aus diesen Gründen soll die Rekrutierung von Studienteilnehmern auf das Jahr 2021 ausgeweitet werden. Inklusive Katamnese soll die gesamte Datenerhebung im vierten Quartal 2022 abgeschlossen sein. Anschließend werden die Daten anonym am IFR ausgewertet und die Ergebnisse in einem Abschlussbericht zusammengefasst sowie für eine wissenschaftliche Veröffentlichung aufbereitet.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Westfalen
- Eigenmittel

KOOPERATION

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

5.12 EVALUATION EINER TELE-REHA-NACHSORGEMAßNAHME

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

ANSPRECHPARTNER: Dr. PH S. Knapp ✉ sebastian.knapp@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5205

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 für eine größere Rehabilitanden-gruppe zugänglich machen. Die Online-Plattform Caspar ermöglicht eine indikationsübergreifende, internetbasierte Nachsorgemaßnahme 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-Nachsorge-Maßnahme erfolgt anhand einer prospektiven multizentrischen Studie mit Teilrandomisierung (Comprehensive Cohort Design). Studienrelevante Parameter (z.B. subjektiver Gesundheitszustand) der Tele-Nachsorge-Teilnehmer werden mit denen von Teilnehmern, die die herkömmliche face-to-face Nachsorge erhalten (z.B. IRENA-Teilnehmer), verglichen. Ziel ist es, erste Aussagen über die Wirksamkeit der Maßnahme 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 Intervention + 300 Kontrollen) angestrebt.

Davon sollen ca. 85% (n=510) der Teilnehmer eine orthopädische Indikation und ca. 15% (n=90) der Teilnehmer eine kardiologische und/oder neurologische Indikationen haben. Die Rekrutierung erfolgt in 13 ambulante Rehabilitationszentren der Nanz medico GmbH & Co. KG in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Es sollen folgende Zielgrößen betrachtet werden: Anteil Nicht-Anreter bzw. Abbrecher-Quoten, subjektiver Gesundheitszustand, Funktionsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme, Erwerbsstatus, Zufriedenheit der Patienten und Therapeuten.

Unterschiede zwischen den Gruppen werden mittels deskriptiver Statistik und multivariater Regressionsanalyse analysiert. Sofern hinsichtlich des Veränderung des subjektiven Gesundheitszustandes zwischen den Gruppen zumindest Gleichwertigkeit gezeigt werden kann und sich gleichzeitig die Nicht-Anreter- oder Abbrecher-Quote durch die Einführung der Tele-Nachsorge verringert bzw. stabil bleibt, steht Versicherten, insbesondere denjenigen, die am klassischen Nachsorgeangebot nicht oder nur mit einem hohen organisatorischen Aufwand teilnehmen können (z.B. Schichtarbeiter, ländlicher Raum), eine interessante Nachsorgealternative zur Verfügung.

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 auch Rehabilitationszentren während sowie nach dem Lockdown geschlossen waren.

Seit dem 01. August 2020 werden in den Reha-Zentren wieder Patienten rekrutiert. Da die angestrebte Fallzahl (n=300) von Patienten der face-to-face Nachsorge erreicht ist, werden ab dem 01. September 2020 nur noch Patienten, die eine Tele-Reha-Nachsorge antreten, in die Studie eingeschlossen. Die Nachbefragung der face-to-face Nachsorgepatienten läuft noch bis Q2/ 2021 weiter. Bis zum Jahresende sollen alle bereits vorliegende Fragebögen in eine Datenbank eingepflegt und mit der Analyse der Daten begonnen werden. Zusätzlich soll bis Ende des Jahres eine Zwischenauswertung, der bis dahin vorliegende Fälle, erfolgen. Diese Ergebnisse werden dann im Zwischenbericht zusammengestellt.

Finanzierung/Fördermittel

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

KOOPERATION

- 6 ZAR Kooperationskliniken aus Rheinland-Pfalz
- 7 ZAR Kooperationskliniken aus Baden-Württemberg
- Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA)

5.13 ENTWICKLUNG EINES REHA-OUTCOME-INDEX ALS ELEMENT DER KLINIKBEWERTUNG UND INSTRUMENT EINES QUALITÄTSORIENTIERTEN BENCHMARKING 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 nutzen. 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

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. Beitragszahlung).

In diesem bundesweit 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. 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 (z.B. Arbeitsmarkt oder Versicherungsstruktur)

auch die Integration in das Erwerbsleben beeinflussen können.

Ein entsprechendes Projektkonzept wurde gemeinsam mit den Kooperationspartnern ausgearbeitet und bei den DRVen Baden-Württemberg, Bayern Nord, 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 werden Informationen aus den Fragebogendaten, den Routinedaten und den Kennzahlen aus dem Qualitätsmanagement genutzt. Dabei sollen prognostisch relevante Faktoren für das Rehabilitationsergebnis und die spätere berufliche (Wieder-)Eingliederung ermittelt werden. Dazu werden komplexe statistische Verfahren (u.a. Kovarianzanalysen und Mehrebenenmodelle) genutzt. Die so gewonnenen Ergebnisse geben Hinweise auf günstige bzw. ungünstige Versorgungssituationen in bestimmten Patientengruppen, können aber auch für sachgerechte Einrichtungsvergleiche genutzt werden.

AKTUELLER STAND

Durch die drei beteiligten Rentenversicherungsträger wurden die entsprechenden Daten aus den Reha-Statistik-Datenbasen (RSD) des Jahres 2017 anonymisiert bereitgestellt.

Ferner versandten sie 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 bereits erste Auswertungen der Fragebögen vor.

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. Schwierig war dabei mitunter die Zuordnung des Fragebogens zur richtigen Reha-Maßnahme, wenn die Betroffenen mehrere Reha-Maßnahmen durchlaufen hatten. Die weiteren Auswertungen erfolgen gemeinsam mit der GfQG auf Basis des zusammengeführten Datensatzes.

Für die Analysen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung stand einstweilen nur die RSD 2017 zur Verfügung, so dass der Erwerbsstatus der Studienteilnehmer lediglich ein halbes Jahr nach Rehabilitationseende ausgewertet werden konnte. Für Anfang 2020 ist die Übermittlung anonymisierter Daten aus der RSD des Jahres 2018 der beteiligten Rentenversicherungsträger an das IFR geplant, so dass dann der Nachbeobachtungszeitraum auf 18 Monate ausgedehnt werden kann und weitere Analysen zur mittelfristigen (Re-)Integration in das Erwerbsleben durchgeführt werden können.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

KOOPERATION

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

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

PROJEKTZIEL: Ziel der geplanten Studie ist die Prozess- und Ergebnis-Evaluation 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 im Rahmen 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 die einhergehenden 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. Abhängig von der Schwere der neurologischen Beeinträchtigungen ist es Patienten allerdings 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 Erwerbs-

tätigkeit wäre jedoch möglich, wenn die Versicherten während der gesetzlichen StWE individuell mit Therapieleistungen in 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 noch nicht. Das Modellprojekt schließt diese Lücke durch eine Modifikation der klassischen StWE. Zum einen sollen durch ergänzende Reha-Tage, der Gesundheitszustand und die arbeitsplatzrelevanten Fähigkeiten während der Wiedereingliederung weiterhin trainiert und verbessert werden. Zum anderen wird die StWE nicht nach einem festgelegten Stunden-schemata 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 neurologisch bedingter Defizite nicht in der Lage sind, eine klassische StWE zu absolvieren, eine frühzeitige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit ermöglicht werden.

METHODIK

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

Die Ergebnis-Evaluation beruht auf zwei Datenquellen. So werden zum einen aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 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 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. sozio-demographische Merkmale, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit erfasst. Aus den Ergebnissen dieser Befragungen soll u.a.

abgeleitet werden, welcher Personenkreis besonders von START profitieren kann, so dass Empfehlungen für die Zuweisung abgeleitet werden können. Um nicht nur die Patientenperspektive, sondern auch die Arzt- und Arbeitgeberperspektive zu beleuchten, erfolgt zusätzlich 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

Das Modellvorhaben startete im Januar 2020. Zu Beginn der Projektphase erfolgten im Januar 2020 ein Kick-off Treffen mit allen beteiligten Projektpartnern sowie im Anschluss die Vorbereitung der Datenerhebung (Entwicklung der Fragebögen, Verfassen des Ethikantrags) und die Schulung der Mitarbeiter in den Einrichtungen. Im Juni 2020 konnte dann die Rekrutierung der Patienten in den Einrichtungen gestartet werden. Bis zum jetzigen Zeitpunkt konnten bereits 8 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Die Rekrutierung der START-Teilnehmer sowie die Befragungen der Teilnehmer, der Ärzte und der Arbeitgeber werden noch bis Ende 2021 fortgesetzt werden.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

KOOPERATION

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

5.15 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 und Mitarbeitern der Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter sowie mitwirkende Therapeuten bzw. Ärzte bringen.

Ansprechpartner: K. Dietzel ✉ katharina.dietzel@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5107

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 der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit zu verringern und die Chance auf eine 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 und die Teilnehmer über eine längere Dauer (9 Monate) als bisher begleitet 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. Modifizierte Inhalte sind u.a. die Stärkung der psychischen Widerstandskraft (Resilienz), die Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie die Befähigung zum besseren Umgang mit Konflikten und knappen Ressourcen, die mit der Arbeitslosigkeit einhergehen (Empowerment).

METHODIK

Zielgruppe des Modellprojekts sind Arbeitslose mit Arbeitslosengeld (ALG) I und Langzeitarbeitslose mit ALG II-Bezug mit bestehenden Risikofaktoren bzw. -verhalten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die PrävaAlo-(Studien-)Teilnehmenden durchlaufen nach der Initialphase, eine neunmonatige Trainingsphase und ein abschließendes Refresher-Wochenende. Für die Evaluation des Modellprojekts ist eine Stichprobengröße von ca. 300 Teilnehmern vorgesehen. Der Erkenntnisgewinn wird durch eine fortlaufende Evaluation des Modellvorhabens sichergestellt. Die Datenerhebung mittels Fragebogenbefragung bei den Teilnehmern erfolgt zu Beginn, am Ende sowie 12 Monate nach Abschluss des Präventionsprogramms zum physischen und psychischen Gesundheitszustand, zu bestehenden Risikofaktoren, zum Gesundheitsverhalten sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zudem wird nach Maßnahmenende die Zufriedenheit mit dem Präventionsprogramm erfasst. Die subjektiven Angaben werden mit Zahlen zur Teilnehmer- und Abbrecher-Quote ergänzt.

Auch eine Befragung der Mitarbeiter in den Arbeitsagenturen und Jobcentern sowie der Therapeuten und Ärzte in den Rehabilitationseinrichtungen ist im Rahmen der Evaluation des Modellvorhabens vorgesehen.

AKTUELLER STAND

Die Vorbereitungsphase des Projekts wurde am 30.06.2020 abgeschlossen. In dieser Phase wurden die Erhebungsinstrumente entwickelt, das Datenschutzkonzept und der Ethikantrag erstellt sowie die Datenerhebung vorbereitet. Seit dem 01.07.2020 rekrutierte die DRV BW Teilnehmer für die Präventionsmaßnahme PrävaAlo. Vor dem Maßnahmenstart im Oktober 2020 wurden die beteiligten Rehabilitationseinrichtungen zur formativen Evaluation geschult. Am 26.10.2020 startete die erste Initialphase im Gesundheitszentrum Federsee. Seit diesem Zeitpunkt werden PrävaAlo-Studienteilnehmer in den Rehabilitationskliniken rekrutiert und die Datenerhebung mittels Fragebögen und Diagnostikdaten ist angelaufen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Baden-Württemberg

5.16 FORMATIVE EVALUATION DES GKV-Ü35-GESUNDHEITS-CHECKS 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 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: M. Jost ✉ marina.jost@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5106

HINTERGRUND

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

Zusätzlich wird die Erwerbsfähigkeit mit dem Work Ability Index (WAI) ermittelt. Der WAI ist ein international anerkanntes Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Auch im neuen Gesundheitscheck der Deutschen Rentenversicherung, der Versicherten ab dem 45. Lebensjahr angeboten wird und der derzeit hinsichtlich Akzeptanz, Zufriedenheit und Barrieren bzw. Förderfaktoren der Inanspruchnahme bei Pflegekräften erprobt wird, kommt 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 deutlich zugenommen und betreffen mit einer steigenden Tendenz bereits jüngere Versicherte. 21 % der Personen mit einer Erwerbsminderungsrente aufgrund von psychischen Erkrankungen sind jünger als 45 Jahre. Daher muss bereits früh diesbezüglich vorgebeugt werden.

Ziel des Modellprojekts „Ü35-Check+“ ist es, den Bedarf an Unterstützung zur 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 von <44 Punkten (max. mögliche Punktzahl: 49) entsprechende Leistungen eingeleitet werden. Zielgruppe des „Ü35-Check+“ sind dabei

sozialversicherungspflichtige Beschäftigte und Bezieher von Arbeitslosengeld I bzw. von Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld).

METHODIK

Die Studie hat ein Zweigruppendesign mit einer Interventionsgruppe (Teilnehmer des Modellprojekts) sowie einer Vergleichsgruppe. In die Interventionsgruppe werden alle Versicherten der DRV Baden-Württemberg eingeschlossen, die das Angebot für einen „Ü35-Check+“ bei ihrem Hausarzt in Anspruch nehmen, 35 Jahre und älter sind sowie entweder sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind oder Arbeitslosengeld I bzw. Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld) beziehen. Für die Vergleichsgruppe kommen zum einen Versicherte anderer gesetzlicher Rentenversicherungsträger (z.B. DRV Bund) infrage, da das Angebot für einen „Ü35-Check+“ derzeit 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. Da für die Versicherten aus der Vergleichsgruppe keine Möglichkeit besteht, tatsächlich am Modellprojekt „Ü35-Check+“ teilzunehmen, werden diese über den Ablauf und Inhalt des Angebots für einen „Ü35-Check+“ anhand eines Informationsschreibens der DRV Baden-Württemberg informiert.

Bei Personen, die den Schwellenwert des WAI von 44 Punkten unterschreiten, wird die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen zwischen Teilnehmern des Modellprojekts

(Interventionsgruppe) 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 können.

Um weiterhin zu prüfen, welche Altersklassen ab 35 Jahren Präventions- und welche eher Rehabilitationsbedarf aufweisen, wird zusätzlich eine Subgruppenanalyse über das Alter der Teilnehmer durchgeführt, bei der die Art der Empfehlung und die Inanspruchnahme der Leistungen zwischen den Altersgruppen verglichen wird. 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 darüber hinaus das Angebot „Ü35-Check+“ bewerten. Dadurch sollen Hinweise auf den Bedarf an Veränderungen hinsichtlich der Ausgestaltung des Angebots gewonnen werden.

Des Weiteren soll eine qualitative Befragung der niedergelassenen Ärzte der Allgemein- und Inneren Medizin u. a. zur Ausgestaltung des Modellprojekts sowie zur Akzeptanz des neuen Angebots anhand leitfadengestützter Interviews erfolgen.

AKTUELLER STAND

Anfang des Jahres 2020 erfolgte eine Schulung der Ärzte aus der Modellregion zu ihren Aufgaben im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts. Mit der Durchführung des „Ü35-Check+“ begannen die Ärzte Mitte des ersten Quartals 2020. Aufgrund der Covid-19-Pandemie musste die Durchführung im zweiten Quartal aussetzen und konnte erst Mitte des Jahres 2020 wieder aufgenommen werden. Das positive Votum der Ethikkommission der Uni Ulm lag im ersten Quartal des Jahres 2020

und das ergänzende Votum der Landesärztekammer Baden-Württemberg im zweiten Quartal des Jahres 2020 zu Beginn der Rekrutierungsphase vor. Die Befragung der Teilnehmer am Modellprojekt und der Vergleichsgruppe startete Mitte des Jahres 2020.

In der zweiten Jahreshälfte wurde mit den Vorbereitungen für die geplanten Analysen der gewonnenen Fragebogendaten und für die leitfadengestützten Interviews mit den niedergelassenen Ärzten begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg

5.17 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 die Ableitung von Empfehlungen für eine Überleitung in die Regelversorgung. Am IFR Ulm wird die modellhafte Erprobung der unfallchirurgisch-orthopädischen Patienten wissenschaftlich begleitet.

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

☎ 07582 800 – 5202,

K. Dietzel ✉ katharina.dietzel@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5107

HINTERGRUND

Das Vergütungssystem nach DRG (diagnosis related groups) setzt Anreize für eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Patienten verfügen häufig bei Entlassung aus der Klinik 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 Verfall 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 wird und die Rehabilitationsziele erreicht werden. Infolgedessen soll sowohl der Nachsorgebedarf sowie das Risiko für Wiederaufnahmen im Krankenhaus und Komplikationen verringert als auch die Erwerbs- und Pflegeprognose positiv beeinflusst werden.

Die rehabilitative Kurzzeitpflege ist ein trägerübergreifendes Angebot der Kranken- und Pflegeversicherung für ältere (geriatrische) und/oder Patienten nach unfallchirurgisch-orthopädischen Akutereignissen mit oder ohne vorbestehenden Pflegegrad, bei denen nach dem Akutaufenthalt eine Rehabilitation erforderlich und die Rehabilitationsprognose positiv ist, jedoch noch keine Rehabilitationsfähigkeit vorliegt. Die rehabilitative Kurzzeitpflege erfolgt in Rehabilitationseinrichtungen, die über multiprofessionelle Teams mit pflegerischen und therapeutischen Kompetenzen verfügen.

Die rehabilitative Kurzzeitpflege wird im orthopädisch-/unfallchirurgischen Bereich an drei Modellstandorten (Rehaklinik Sonnhalde in Donaueschingen, cts Sankt Rochus Klinik in Bad Schönborn, Federseeklinik in Bad Buchau) durchgeführt.

Die Zuweisung der Patienten zur rehabilitativen Kurzzeitpflege erfolgt auf Basis eines Screenings. Während der Maßnahme wird die Rehabilitationsfähigkeit regelmäßig überprüft. Sobald diese erreicht ist, wird die Rehabilitation anhand eines vereinfachten Antragsverfahrens

der Sozialversicherungsträger eingeleitet. Dabei erfolgt eine trägerübergreifende Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Rentenversicherung zum reibungsfreien Sektorenübertritt und um den Verwaltungsaufwand durch Verschlinkung gemeinsamer Prozesse zu verringern. Hierdurch wird eine zeitgenaue und zielgerichtete Versorgungssteuerung gewährleistet.

METHODIK

Die Evaluation der rehabilitativen Kurzzeitpflege erfolgt anhand einer prospektiven multizentrischen Beobachtungsstudie. Dabei erfolgt 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). Es erfolgt eine Parallelisierung der Interventions- und Kontrollgruppe im Hinblick auf den Bedarf an rehabilitativer Kurzzeitpflege.

In die Interventions- und Kontrollgruppe werden jeweils 200 unfallchirurgisch-orthopädische Patienten eingeschlossen. Quantitative Datenerhebungen werden bei Entlassung aus der Akutklinik bzw. zu Beginn von REKUP, bei Beginn und Ende der AHB sowie ca. sechs Monate nach Entlassung aus REKUP bzw. Übergangszeit durchgeführt.

Hauptzielgrößen sind die Quote der Entlassun-

gen in das häusliche Umfeld mit und ohne Pflege bzw. in die Langzeitpflege, der vorübergehende Pflegegrad sowie Komplikationen, Rückverlegungen in den Akutsektor und Versterben. Detailziele sind der körperliche und psychische Funktions- und Gesundheitszustand, die Selbständigkeit bzw. Alltagskompetenz sowie die Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Versorgung. Es wird die Rehabilitationsfähigkeit, der Nachsorgebedarf und der Erwerbsstatus betrachtet. Gruppenvergleiche erfolgen anhand von Dependenzanalysen.

Die formative Evaluation erfolgt anhand von Fokusgruppen mit den an der Umsetzung der rehabilitativen Kurzzeitpflege beteiligten Leistungserbringern sowie mittels Telefoninterviews mit den Sozialdiensten zuweisender Akutkliniken. Dabei werden sowohl die Praktikabilität der Implementierungsstrategie sowie die Strukturen und Prozesse als auch der entsprechende Optimierungsbedarf untersucht. Ebenso werden die Differenzierungsfähigkeit der Zuweisungskriterien für die rehabilitative Kurzzeitpflege und der Kriterien für die Rehabilitationsfähigkeit sowie die Eignung der Leistungsinhalte der rehabilitativen Kurzzeitpflege für die Zielgruppe betrachtet.

Im Zuge einer ökonomischen Evaluation werden anhand von Krankheits-, Heil- und Hilfsmittel- sowie Pflegekosten die Kosteneffekte sowie die Anreize an den Grenzen zwischen den Sozialversicherungssystemen analysiert. Darauf aufbauend werden kosten- und ergebnisorientierte Modelle, ggf. differenziert nach Patientengruppen bzw. beteiligten Sozialversicherungsträgertypen, konzipiert, die angemessenen Anreize zur Umsetzung der rehabilitativen Kurzzeitpflege generieren. Die Modelle werden

auf Basis gesundheitspolitischer Kriterien bewertet und regulative Umsetzungsschritte beschrieben.

Um den Transfer in die Regelversorgung vorzubereiten, wird ein Manual erarbeitet, in dem die Zuweisungskriterien für die rehabilitative Kurzzeitpflege und Kriterien für die Überleitung in die AHB definiert sowie Inhalte, Strukturen und Prozesse der rehabilitativen Kurzzeitpflege festgelegt werden.

Außerdem werden Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierungsstrategie abgeleitet und Vergütungsmodelle an den Schnittstellen von SGB V, SGB VI/IX und SGB XI entwickelt. Eine parallele Evaluation für geriatrische Patienten erfolgt am Lehrstuhl in Heidelberg.

AKTUELLER STAND

Im Jahr 2020 wurden die Kooperationsvereinbarung und der Auftragsdatenverarbeitungsvertrag (inkl. Anlagen) gemäß DS-GVO in Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten erstellt. Die im Jahr 2019 begonnene Rekrutierung von teilnehmenden Akutkliniken wurde fortgeführt.

Zudem wurde der Ethikantrag bei der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg eingereicht, wobei die Studie im Februar ein positives Votum erhielt. Aufgrund der Covid-19-Pandemie musste die Studie dann für mindestens sechs Monate pausiert werden, da keine Regelversorgung in den Akuthäusern mehr durchgeführt wurde und auch die Zu- und Abverlegungen nicht mehr den bisherigen Regeln folgte, sondern Coronabedingt

angepasst werden musste. Seit September 2020 stabilisiert sich die Versorgungssituation in den Akuthäusern langsam wieder, so dass die Projektstätigkeit langsam fortgesetzt werden kann. Sofern die Projektstätigkeiten im vierten Quartal 2020 wieder vollständig aufgenommen werden kann, werden die Vorarbeiten abgeschlossen.

Diese umfassen die Schließung der erforderlichen Verträge zwischen den Akut-, Modellrehabilitationskliniken und dem IFR Ulm sowie die Schulung der Akut- und Modellkliniken und der Studienassistenten. Außerdem wird in der Modellregion sowie in der Vergleichsregion mit der Datenerhebung bei der Kontrollgruppe begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfond

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

5.18 ADJUSTIERUNG DES SOZIALMEDIZINISCHEN VERLAUFS NACH MEDIZINISCHER REHABILITATION (SMV)

PROJEKTZIEL: Ziele des von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) ausgeschrieben Projektes sind die Entwicklung einer Adjustierungsstrategie für den sozialmedizinischen Verlauf sowie die Entwicklung eines anwenderfreundlichen Rückmeldekonzepthes zur Darstellung adjustierter Ergebnisse. Ferner soll geprüft werden, ob sich der sozialmedizinische Verlauf als Qualitätsindikator für eine gelungene Rehabilitation eignet.

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 diese Bewertung wird ein fairer Vergleich von Reha-Fachabteilungen ermöglicht.

Um den sozialmedizinischen Verlauf nach medizinischer Rehabilitation ebenfalls möglichst fair zwischen Fachabteilungen zu vergleichen, müssen Einflüsse aus ergebnisrelevanten vorbestehenden Merkmalen der Rehabilitanden berücksichtigt werden, welche die Fachabteilungen selbst nicht zu verantworten haben. Ferner soll geprüft werden, ob sich der sozialmedizinische Verlauf als Qualitätsindikator für eine gelungene Rehabilitation eignet.

METHODIK

Bei den Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf nach einer Rehabilitation werden

die Routinedaten der Rentenversicherung, die anonymisierte Angaben zu 23 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 zu verantworten haben. Die Ergebnisse der Analysen fließen in das Adjustierungsmodell ein, anhand dessen der Erfüllungsgrad des Rehabilitationserfolgs bzgl. der beruflichen Wiedereingliederung angepasst und somit fachabteilungsübergreifend vergleichbar gemacht werden kann. Auf Basis des vorgeschlagenen Adjustierungsmodells wird 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 beinhalteten.

Zusammen mit der DRV Bund wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt und somit die Stichprobe definiert. Nicht in den Analysen berücksichtigt wurden zum Beispiel Maßnahmen des Typs stufenweise Wiedereingliederung oder Präventionsleistungen. Es wurden die Routinedatensätze aller 16 Deutschen Rentenversicherungsträger mit Rehabilitationsmaßnahmen aus den Jahren 2014 bis 2016 eingeschlossen, von denen insgesamt $N=2.014.714$

Reha-Maßnahmen in die Analysen einfließen konnten.

Im Jahr 2020 werden voraussichtlich 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 einer 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 in Form von 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 4 Jahre)
- Anteil Rehabilitanden in Beschäftigung 3 Monate vor Reha in Fachabteilung

Zusätzlich wurden indikationsspezifische Ein-

flussfaktoren identifiziert, wie zum Beispiel Komorbiditäten und Diagnoseuntergruppen (u.a. TEP und RSM für Orthopädie oder Persönlichkeitsstörung und Dysthymia für Psychosomatik). Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein Rückmeldekonzepes zur Darstellung des adjustierten sozialmedizinischen Verlaufs im ersten und zweiten Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme entwickelt. Das erarbeitete Rückmeldekonzepes 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 in Q3 / 2020 wurde das erarbeitete Berichtskonzept diskutiert und anwenderorientiert angepasst. Das Projekt soll Ende 2020 abgeschlossen und der Abschlussbericht abgegeben werden.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

KOOPERATION

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

5.19 EVALUATION EINES NEUEN REHABILITATIONSKONZEPTS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNGEN MIT FOKUS AUF TEILHABEBEEINTRÄCHTIGUNG

PROJEKTZIEL: Im Rahmen der von der DRV Baden-Württemberg geförderten Evaluationsstudie soll eine Untersuchung der Rehabilitationsergebnisse (z.B. Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit, Lebensqualität, Krankheitsmanagement, Zufriedenheit) und ihrer Stabilität aus Sicht der betroffenen Kinder/Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen und der an die Rehabilitationsklinik angegliederten Schule stattfinden. Zusätzlich wird ein Vergleich des neuen und alten Behandlungskonzepts durchgeführt.

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, die Steigerung der individuellen Lebensqualität, die soziale Integration

und die 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 psychiatrischen Erkrankungen und erheblichen Teilhabeeinschränkungen in der Rehabilitation zielgenauer gerecht werden zu können. Das neue Konzept zielt durch intensivere und engmaschigere Betreuung sowie erweiterte Schulungsangebote stärker auf die Verbesserung der Teilhabefähigkeit ab.

METHODIK

Um die Rehabilitationsergebnisse des alten und des neuen Behandlungskonzeptes für Kinder und Jugendliche mit bestimmten

psychiatrischen Erkrankungen wie ADHS, Depression oder Zwangserkrankungen in den Fachkliniken Wangen zu vergleichen, werden Rehabilitanden mittels Fragebögen befragt. Zum einen werden Kinder und Jugendliche, die eine Rehabilitation nach dem alten Konzept durchgeführt 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 (t1)
- direkt im Anschluss (t2) und
- zwei Jahre nach der Rehabilitation (t3)

Da die Rehabilitation der Kontrollgruppe bereits in der Vergangenheit liegt, wird diese lediglich zum Zeitpunkt t3, zwei Jahre nach ihrer Rehabilitation, befragt. Altersspezifisch erfolgt die Befragung über eine Selbst- und/oder Fremdbefragung durch die Bezugsperson.

Neben den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Begleitperson werden unter anderem die Betrachtungsweisen der Therapeuten und Ärzte auf die Behandlungs-

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

AKTUELLER STAND

Im Jahr 2020 wurden die Vorbereitungen des Projekts abgeschlossen, die unter anderem die Fragebogenentwicklung für die verschiedenen Zielgruppen und Erhebungszeitpunkte, die Ethikantragstellung bei der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg und die Schaffung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Studie enthielten. Die Rekrutierung der Interventionsgruppe begann im August 2020 und die ersten ausgefüllten Fragebögen der Befragungszeitpunkte t1 und t2 liegen vor. Die Rekrutierung der Kontrollgruppe wurde Ende 2020 abgeschlossen. Außerdem wurde mit der Datenerhebung und der Vorbereitung der Analysen begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

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

6. VERANSTALTUNGEN

6.1 FOCUS REHABILITATION 2020

In diesem Jahr ist alles anders: die Corona-Pandemie hatte und hat uns 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“

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

Die Ringvorlesung umfasst 14 Semesterwochenstunden, daneben vermitteln Ganztagesexkursionen zu verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen praktische Inhalte über acht Semesterwochenstunden.

LEHRVERANSTALTUNG REHABILITATIONSMEDIZIN (Q12)

Themen, beteiligte Klinik/Institution sowie Lernziele/Inhalte der Ringvorlesung

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

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

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

BLOCKPRAKTIKUM REHABILITATIONSMEDIZIN (Q12)

Beteiligte Klinik/Institution sowie Exkursionsziele und -inhalte

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

7.2 WAHLFACH W911 „PRAXIS DER PHYSIKALISCHEN MEDIZIN UND REHABILITATION“

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

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

Zu Beginn der Wahlveranstaltung erhalten die Studierenden mit Hilfe des Vortrages „Einführung in die Physikalische Medizin und Rehabilitation“ einen ersten Einblick in die Thematik. Hierbei werden kurz rechtliche Grundlagen, die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), Ziele und Ablauf der Rehabilitation, sozialmedizinische Beurteilung, Indikationen und Fallbeispiele sowie ärztliche Aufgaben in der Rehabilitation erläutert. Hieran schließen sich dann folgende spezifische Themenblöcke an:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- physikalische Therapie
- medizinische Trainingstherapie
- Massagetechniken
- besondere Konzepte in der Rehabilitation: Instrumentelle Ganganalyse-Biomechanische Grundlagen und praktische Anwendung

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

- Geschichtliche Entwicklung
- Definition und Wirkmechanismus
- Anwendungsgebiete, Indikationen und Kontraindikationen
- Konzepte

- Methodische Ansätze
- Evidenz

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

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

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

7.3 PFLICHTFACH (W934) „EVIDENCE BASED MEDICINE - VERSTEHEN, BEURTEILEN, HANDELN“

In dem von Prof. Dr. G. Krischak verantworteten und gemeinsam von Dr. S. Knapp und Dr. T. Kölle geleiteten Wahlfach „Evidence based medicine - verstehen, beurteilen, handeln“ sollen die Teilnehmer lernen, wie sie wissenschaftliche Publikationen zu einem Thema finden, verwalten und bewerten können. Dabei nehmen die Dozenten Bezug auf Evidenz, Studientypen, Güte der eingesetzten Messinstrumente, Anwendung gängiger, statistischer Verfahren sowie den gängigen Report-Richtlinien. Das Seminar wurde erstmals im Wintersemester 2018/2019 angeboten.

Um den Studierenden der Humanmedizin an der Universität Ulm die notwendigen wissenschaftlichen Basiskompetenzen zu vermitteln, wurde durch die Universität Ulm das Konzept wise@ulm (Wissenschaftlichkeit im Studium erlernen) eingeführt, in dem verschiedene Pflichtveranstaltungen zusammengefasst werden. Teilweise beinhalten diese Veranstaltungen bereits Themengebiete aus dem Wahlfach „Evidence based medicine - verstehen, beurteilen, handeln“. Daher wurde für dieses Wahlfach die Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht.

Nach Rücksprache mit der Universität Ulm wird nun das Wahlfach „Evidence based medicine - verstehen, beurteilen, handeln“ in die Pflichtveranstaltung „Klinische Leitlinien: Entwicklung & Umsetzung“ integriert. Aufgrund der Covid-19-Pandemie musste die Veranstaltung im Sommersemester 2020

leider ausfallen, wird aber ab dem Wintersemester 2020/21 als Online-Veranstaltung durchgeführt. Hier wird der Part „Evidence based medicine - verstehen, beurteilen, handeln“ durch Herrn Dr. S. Knapp verantwortet.

Die Online-Veranstaltung umfasst eine Dauer von 45 Minuten und wird folgende inhaltliche Schwerpunkte umfassen:

- Formen von Übersichtsarbeiten (Stärken und Schwächen)
- Cochrane Collaboration
- Interpretieren der Übersichtsarbeit
- Studientypen in der medizinischen Forschung (Stärken und Schwächen)
- Evidenzklassen in der Medizin
- Report-Richtlinien (CONSORT, STROBE, PRISMA, COSMIN)
- Klinische Leitlinien im Bereich der Rehabilitation
 - Entwicklung (DELPHI)
 - Datenbanken

7.4 WEITERE ENGAGEMENTS

Das IFR Ulm engagiert sich neben der Lehre im Q12, W911 und W934 an der Universität Ulm an weiteren Lehrveranstaltungen. Im Zuge der ärztlichen Weiterbildungen der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie (SAMA) ist Prof Dr. G. Krischak als Dozent im Weiterbildungskurs „Sozialmedizin“ und Dr. R. Kaluscha im Weiterbildungskurs „Rehabilitationswesen“ tätig.

Prof. Dr. G. Krischak engagiert sich darüber hinaus im Fachbeirat der Hochschule Neu-Ulm (HNU) im Studiengang „MBA Betriebswirtschaft für Ärztinnen und Ärzte“ (MBA) für die strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklung und Gestaltung der Lehre. An der Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU) übernimmt er das Seminar „ABMR, EFL, BGSW & Co“.

Frau L. Tepohl ist Lehrbeauftragte an der Hochschule Neu-Ulm (HNU) im Bachelor-Studiengang „Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen“. Sie unterrichtet das Seminar „Allgemeine Betriebswirtschaft“ und das Modul „Methoden der empirischen Sozialforschung“. Des Weiteren unterrichtet sie das Modul „Projektmanagement“ im Masterstudiengang „Physiotherapie“ am UlmKolleg.

Ferner werden in Zusammenarbeit mit anderen Hochschulen am IFR Ulm Praktika, Bachelor- und Masterarbeiten durchgeführt.

8. KOMPETENZZENTRUM REHABILITATION AN DER UNIVERSITÄT ULM

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

Auch in diesem Jahr ergaben sich zahlreiche interessante Kontakte zu Institutionen und Kliniken. So gab es beispielsweise eine Anfrage der Fachkliniken Wangen zur Evaluation eines neuen Behandlungskonzeptes in der Rehabilitation von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen.

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

9. QUALIFIKATIONSARBEITEN UND DISSERTATIONEN

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

Dissertationen zum Dr. med. an der Universität Ulm, alphabetische Reihenfolge		
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
Tietze, Armin Moor-Heilbad Buchau gGmbH	Vergleich der Effektivität aktiver und passiver Bewegungsschienen nach Knieendoprothese	Sana Kliniken Biberach GmbH, Moor-Heilbad Buchau gGmbH

Dissertation zum Dr. biol. hum an der Universität Ulm

Doktorand/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
Kaltenbach, Christina IFR Ulm	Die instrumentelle Ganganalyse in der orthopädischen Rehabilitation	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
Maier, Markus IFR Ulm	Die Berücksichtigung von Patientenerwartungen an die Therapie durch eine partizipative Therapieplanentwicklung und mögliche Auswirkungen auf Therapieergebnisse, Patientenzufriedenheit, Gesundheitsverhalten nach Abschluss der Reha und die Nachhaltigkeit möglicher Effekte	Moor-Heilbad Buchau gGmbH

10. PUBLIKATIONEN

10.1 VERÖFFENTLICHUNGEN IN FACHZEITSCHRIFTEN

Dannenmaier J., Kaltenbach C., Kölle T., Krischak G.

Application of functional data analysis to explore movements: walking, running and jumping - a systematic review.

Gait & Posture 2020, online published 3. Feb. 2020, Online-Publikation: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2020.02.002>.

Gutenbrunner C., Best N., Glaesener J.J., Lange U., Lemhöfer C., Lichti G., Liebl M.E., Reißhauer A., Schwarzkopf S., Steinmetz A., Sturm C., Weigl M., Winkelmann A., Krischak G.

Warum der rehabilitativen Versorgung auch und gerade während der COVID-19 Pandemie besondere Beachtung geschenkt werden muss- Statement der DGPRM.

Phys Med Rehab Kuror 2020; published efirst 15.7.2020.

Knapp, S., Oesterle, U., Kaluscha, R., Krischak, G.

Evaluation eines Behandlungskonzeptes für die neurologische Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall (Phase D): Studienprotokoll für eine Multicenterstudie.

Phys Med Rehab Kuror 2020; 30: 95-107.

Liebl M.E., Gutenbrunner C., Glaesener J.J., Schwarzkopf S., Best N., Lichti G., Kraft E., Krischak G., Reißhauer A.

Frühe Rehabilitation bei Covid-19 – Best practice Empfehlungen für die frühe Rehabilitation von Patienten/innen mit Covid-19.

Phys Med Reha Kuror 2020; 30: 129-34.

10.2 VORTRÄGE

Krischak G.

Mit orthopädischer Reha eine halbe Milliarde Euro sparen!

19. VLOU-Workshop des Verbandes leitender Orthopäden und Unfallchirurgen, 17.-18. Januar 2020, Berlin.

Kaluscha R., Knapp S., Tepohl L., Krischak G.:

„Ergebnisse der Evaluation AOK proReha Schlaganfall“

AOK Vorstand, 29. Juni 2020, Stuttgart.

Kaluscha R.

„Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs“

3. Expertengespräch Ergebnisqualität der DRV Bund (Dr. Weinbrenner), 3. Juli 2020, Online.

Tepohl L.

Rehabilitationswissenschaft und Vorstellung IFR Ulm.

Vorstandssitzung der DRV Baden-Württemberg, 18. September 2020; Bad Buchau.

Tepohl L.

Rehabilitationsforschung.

SAMA-Kurs „Grundlagen und Grundsätze der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“, 02. Oktober 2020, Bad Buchau.

Kaluscha R.

Qualitätssicherung in der Rehabilitation.

SAMA-Kurs „Sozialmedizin“, 6. Oktober 2020, Bad Buchau.

Kaluscha R.

EDV-Unterstützung für den Reha-Prozess.

SAMA-Kurs „Rehawesen“, 11. Oktober 2020, Bad Buchau.

Kaluscha R.

Der Entlassungsbericht als Dokument der Prozessqualität.

SAMA-Kurs „Rehawesen“, 11. Oktober 2020, Bad Buchau.

Kaluscha R.

Reha-Forschung: aktuelle Forschungsthemen.

SAMA-Kurs „Rehawesen“, 11. Oktober 2020, Bad Buchau.

Hoffmann B.

Entwicklung einer intelligenten Motorschiene bei Knie-TEP Patienten – eine Pilotstudie.
SAMA-Kurs „Aufbaukurs Rehabilitationswesen“, 14. Oktober 2020, Bad Buchau

Kaltenbach C.

Einführung in die klinische Ganganalyse
SAMA- Kurs „Aufbaukurs Rehabilitationswesen“, 14. Oktober 2020, Bad Buchau

Kaluscha R.

Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation.
Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Arbeitskreise in Baden-Württemberg (ATO), AG Rehabilitation, 11. November 2020, Online.

10.3 KONGRESSBEITRÄGE

Dietzel K., Dannenmaier J., Jost M., Jankowiak S., Krischak G.

Systematisches Review und Metaanalysen: Effekte der Rehabilitation bei Krebspatienten auf Lebensqualität, Fatigue, Angst und Depression.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.308-310.

Dietzel K., Jost M., Jankowiak S., Dannenmaier J., Krischak G.

Zugang zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen: Clusteranalysen zu Zugangswegen, Informationsangeboten, Kenntnissen und Erwartungen.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.89-91.

Halder-Hinz C., Diekmann S., Hüer T., Frankenhauser- Mannuß J., Bauer J. M., Wasem J., Krischak G.

Rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP) im stationären Umfeld - Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.347-349.

Halder-Hinz C., Raith M., Mannl R.

Wahrnehmung und Marketingmanagement von Wertangeboten von Dienstleistungen am Beispiel der Präventionsdienstleistungen der DRV BW.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.397-399.

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

Berufsbezogener Gesundheitscheck der Rentenversicherung – (K)ein Thema für Pflegekräfte!? In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.132-134.

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

Wahrnehmung und Effekte der berufsbezogenen Ausrichtung in einer Rehabilitationsmaßnahme aus Rehabilitandensicht: erste Ergebnisse aus der REQUAMO II-Studie.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.62-65.

Kaltenbach C., Dannenmaier J., Kölle T., Kaluscha R., Krischak G.

Inanspruchnahme von Rehabilitation vor Pflege – eine alters- und geschlechtsstandardisierte Betrachtung der Entwicklung.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.47-49.

Kaltenbach C., Dannenmaier J., Maier M., Knapp S., Krischak G.

Prädiktoren für die Vorhersage von Gangparameter bei Schlaganfallpatienten.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.489-490.

Kaluscha R., Hoffmann B., Krischak G., Nübling R., Kaiser U., Toepler E.

(Non-)Responder-Analyse zur Requamo-II-Studie: Sind die Antworten repräsentativ?

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.383-386.

Knapp S., Kölle T., Krischak G.

Welche Gründe lassen Patienten eine face-to-face oder Tele-Nachsorge antreten?

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.476-479.

Knapp S., Hoffman B., Krischak G.

Reliabilitätsanalyse zur Beinumfangsmessung zwischen einem Standard und einem elektronischen Maßband.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S513-515.

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

Outcome medizinischer Rehabilitation ein Jahr nach Behandlungsende auf der Basis einer umfangreichen Rehabilitandenbefragung- Gesamtergebnisse und Klinikvergleiche.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.388-390.

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

Zusammenhänge unterschiedlicher Qualitätsparameter (Kennzahlen) aus der externen Qualitätssicherung der DRV.

In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 02. bis 04. März 2020. Hannover: DRV Schriften, Band 120, S.209-211.