

# Jahresbericht 2022



IFR Ulm  
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung  
an der Universität Ulm

Am Kurpark 1  
88422 Bad Buchau  
Tel.: 07582 800-5300  
[www.ifr-ulm.de](http://www.ifr-ulm.de)



# PRÄAMBEL

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



# INHALTSVERZEICHNIS

<i>Präambel</i> .....	1
<i>Abkürzungsverzeichnis</i> .....	5
<b>1. Vorwort</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Leitbild</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Personal</b> .....	<b>15</b>
4.1 Leitung.....	15
4.2 Geschäftsstelle.....	16
4.3 Wissenschaftliche Mitarbeiter.....	17
<b>5. Forschungstätigkeiten</b> .....	<b>21</b>
5.1 Die Bedeutung von Funktionsstörungen für die berufliche Teilhabe bei onkologischen Rehabilitanden (OFST) .....	21
5.2 Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose .....	25
5.3 Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen (BOSS) - Evaluation des beruflichen Integrationsförderprogramms.....	31
5.4 Evaluation der Effekte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg- Königstuhl .....	37
5.5 Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs nach Becken- und Acetabulumfrakturen.....	41
5.6 Konzeptionelle Weiterentwicklung der Eigenaktivitätsphase innerhalb eines Präventionsprogramms zur Verbesserung der Nachhaltigkeit (WE-PREVENT).....	45
5.7 Evaluation einer Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme.....	49
5.8 Entwicklung eines Bewertungskonzeptes für die Rehabilitand*innenbefragung im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha (KiJu ADMO) .....	53
5.9 Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams (START).....	55
5.10 Prävention für Arbeitslose in Baden-Württemberg (PrävAlo) .....	57
5.11 Formative Evaluation des GKV-Ü35-Gesundheitschecks mit WAI (Ü35-Check+).....	59
5.12 Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit (REKUP) .....	63

5.13	Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen mit Fokus auf Teilhabebeeinträchtigung (KiJuPsy) .....	67
5.14	„Vernetzung – Vorbeugung – Integration (VVI)“ .....	71
5.15	Evaluation eines neuen Behandlungskonzepts für die Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen bei internistischen Erkrankungen – Stärkung der Rehafähigkeit durch Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt (Stark).....	73
5.16	Evaluation des Modellprojekts VorReha zur frühzeitigen Einschätzung psychosomatischer Therapiebedarfe .....	77
5.17	Psychosomatik Direkt (PsyDi).....	79
5.18	ReFit Stuttgart – Begleitung im Rehabilitations- und Integrationsprozess.....	83
5.19	Kurzantrag Rehabilitation (KUR) .....	85
5.20	Zugangsoptimierte Arbeitsfähigkeitsorientierte Rehabilitation (ZAR) .....	89
<b>6.</b>	<b>Veranstaltungen .....</b>	<b>93</b>
6.1	Focus Rehabilitation 2022 .....	93
<b>7.</b>	<b>Lehre an der Universität Ulm.....</b>	<b>95</b>
7.1	Querschnittsfach Q12 „Rehabilitation, physikalische Medizin und Naturheilverfahren“ .....	95
7.2	Wahlfach W911 „Praxis der physikalischen Medizin und Rehabilitation“ .....	97
7.3	Weitere außeruniversitäre Lehre .....	99
<b>8.</b>	<b>Kompetenzzentrum REHABILITATION an der Universität Ulm .....</b>	<b>100</b>
<b>9.</b>	<b>Qualifikationsarbeiten und Dissertationen.....</b>	<b>102</b>
9.1	Dissertationen .....	102
9.2	Sonstige Qualifikationsarbeiten .....	104
<b>10.</b>	<b>Publikationen .....</b>	<b>106</b>
10.1	Veröffentlichungen in Fachzeitschriften.....	106
10.2	Vorträge.....	106
10.3	Kongressbeiträge .....	107

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
AHB	Anschlussheilbehandlung
ALG	Arbeitslosengeld
AO	Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen
ATO AG 06	Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte Baden-Württemberg, AG 06 „Rehabilitation“
AU	Arbeitsunfähigkeit
BBPL	besondere berufliche Problemlagen
BFW	Berufsförderungswerk
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BOSS	beruflich-orientierte Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen
BU	Berufsunfähigkeit
BW	Baden-Württemberg
bwlv	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBPL	erwerbsbezogene Problemlagen
EM	Erwerbsminderung
FIM	Functional Independence Measure
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HÄV BW	Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg

ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IG	Interventionsgruppe
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
IRES	Indikatoren des Rehasstatus
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
KG	Kontrollgruppe
LPK BW	Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
MBOR	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MOOSE	Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology
OR	Odd Ratio
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Statement
Q12	12. Querschnittbereich: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren
QS	Qualitätssicherung
RLP	Rheinland-Pfalz
RPS	Rheinland-Pfalz/Saarland
RSD	Reha-Statistik-Datenbasis
RV	Rentenversicherung
SMFA-D	Funktionsfragebogen Bewegungsapparat
StWE	stufenweise Wiedereingliederung
TNM	Tumorstadium
VG	Vergleichsgruppe
VMOR	Verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation
WAI	Work Ability Index
ZUF-8	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit



# 1. VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2022 war nicht nur erneut von der Corona-Pandemie geprägt, sondern auch von dem Krieg in der Ukraine, der unsere Arbeit und unsere Gesellschaft erheblich beeinflusst hat. Insbesondere die Covid-Pandemie hat erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitswesen selbst, aber auch auf die Beschäftigten und Patienten. Auch die Rehabilitationseinrichtungen sind davon sehr getroffen und die Krise stellt sie vor erhebliche Herausforderungen. Zudem wird aber auch das Personal zunehmend knapp und ist überlastet.

## **Was soll dann noch Forschung, wo doch gleich zwei Krisen herrschen und den Alltag bestimmen?**

Forschung in der Rehabilitation ist weiterhin sehr wichtig, denn wir müssen die Menschen, die zur Rehabilitation gehen, verstehen und ihre Bedürfnisse und speziellen soziale und berufliche Situationen sowie den Wandel der Krankheiten berücksichtigen. Forschung liefert in diesen Zeiten nicht nur Meinungen, an denen es sicherlich nicht mangelt, sondern Forschung liefert verlässliche Daten und Analysen. Gerade jetzt, wo sich das Wunsch- und Wahlrecht für die Rehabilitation ändert, sind kleinere und größere Forschungsprojekte sinnvoll, um die Rehabilitationsträger und die Kliniken zu unterstützen.

Wir bedanken uns deshalb auch im Jahr 2022 bei den Stiftern des Instituts, insbesondere beim Kuratorium und der Universität Ulm in einer solch schweren Zeit. Außerdem möchten wir uns bei allen Mitarbeitenden bedanken, die das Institut weiter auf Kurs halten.

Wir wollen entsprechend auch den Kontakt zu den Stiftern und Rehabilitationsträgern weiter ausbauen und freuen uns auch über die entsprechende Zusammenarbeit. Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbewusstsein sind wichtige Ressourcen, die durch präventive und rehabilitative Maßnahmen nachhaltig beeinflusst werden. Deshalb wollen wir die Prozesse und Verhaltensänderungen sowie die Entwicklung von biologischen und psychologischen Markern für die Rehabilitation und die Beurteilung von Outcome weiterverfolgen.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen dies Berichtes viel Freude und Anregungen und wir hoffen auf einen weiteren guten Diskurs mit Ihnen!

Prof. Dr. Dr. Jürgen M. Steinacker





## 2. LEITBILD

### WIR SIND

Das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (IFR Ulm) ist eine unabhängige, an die Universität Ulm angegliederte Forschungseinrichtung und wird von einer gemeinnützigen Stiftung getragen. Die Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung wurde 1995 von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und den Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG als Stiftung des bürgerlichen Rechts gegründet. Seither wurde die Stiftung um das Universitätsklinikum Ulm, die Universität Ulm, die Nanz medico GmbH & Co. KG, die Moor-Heilbad Buchau gGmbH und die RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung gGmbH stetig erweitert. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben in Wissenschaft und Lehre wurde das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm) als das Organ der Stiftung eingerichtet.

### UNSERE ZIELE

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

### UNSERE KOMPETENZEN

#### ▪ IN DER WISSENSCHAFT

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

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

Versorgungsforschung, Kosten-/Nutzenanalysen sowie Wirksamkeitsstudien von Maßnahmen in Rehabilitation und Prävention, die Erforschung des Rehabilitationsbedarfs und -zugangs, die datenbankgestützte Auswertung medizinischer Daten und die Erschließung von Routinedaten für die rehabilitationsmedizinische Forschung. Darüber hinaus sind wir offen für alle aktuellen Entwicklungen und Fragestellungen auf diesen Gebieten.

- **IN DER LEHRE**

Wir verantworten und lehren das Pflichtfach „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ (Querschnittsbereich Q12) für Studierende der Medizin. Des Weiteren unterstützen wir die Organisation des Wahlfachs „Praxis der Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ (W911) und beteiligen uns mit der Präsentation aktueller Forschungsergebnisse. Das Engagement in der Lehre ermöglicht es, Studierende der Humanmedizin zu erreichen und diese für das Fachgebiet der Rehabilitationsmedizin und -forschung zu begeistern. Mit den jungen Kolleginnen und Kollegen führen wir einen intensiven Dialog und erleichtern ihnen so den Zugang zu den vom IFR Ulm angebotenen Promotionsthemen.

- **IN DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG**

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

- **IN DER BERATUNG**

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

---

## QUALITÄT

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

# 3. STIFTUNG FÜR REHABILITATIONSMEDIZINISCHE FORSCHUNG

## GRÜNDUNGSHISTORIE UND STIFTER

Das IFR Ulm ist eine gemeinnützige Einrichtung einer 1995 gegründeten Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung, die von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und den Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG gemeinsam ins Leben gerufen wurde. Im Jahr 1999 traten das Universitätsklinikum Ulm und die Universität Ulm der Stiftung bei. Seit dem Jahr 2011 ist die Moor-Heilbad Buchau gGmbH neue Zustifterin, 2012 folgten die Nanz medico GmbH & Co. KG, 2014 die RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH. Die Stiftung setzt sich aus einem Kuratorium, dem Vorstand, dem wissenschaftlichen und dem versorgungspolitischen Beirat zusammen. Nähere Informationen finden Sie unter [www.ifr-ulm.de](http://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 2022 DEM KURATORIUM AN:

K. Bauer

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

J. Bauernfeind

Vorstandsvorsitzender, AOK Baden-Württemberg

P. Biler

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

M. Frenzer  
Geschäftsführer CEO, Nanz Medico GmbH & Co. KG

Prof. Dr. H. Gündel  
Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum  
Ulm

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

J. Kienzle  
Vorstandsvorsitzender, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

M. Kunzmann  
Vorsitzender Deutscher Gewerkschaftsbund, DGB Bezirk Baden-Württemberg

Dr. C. Schaal  
Geschäftsführerin, RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gGmbH

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

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

E. Schneider  
Geschäftsführer, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG

Dr. M. Streibelt  
Dezernatsleitung für Rehabilitations-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund

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

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

S. Wollny  
Direktorin, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, **Vorsitzende des Kuratoriums**

---

## VORSTAND

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

---

## WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

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

### FOLGENDE MITGLIEDER GEHÖREN DEM WISSENSCHAFTLICHEN BEIRAT AN:

Prof. Dr. med. M. Kraus  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, ORTHix Zentrum Augsburg

PD Dr. G. Müller  
Ärztlicher Direktor Gesundheitszentrum Federsee, Chefarzt Psychosomatik, Schlossklinik Bad Buchau gGmbH

Dr. R. Nechwatal  
Chefarzt Reha-Klinik Heidelberg-Königstuhl, RehaZentren der DRV Baden-Württemberg gGmbH

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

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

Dr. med. N. Volmer-Berthele  
Chefärztin Kinder- und Jugendrehabilitation, Fachkliniken Wangen

Dr. med. N. Wege  
Ärztliche Leiterin Psychosomatik, medicos.AufSchalke

---

## VERSORGUNGSPOLITISCHER BEIRAT

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

### FOLGENDE MITGLIEDER GEHÖREN DEM VERSORGUNGSPOLITISCHEN BEIRAT AN:

M. Einwag

Hauptgeschäftsführer, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.

Dr. J. Frankenhauser-Mannuß

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

K. Repert-Ristow

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

M. von Wartenberg

Stellvertretende Vorsitzende, Krebsverband Baden-Württemberg e.V.



## 4. PERSONAL

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten am IFR Ulm (Stand November 2022).

### 4.1 LEITUNG

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

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

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jürgen M. Steinacker ist Vorsitzender des Vorstands der Stiftung. Als geschäftsführender Vorstand vertritt er die Stiftung und führt die Geschäfte entsprechend der Satzung und den Beschlüssen des Kuratoriums aus.

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

M.A. Gesundheitsmanagement, Diplom Physiotherapeutin (FH)

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

---

## DR. BIOL. HUM. DIPL. INFORM. RAINER KALUSCHA

Diplom-Informatiker, Anwendungsfach Psychologie

Herr Dr. R. Kaluscha ist stellvertretender wissenschaftlicher Leiter am IFR Ulm. Seine Tätigkeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Datenanalyse und Methodik in der Versorgungsforschung mit umfangreichen Routinedaten aus Sozialversicherung und Rehabilitationseinrichtungen sowie in der statistischen Planung und Auswertung von klinischen Studien. Dr. Kaluscha lehrt im Querschnittsblock 12 (Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren) an der Universität Ulm sowie im Kurs Rehabilitationswesen der Sozial- und arbeitsmedizinischen Akademie (SAMA).

## 4.2 GESCHÄFTSSTELLE

---

### ANDREA DEHMEL

Assistentin der Geschäftsführung, Sekretärin

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

---

### MIRSADA MUJANIC

Assistentin der Geschäftsführung, Sekretärin

Frau M. Mujanic ist als Sekretärin und Assistentin der Geschäftsführung seit Juli 2022 am IFR Ulm angestellt. Ihre Schwerpunkttätigkeiten umfassen neben allgemeinen Verwaltungstätigkeiten und Organisation, der Bereich Finanzbuchhaltung, Controlling und Finanzplanung.

## 4.3 WISSENSCHAFTLICHE MITARBEITER

---

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

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

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

---

### ELLEN GAUS, M.SC.

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

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

---

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

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

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

---

## CHRISTINA KALTENBACH, M.SC.

M.Sc. und B. Sc. Sportwissenschaft

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

---

## SARAH LEINBERGER, M.SC.

M.Sc. und B.A. Wirtschaftspsychologie

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

---

## ALEX LIEBERT, B. ENG.

B. Eng. Informationstechnik

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

---

## MARKUS MAIER, DIPL.

Dipl. Sportwissenschaften

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

---

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

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

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

---

## JOHANNES SCHMIDT, M.SC. MATHEMATIK

M.Sc. Mathematik, B. Sc. Wirtschaftsmathematik

Herr J. Schmidt arbeitet seit März 2022 als Data Scientist und wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFR.

Im Zentrum seiner Arbeit stehen Auswertungen und statistische Analysen, unter anderem mit Hilfe von Machine-Learning Verfahren. Sein Schwerpunkt liegt dabei aktuell auf der Erstellung von Prognosemodellen zur Vorhersage von Rehabilitationsbedarf auf Basis von Routinedaten.

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind 2022 als wissenschaftliche Hilfskräfte am IFR Ulm tätig:

- Angela Mack



# 5. FORSCHUNGSTÄTIGKEITEN

## 5.1 DIE BEDEUTUNG VON FUNKTIONSSTÖRUNGEN FÜR DIE BERUFLICHE TEILHABE BEI ONKOLOGISCHEN REHABILITANDEN (OFST)

**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](mailto:rainer.kaluscha@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5102  
A. Liebert ✉ [alex.liebert@ifr-ulm.de](mailto:alex.liebert@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5204

### HINTERGRUND:

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

Die Art und Schwere der Funktionsstörungen hängt einerseits von der Art der Erkrankung (z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs) und andererseits von der gewählten Therapie (z.B.

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

Daher wurden im Rahmen dieser Studie zunächst die wesentlichen Funktions- und

Folgestörungen von onkologischen Patienten in der Rehabilitation für die wichtigsten Krebsdiagnosegruppen (kolorektale Karzinome, Magenkarzinome, Mammakarzinome, Prostatakarzinome, Bronchialkarzinome, Kopf-Hals-Tumore, Leukämien und Lymphome) identifiziert. 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 können. 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:

Zur Analyse stand eine Gesamtstichprobe von 5.766 anonymisierten Entlassungsberichten zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen in Trägerschaft der DRV Baden-Württemberg aus dem Jahr 2019 zur Verfügung.

Das Projekt umfasste drei Phasen: zuerst wurden indikationsspezifische Funktions- und Folgestörungen anhand einer systematischen Literaturrecherche sowie basierend auf dem Wissen von Fachexperten (d.h. Onkologen der ATO AG06) identifiziert.

Dann wurden üblicherweise verwendete Begriffe und Formulierungen gesammelt, die bezüglich dieser Funktionsstörungen in den Entlassungsberichten verwendet werden. Für 89 potentiell relevante Merkmale (Funktionsstörungen, Therapie und sozialer Kontext) wurden

anhand solcher sprachlichen Muster dann computerlinguistische Abfragen entwickelt und manuell überprüft. Mit diesen Abfragen konnten dann strukturierte Daten zu Funktionseinschränkungen aus Entlassungsberichten onkologischer Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg gewonnen werden („Aus Texten werden Daten“).

Zu guter Letzt wurden Routinedaten der Rentenversicherung für das Jahr nach der Rehabilitation mit den so gewonnenen Daten verknüpft, so dass die Auswirkungen von Funktionsstörungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit bzw. den Erwerbsstatus anhand der Sozialversicherungsbeiträge analysiert werden konnten.

Dabei wurden mittels fraktionaler Regression die Beschäftigungstage im Kalenderjahr nach Reha analysiert. Für das Basismodell wurden aus anderen Untersuchungen bereits bekannte Einflussgrößen wie z.B. Alter und Erwerbsstatus vor Reha auf Signifikanz getestet. Dann wurde jeweils eine Funktionsstörung hinzugefügt und geprüft, ob sie relevant ist.

#### AKTUELLER STAND:

Als relevante Einflussgrößen für das Basismodell zur Vorhersage der Erwerbstätigkeit nach Reha ergaben sich die Beschäftigungstage im Kalenderjahr vor der Reha-Maßnahme, die Altersklasse, die Staatsangehörigkeit, das Geburtsland, Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren, Aufforderung durch die Krankenkasse gemäß § 51 SGB V und die Krebsart. Die betrachteten Funktionsstörungen haben erwartungsgemäß negative und z.T. deutliche Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit nach



der RehaMaßnahme. So tritt z.B. als Folgeerscheinung der Erkrankung oder einer Chemotherapie bei Krebspatienten öfter eine länger anhaltende Erschöpfung (Fatigue) auf. In diesen Fällen sind im Kalenderjahr nach Rehabilitation 85 Beschäftigungstage weniger als bei

vergleichbaren Patienten ohne Fatigue zu erwarten.

Geplant sind noch Analysen möglicher Zusammenhänge zwischen Funktionsstörungen, Art der Tätigkeit und Erwerbsstatus. Das Projekt wird zum Jahresende 2022 abgeschlossen.

---

#### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

#### KOOPERATION

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



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

**PROJEKTZIEL:** Mittels der Studie sollten Merkmale, die die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen, identifiziert werden. Zudem sollten 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](mailto:silke.jankowiak@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5106

### 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 breiten Spektrum an schwerwiegenden Folgen und Herausforderungen für die Betroffenen, ihr soziales Umfeld und die Gesellschaft. Auch bei gut zu behandelnden Krebsarten besteht im Anschluss an die Primärbehandlung ein komplexer Behandlungsbedarf und es ist 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.

In Deutschland nehmen jedoch lediglich rund ein Drittel der Patienten eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Einige Studien lieferten bereits erste Erkenntnisse zu Förderfaktoren, Barrieren und Prädiktoren der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen.

## METHODIK:

Im Zuge der Studie erfolgten eine Befragung von Krebspatienten zu den Barrieren und Förderfaktoren der Inanspruchnahme, eine Sekundärdatenanalyse zur Bestimmung der Prädiktoren der Inanspruchnahme und Effekte einer onkologischen Rehabilitation sowie eine systematische Literaturrecherche und Metaanalysen zu den subjektiven Behandlungsergebnissen (patient reported outcomes) einer onkologischen Rehabilitation.

Die Befragung fand nach Primärbehandlung in verschiedenen Versorgungseinrichtungen (Krebsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Schwerpunktpraxen, Tumorzentren, Sozialdiensten) in Baden-Württemberg statt. Um im Hinblick auf Förderfaktoren, Barrieren, Zugangswege sowie Informationsangebote und Kenntnisstand bzw. Erwartungen zur Rehabilitation natürliche Gruppierungen in der Studienpopulation zu bestimmen, wurden Clusteranalysen durchgeführt.

Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurden Routinedaten der DRV Baden-Württemberg, der DRV Bund sowie der AOK Baden-Württemberg herangezogen. In die Analysen wurden gemeinsame Versicherte der AOK BW und DRV BW bzw. DRV Bund eingeschlossen, bei denen im Zeitraum zwischen 2005 und 2009 erstmalig Brustkrebs, Prostatakrebs oder Dickdarmkrebs aufgetreten war. Anhand der Krankenkassendaten konnten alle AOK-Patienten herausgesucht werden, die wegen einer der drei Krebsarten behandelt wurden. Die Identifikation erfolgte dabei anhand gesicherter Diagnosen (ICD-10-Kodierung: C50, C61, C18) aus Arztpraxen, Krankenhäusern oder Rehabilita-

tionseinrichtungen und typischen primärtherapeutischen Behandlungen. Durch die Verknüpfung mit den Daten der Rentenversicherung konnte dann festgestellt werden, welche dieser Patienten eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben.

Zur Identifikation von Prädiktoren der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen wurde ein logistisches Regressionsmodell mit der Zielgröße „Krebs-Reha: ja vs. nein“ angepasst. Dabei wurden sowohl individuelle Eigenschaften der Patienten (z.B. soziodemografische Merkmale, Begleiterkrankungen, Vorbehandlungen) 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 wurden Regressionsanalysen zum Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen Betroffenen, die eine onkologische Rehabilitation durchgeführt haben, und Betroffenen, die kein entsprechendes Angebot in Anspruch genommen haben, durchgeführt. Hierbei wurden bei Betroffenen im erwerbsfähigen Alter die Arbeitsunfähigkeitstage im Folgejahr der Primärtherapie sowie der Bezug einer Erwerbsminderungs-/Berufsunfähigkeitsrente (EM-/BU-Rente) im 12. und /oder 24. Monat nach der Primärtherapie betrachtet. Weiterhin wurde sowohl bei Personen im erwerbsfähigen Alter als auch bei den nicht mehr erwerbstätigen Versicherten die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (Pflege: ja vs. nein) untersucht. Dabei wurden Variablen, die neben der Rehabilitation die Zielgrößen beeinflussen können und bei denen Unterschiede zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden

bestanden, berücksichtigt. Das systematische Review und die Metaanalysen wurden in Anlehnung an das PRISMA-Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Statement) und die MOOSE Richtlinien (Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology) erstellt. Die systematische Literaturrecherche wurde in einschlägigen Datenbanken (Medline, Embase, PsychInfo, Psyn dex und Cochrane) durchgeführt. Dabei wurden Studien ausgewählt, die Brust-, Prostata- oder Darmkrebspatienten untersucht haben. Betrachtet wurden die subjektiven Behandlungsergebnisse Lebensqualität, Fatigue, Angst und Depression.

#### AKTUELLER STAND:

Das Projekt wurde am 28.02.2022 abgeschlossen. Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst:

##### Befragung:

Im Zuge der Befragung konnten Daten von 55 Patienten (67% weiblich) gewonnen werden. Hierbei wiesen 69% Brust-, 29% Prostata- und 2% Darmkrebs auf. Im Mittel waren die Patienten 57±9 Jahre alt. Betroffene, die keine Rehabilitation in Anspruch nahmen wiesen ein abgeschlossenes Studium, Behandlungen bei Fachärzten im niedergelassenen Bereich, eine geringe Belastungsschwere durch die Krebserkrankung sowie wenig Vorerfahrungen mit Rehabilitation und einen Wohnort im ländlichen Raum auf.

Die Ergebnisse der Befragungsdaten sollten aufgrund der kleinen Stichprobe und potentieller Verzerrung mit Vorsicht interpretiert

werden. Sie liefern lediglich erste Hinweise auf einige Faktoren, die mit der Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen assoziiert sind. Es bedarf einer Absicherung der gefundenen Gruppierungen im Zuge weiterer Studien, um auf dieser Basis Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Rehabilitationsinanspruchnahme für die Praxis ableiten zu können.

##### Review und Metaanalysen:

Nach Sichtung der im Zuge der Recherche identifizierten 1.222 Artikel konnten zwölf Studien für die qualitative Synthese berücksichtigt werden, wovon zehn Studien in die Metaanalysen eingeschlossen wurden. Für den Zeitraum von vor der Rehabilitation bis unmittelbar nach der Rehabilitation wurden moderate bis starke Effektgrößen identifiziert (Lebensqualität global: 0,73; Lebensqualität physisch: 0,42; Lebensqualität sozial: 0,55; Lebensqualität emotional: 0,77; Lebensqualität Fatigue: 0,76; Angst: 0,49; Depression: 0,56). Die Berechnungen des Follow-Up Zeitraums ergaben je nach Zielgröße weiterhin eine positive Effektgröße (Lebensqualität physisch: 0,30), Effektgrößen um Null (Lebensqualität sozial: 0,00; Lebensqualität global: -0,08; Lebensqualität Fatigue: -0,02) oder negative Effektgrößen (Lebensqualität emotional: -0,35; Angst: -0,30; Depression: -0,25).

Zwar hat eine onkologische Rehabilitation positive Auswirkungen auf unterschiedlichste Outcomes. Die Effekte sind jedoch überwiegend kurzfristig und reduzieren sich im Katamnese-Zeitraum. Die Ausgangslage vor der Rehabilitation wird nicht erreicht. Zum einen deuten die Ergebnisse auf die Dringlichkeit von Rehabilitationsnachsorge hin, um die positiven

Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen aufrechtzuerhalten. Zum anderen unterstreichen die Ergebnisse die Notwendigkeit von Langzeitstudien, um Tendenzen bezüglich des Follow-Up-Zeitraums zu prüfen.

#### Sekundärdatenanalyse:

Die gesamte Stichprobe umfasste 41.325 Versicherte. Davon wiesen 9.193 (22,25%) Patienten ein Kolonkarzinom (Darmkrebs), 16.044 (38,82%) Patientinnen ein Mammakarzinom (Brustkrebs) und 16.088 (38,93%) Patienten ein Prostatakarzinom auf. Über alle drei Indikationsgruppen hinweg nahmen 23.317 Patienten (56,42%) keine Rehabilitation in Anspruch, 11.562 Patienten (27,98%) führten eine Rehabilitation aufgrund einer Krebserkrankung (Indexdiagnose bzw. andere Krebserkrankung) durch, 4.275 Patienten (10,34%) nahmen an einer Rehabilitation aufgrund einer anderen Erkrankung (z.B. Herzinfarkt) teil und 2.171 Patienten (5,25%) gehörten in die Gruppe „Krebs- und andere Reha“.

Bei den Darmkrebspatienten ergaben sich in den Routinedaten keine eindeutigen Indikatoren für Rehabilitationsbedarf.

Bei Brust- und Prostatakrebspatienten liefert das Prognosemodell zur Vorhersage der Inanspruchnahme Hinweise darauf, dass stärker betroffene Patienten eher eine Rehabilitation in Anspruch nehmen. So nahmen Patienten mit fortgeschrittenem Tumorstadium sowie Betroffene mit multidisziplinärem Behandlungsbedarf und Begleit-/ Folgeerkrankungen eher an einer Rehabilitation teil. Demgemäß erfolgte bei stationärer operativer Primärtherapie bzw. stationären psychosozialen Interventionen rund 2,4-mal bzw. 3-mal häufiger eine Rehabilitation.

Bei Brustkrebs nahmen zudem insbesondere Patientinnen, die engmaschig ambulant betreut wurden (hausärztliche Behandlungen aufgrund chronischer Erkrankungen, gynäkologische Behandlungen) bzw. die mit einer Brustprothese versorgt wurden, eher eine Rehabilitation in Anspruch. Auch bei der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung von Übelkeit war die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit höher.

Bei Prostatakrebspatienten führten Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen, Maßnahmen zur Diagnostik bzw. Überwachung (nuklearmedizinische, histologische/zytologische Untersuchungen, radiologische Untersuchungen/Röntgenuntersuchungen), Verordnung von Inkontinenzhilfen sowie urologische Nebenerkrankungen, wie bspw. entzündliche Krankheiten der Prostata, zu einer häufigeren Inanspruchnahme einer Rehabilitation. Weitere Erkrankungen der Harnorgane (bspw. Verengung der Harnleiter, Zystitis, Harnröhrenfistel, gestörter Harnabfluss) wirkten sich hingegen hemmend auf die Inanspruchnahme aus.

Indikationsübergreifend waren vor allem eine ausländische Staatsangehörigkeit sowie der Bezug von Pflegeleistungen negativ mit der Inanspruchnahme assoziiert. Weiterhin nahmen Angehörige, Arbeitslose und freiwillig Versicherte sowie Rentenbezieher seltener eine Rehabilitation in Anspruch. Bei Brust- und Prostatakrebspatienten war ebenso ein höheres Alter (ab 70 bzw. 75 Jahren) hinderlich für die Inanspruchnahme.

Somit ergaben sich bei allen drei Indikationen auch Hinweise auf eine eventuell vorhandene Unterinanspruchnahme bei bestimmten Patientengruppen. Inwiefern diese möglicherweise

von einer Rehabilitation profitiert hätten, muss im Zuge weiterer Forschung geklärt werden.

Die Modelle sagten für 70% (Darmkrebs), 78% (Brustkrebs) bzw. 89% (Prostatakrebs) der Betroffenen die Inanspruchnahme einer Rehabilitation korrekt voraus. Somit gibt es offensichtlich insbesondere bei Darm- und Brustkrebsbetroffenen weitere Faktoren, die die Inanspruchnahme beeinflussen, die aber nicht in den Routinedaten abgebildet werden. Lediglich bei Prostatakrebspatienten liegt anhand der Routinedaten eine sehr gute Vorhersage vor.

Gegenüber den Krebs-Rehabilitanden wiesen Nicht-Rehabilitanden indikationsübergreifend im Folgejahr der Primärtherapie weniger AU-Tage auf (Darmkrebs: -36,4 Tage, Brustkrebs: -44,5 Tage, Prostatakrebs: -30,5 Tage). Ebenso war bei Nicht-Rehabilitanden im Vergleich zu Krebs-Rehabilitanden die Wahrscheinlichkeit, im 12. Monat und/oder 24. Monat nach der Primärtherapie eine EM-/BU-Rente zu beziehen, um rund 70% geringer. Dies ergibt sich vermutlich aus den Zuweisungskriterien, zu denen eine erhebliche gesundheitsbedingte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit gehört. Zudem könnte aufgrund einer verzögerten Genesung eine allmähliche Rückkehr in das Erwerbsleben mittels einer teilweisen oder befristeten EM-/BU-Rente erforderlich gewesen sein. Mittels einer längeren Nachbeobachtung könnten Kenntnisse darüber gewonnen werden, ob später die Rückkehr in eine Beschäftigung gelingt. Offen bleibt auch die Frage, ob die Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit ohne Rehabilitation günstiger oder ungünstiger ausgefallen wären.

Die Wahrscheinlichkeit für Pflege war bei Nicht-Rehabilitanden hingegen höher als bei

Krebs-Rehabilitanden (Darmkrebs: OR=1,29, Brustkrebs: OR=1,40, Prostatakrebs: OR=1,72). Da weitere Merkmale, die den Pflegebedarf beeinflussen und die zwischen den Reha-Gruppen ungleich verteilt waren, berücksichtigt wurden, kann ein positiver Effekt der Rehabilitation auf die funktionelle Leistungsfähigkeit und somit die Selbständigkeit im Alltag unterstellt werden. Dies bedeutet nicht nur einen relevanten individuellen Zugewinn an Lebensqualität, sondern auch einen erheblichen Nutzen für die Solidargemeinschaft.

#### FAZIT:

Die Befragung lieferte trotz kleiner Fallzahl erste Hinweise auf subjektiv wahrgenommene Barrieren und Förderfaktoren der Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Literaturrecherche und Metaanalyse ergaben eine geringe Nachhaltigkeit bei den betrachteten subjektiven Behandlungsergebnissen. Dies deutet auf einen speziellen Nachsorgebedarf und die Notwendigkeit längerer Nachbeobachtungszeiträume hin.

Während bei den Darmkrebspatienten anhand der Routinedaten keine eindeutigen Indikatoren für Rehabilitationsbedarf feststellbar waren, ergaben sich bei Brust- und Prostatakrebspatienten Hinweise auf eine höhere Fallschwere bei den späteren Krebs-Rehabilitanden, d.h. leichtere Fälle verzichteten eher auf eine Reha.

Über alle drei Indikationen hinweg ergab sich eine geringere Pflegewahrscheinlichkeit bei

Krebs-Rehabilitanden. Dies bedeutet nicht nur einen relevanten individuellen Nutzen, sondern

auch eine Entlastung für die Solidargemeinschaft.

---

#### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

#### KOOPERATION

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



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

**PROJEKTZIEL:** Ziel des Forschungsprojektes ist die Evaluation der Effekte einer beruflich-orientierten Rehabilitation von Suchtkranken in Stufen (BOSS) auf die berufliche Wiedereingliederung sowie auf verschiedene subjektive Parameter des Rehabilitationsergebnisses bei Rehabilitanden mit erwerbsbezogener Problemlage (EBPL). Zudem wurde geprüft, welche Gruppen von Suchtrehabilitanden bezüglich der beruflichen (Re-)Integration von BOSS profitieren bzw. nicht profitieren.

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

### HINTERGRUND:

Um höhere Erfolgsquoten bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung und damit beim Therapieziel dauerhafte Abstinenz zu erreichen, wurde die „Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen (BOSS)“ entwickelt und von den Suchtrehabilitationskliniken des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv) in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk (BFW) Bad Wildbad umgesetzt. Dazu gehört nicht nur eine enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie eine hohe Kontinuität in den beruflichen Begleitangeboten, sondern auch eine professionelle Integrationsbegleitung und Konstanz bei den Ansprechpartnern. BOSS beginnt bereits innerhalb der ersten Wochen einer Langzeitentwöhnung und gewährleistet im Idealfall eine Begleitung bis zur beruflichen Integration.

Das BOSS-Konzept beinhaltet dabei folgende Module:

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

Infolge einer Abbrecherquote von 65% zu Beginn der Umsetzung, wurde im Jahr 2017 vom BFW Bad Wildbad eine Veränderung der Zeit- und Organisationsstruktur vorgenommen. Dabei wurden die ersten beiden Integrationsmodule sowie die Module 3 und 4 jeweils an einem statt an zwei Tagen durchgeführt. Zudem wurden einige Themen („berufsbezogener Stress“, Vervollständigung des persönlichen Profils, konkrete Stellensuche) in Suchtrehabilitationseinrichtungen ausgelagert. So konnte eine Verkürzung des gesamten BOSS-Programms erreicht werden, um so die Quote der Teilnehmer, die BOSS abschließen zu erhöhen.

#### METHODIK:

Es wurden Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg (DRV BW) eingeschlossen, die gemäß einem eigens entwickelten Screening eine erwerbsbezogene Problemlage (EBPL) aufwiesen und in einer der sechs beteiligten Sucht-Rehabilitationseinrichtungen des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH behandelt wurden.

Die Interventionsgruppe nahm dort bzw. im BFW Wildbad an den Modulen des BOSS-Programms teil. Da BOSS in den beteiligten Einrichtungen erst nach und nach eingeführt wurde, konnten Suchtrehabilitanden aus der Zeit vor der BOSS-Einführung in der jeweiligen Einrichtung in eine Kontrollgruppe eingeschlossen werden („stepped wedge design“).

Ferner wurden Daten von Suchtrehabilitanden aus den Vorjahren als „historische Kontrollgruppe“ herangezogen, für die allerdings kein Screening im Hinblick auf das Vorliegen einer

EBPL vorlag. Daher dienten diese historischen Vergleichswerte nur einer groben Orientierung. Datengrundlagen waren Routinedaten der DRV BW (Reha-Statistik-Datenbasis – RSD) sowie der Einrichtungen des bwlV (Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – KDS). Zudem wurden bei den BOSS-Teilnehmern (Interventionsgruppe) Fragebogenerhebungen zu BOSS-Beginn ( $t_1$ ) und -Ende ( $t_2$ ) durchgeführt.

Die Behandlungsergebnisse wurden mittels multivariater Analysen zwischen BOSS-Teilnehmern sowie der Kontrollgruppe verglichen. Hauptzielgrößen waren die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage sowie das sozialversicherungspflichtige Entgelt im ersten bzw. zweiten Jahr nach der Rehabilitation. Sofern bei ergebnisrelevanten Merkmalen zwischen BOSS-Teilnehmern und der Kontrollgruppe bereits bei Behandlungsbeginn Unterschiede bestanden, wurden diese Merkmale in die Regressionsmodelle aufgenommen, um einen „fairen“ Vergleich zu gewährleisten.

Bei den BOSS-Teilnehmern wurde zudem geprüft, ob es Merkmale gibt, die bessere bzw. schlechtere Behandlungsergebnisse (Beschäftigungstage und Fragebogenangaben) erwarten lassen.

Die Analysen erfolgten für Drogen- und Alkoholabhängige getrennt.

#### AKTUELLER STAND:

Das Projekt wurde am 31.08.2022 abgeschlossen. Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst:

## BOSS-Effekte:

Die multivariaten Analysen zum Vergleich des Erwerbsstatus in den beiden Folgejahren zwischen BOSS-Teilnehmern und den Kontrollen ergaben keine Überlegenheit von BOSS gegenüber der bisher in der jeweiligen Einrichtung üblichen Behandlung. Dieses „treatment as usual“ war allerdings vor der Einführung von BOSS nicht einrichtungsübergreifend standardisiert und enthielt z.T. bereits berufsbezogene Angebote. Hierdurch könnte der Effekt von BOSS ggf. geschmälert worden sein.

Zwar wurden Unterschiede bei der beruflichen Ausgangslage sowie weitere ungleich verteilte Risiken berücksichtigt. Es ist jedoch möglich, dass sich die BOSS-Teilnehmer und prospektiven Kontrollen bei weiteren für die Erwerbstätigkeit relevanten Merkmalen unterschieden, die nicht oder nur unzureichend in den Daten vorhanden waren und die somit bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten.

Ferner ergaben sich Hinweise auf Selektionseffekte. Trotz angestrebter Parallelisierung hinsichtlich des BOSS-Bedarfs mittels Screenings zeigte sich bei BOSS-Teilnehmern eine deutlich ungünstigere Ausgangslage als bei den prospektiven Kontrollen. Dabei konnten begrenzte Aufnahmekapazitäten dazu beigetragen haben, dass Suchtrehabilitanden mit besonders stark ausgeprägter EBPL vorzugsweise BOSS zugewiesen wurden.

## Subgruppen – Wer profitiert?

Sowohl bei alkoholabhängigen als auch bei von illegalen Substanzen abhängigen BOSS-Teilnehmern konnten bei Betroffenen mit ungünstiger beruflicher Ausgangslage (längere

AU-Zeiten, geringeres Entgelt, weniger Beschäftigungstage) die entsprechenden Barrieren für die berufliche (Re-)Integration nicht überwunden werden.

Weiterhin ergab sich bei drogenabhängigen BOSS-Teilnehmern mit einem negativen Verhältnis zur Arbeit (AVEM-Muster: „Schonung“ oder „Burnout“) sowie mit einer höheren Fallschwere (wiederholte Sucht-Reha in der Einrichtung, Alkoholabhängigkeit im Sinne einer Komorbidität) eine ungünstigere berufliche Prognose. Kokainabhängige Rehabilitanden hingegen profitierten deutlich von BOSS. Die Varianzaufklärung der Regressionsmodelle war insgesamt, vor allem bei den drogenabhängigen Rehabilitanden, gering (ca. 40% vs. 27% im ersten Jahr nach der Rehabilitation). Damit dürften weitere Faktoren für den Erwerbsstatus relevant sein, die nicht in den vorhandenen Routinedaten abgebildet sind.

## Subjektive Behandlungsergebnisse:

Bei Betrachtung der subjektiven Behandlungsergebnisse ergaben sich Hinweise auf eine Verbesserung. So verringerten sich bis zum Ende von BOSS die subjektiv wahrgenommenen Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung zwar nur leicht, aber statistisch signifikant. Weiterhin halbierte sich bis BOSS-Ende der Anteil der Rehabilitanden mit der Absicht, eine Rente zu beantragen.

Sofern sich die subjektiven Einschätzungen auch im späteren Erwerbsstatus niederschlagen, wäre dieser Befund ein Indikator für eine bessere berufliche (Wieder-)Eingliederung und damit eine Entlastung der sozialen Sicherungssysteme. Zur Bestätigung wären allerdings weitere Erhebungen und Analysen zum

Zusammenhang zwischen subjektiven und objektiven Versorgungsergebnissen erforderlich.

Ferner ist bei der Interpretation der subjektiven Ergebnisse zu beachten, dass ein direkter Vergleich mit einer Kontrollgruppe fehlt. So bleibt unklar, welche Veränderung auch ohne BOSS bei diesen Zielgrößen erfolgt wäre. Eine kausale Einordnung der gefundenen Veränderungen und damit eine Einschätzung des Nutzens von BOSS ist aufgrund des Fehlens einer Vergleichsgruppe schwierig.

#### FAZIT:

Leider sind abschließende Aussagen im Hinblick auf die drei Fragestellungen schwierig.

Da die an der Studie beteiligte Einrichtung für Alkoholabhängige nur Männer behandelte, können keine Aussagen zu weiblichen Alkoholabhängigen getroffen werden.

Weil für die Kontrollgruppe keine Möglichkeit zur Teilnahme an BOSS bestand, war die Motivation zum Ausfüllen von Fragebögen gering. Daher wurde dort nur das Screening auf eine erwerbsbezogene Problemlage durchgeführt, so dass ein Vergleich subjektiver berufsbezogener Einschätzungen mit den BOSS-Teilnehmern nicht erfolgen konnte.

Ein großes und so nicht vorhergesehenes Problem bestand darin, dass sich zwischen BOSS-Teilnehmern und Kontrollgruppe bereits bei Behandlungsbeginn Unterschiede zeigten, z.B. beim Erwerbsstatus. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass die Aufnahmekapazität im

BOSS-Programm begrenzt war und daher dort eher die problematischen Fälle eingeschleust wurden.

Es wurde zwar versucht, diese unterschiedliche Ausgangslage in der mathematischen Modellierung zu berücksichtigen. Dennoch blieben Probleme bei der Interpretation der Ergebnisse, da die Datenlage keine klare Abgrenzung erlaubte, inwieweit Unterschiede in den Ergebnissen auf die unterschiedliche Behandlung oder auf die unterschiedliche Ausgangslage zurückzuführen sind.

Sowohl bei alkoholabhängigen als auch bei von illegalen Substanzen abhängigen BOSS-Teilnehmern konnten bei Betroffenen mit ungünstiger beruflicher Ausgangslage (längere AU-Zeiten, geringeres Entgelt, weniger Beschäftigungstage) die entsprechenden Barrieren für die berufliche (Re-)Integration anscheinend nicht überwunden werden. Weiterhin ergab sich bei drogenabhängigen BOSS-Teilnehmern mit einem negativen Verhältnis zur Arbeit (AVEM-Muster: „Schonung“ oder „Burnout“) sowie mit einer höheren Fallschwere (wiederholt in der Einrichtung, Alkoholabhängigkeit zusätzlich zur Drogenabhängigkeit) eine ungünstigere berufliche Prognose. Hier sollte überlegt werden, wie durch Anpassungen beim BOSS-Konzept den besonderen Bedürfnissen dieser Zielgruppen besser entsprochen werden kann. Kokainabhängige Rehabilitanden hingegen profitierten deutlich von BOSS.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

## KOOPERATION

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



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

**PROJEKTZIEL:** Ziel des Forschungsprojektes ist die Evaluation der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) bei Rehabilitanden der kardiologischen und pneumologischen Rehabilitation am Beispiel der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl. Daneben sollten Rehabilitandengruppen identifiziert werden, die besonders von einer MBOR profitieren.

**ANSPRECHPARTNER:** S. Leinberger ✉ [sarah.leinberger@ifr-ulm.de](mailto:sarah.leinberger@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5108

### HINTERGRUND:

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

Eine stärkere berufliche Schwerpunktsetzung im Rahmen der kardiologischen und pneumologischen Rehabilitation wurde bereits vor Herausgabe dieses Anforderungsprofils modellhaft erprobt und evaluiert, wobei positive Ergebnisse nachgewiesen werden konnten. Erkenntnisse über den Erfolg von MBOR im kardiologischen und pneumologischen Bereich nach der Einführung des Rahmenkonzepts lagen jedoch noch nicht vor.

Die Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl begann im Jahr 2013 mit der Einführung von MBOR im Sinne des Anforderungsprofils der DRV, wobei spezielle berufsbezogene Schwerpunkte (z.B. Bewerbungstraining für Arbeitssuchende, Fallmanagement nach Abreise) gesetzt werden. Seither wurden die berufsbezogenen Maßnahmen in die Routine überführt und standardisiert, sodass diese den Rehabilitanden mit einer BBPL strukturiert angeboten werden können.

### METHODIK:

Die Rehabilitationsergebnisse der Teilnehmer am aktuellen berufsbezogenen Behandlungskonzept (Interventionsgruppe) wurden mit den vor Einführung dieses Behandlungskonzeptes erzielten Ergebnissen („historische Kontrollgruppe“) verglichen. Zusätzlich wurde eine prospektive Kontrollgruppe parallel zur Interventionsgruppe rekrutiert, die anstelle einer

MBOR eine reguläre stationäre Rehabilitationsleistung erhielt. Rehabilitanden mit BBPL wurden in allen drei Gruppen anhand des Würzburger Screenings identifiziert, das in der Klinik seit längerem routinemäßig erhoben wurde und daher auch für die historischen Kontrollen vorlag. So konnte aus den Rehabilitanden der Jahre 2010 und 2011 eine entsprechende Vergleichsgruppe identifiziert werden.

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

Zusätzlich erfolgten in der Interventionsgruppe und der prospektiven Kontrollgruppe Fragebogenerhebungen zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie zwölf Monate nach Rehabilitation. Hier standen die Veränderungen bei der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, der Arbeitsmotivation und der subjektiven Erwerbsprognose sowie Faktoren, die einen Einfluss auf die subjektiven Behandlungsergebnisse haben, im Mittelpunkt. Die erhobenen subjektiven Rehabilitationsergebnisse wurden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (prospektiv) verglichen.

Um zu prüfen, ob der Fragebogenrücklauf repräsentativ ist, wurden die Studienteilnehmer

mit und ohne Fragebogen anhand der RSD-Daten verglichen (Non-Responder-Analyse).

#### AKTUELLER STAND:

Von 699 passenden Rehabilitanden, die zwischen 2017 und 2019 in die Teilnahme an der Studie einwilligten, füllten 609 den Eingangsfragebogen ( $t_1$ ) aus. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 87,1%. Den Ausgangsfragebogen nach der Rehabilitation ( $t_2$ ) füllten 403 der Studienteilnehmenden aus, was einer Rücklaufquote von 67,0% im Vergleich zu  $t_1$  bedeutet. Den Fragebogen zur 12-Monats-Katamnese ( $t_3$ ) schickten 337 und somit 83,6% der Teilnehmenden der  $t_2$ -Befragung zurück.

Dem IFR Ulm lagen darüber hinaus für alle drei Teilstichproben die Daten des Würzburger Screenings von der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl und die RSD-Daten der DRV Baden-Württemberg in anonymisierter Form vor. Die drei Datenquellen wurden am IFR Ulm verknüpft und die Plausibilisierung sowie eine Repräsentativitäts- und Non-Responder-Analyse durchgeführt.

In die Analysen eingeschlossen werden konnten Daten von 324 Interventionsgruppen-Teilnehmern (MBOR), 117 Teilnehmern der prospektiven Kontrollgruppe und 282 Datensätze von Rehabilitanden vor Einführung der MBOR („historische“ KG).

Zu Rehabilitationsbeginn sowie zwölf Monate nach Rehabilitation wurde im Rahmen der Fragebogenerhebung die subjektive Arbeitsfähigkeit mithilfe des Work Ability Index (WAI) erfasst. Das Ergebnis des WAI stellt einen individuellen Summenwert zwischen 7 und



49 dar, wobei eine Einteilung in „kritisch“, „mäßig“, „gut“ und „sehr gut“ vorgenommen werden kann. Innerhalb der MBOR-Teilnehmer ( $MW_{\text{Alter zu Reha-Beginn}} = 53,8$  Jahre,  $SD = 7,1$ ; 83,7% männlich) konnten die Werte des Work Ability Index zur subjektiven Arbeitsfähigkeit zwischen Reha-Beginn ( $t_1$ ) und 12 Monate nach der Rehabilitation ( $t_3$ ) verglichen werden. Nahezu zwei Drittel der Rehabilitanden, für die der WAI-Gesamtwert zu beiden Zeitpunkten ( $t_1$  und  $t_3$ ) vorlag, fielen zu Reha-Beginn in den WAI-Bereich der als „kritisch“ zu werten ist. Zwölf Monate nach Reha-Ende hat sich dieser Anteil verringert, sodass weniger als die Hälfte der Rehabilitanden in den „kritischen“ Bereich der subjektiven Arbeitsfähigkeit fielen. Bei Rehabilitanden, die zu Rehabilitationsbeginn noch einen „kritischen“ WAI-Wert aufwiesen, konnten sowohl Verbesserungen in die Kategorie „mäßig“ als auch in die Kategorie „gut“ beobachtet werden. Diese Verschiebungen sind statistisch signifikant (Vorzeichen-Rangtest nach Wilcoxon:  $p < 0,05$ ).

Im Jahr 2022 wurden die Daten ausgewertet und der Abschlussbericht verfasst. Das Projekt wurde Ende 2022 abgeschlossen.

#### FAZIT:

Die Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit im Zuge der MBOR-Maßnahmen weist auf einen Zusatznutzen des Ansatzes hin. Leider wurden bei den historischen Fällen diese subjektiven Einschätzungen noch nicht erhoben, so dass diese Veränderung nicht durch einen Vergleich abgesichert werden kann.

Bei Vergleichen des Erwerbstatus der MBOR-Teilnehmer mit der historischen Kontrollgruppe (reguläre medizinische Reha-Leistung) sind die Ergebnisse weniger eindeutig. Für die MBOR-Gruppe ergeben sich leicht bessere Werte; die Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant.

---

#### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

#### KOOPERATION

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



## 5.5 PRÄDIKTOREN DES REHABILITATIONSERFOLGS NACH BECKEN- UND ACETABULUMFRAKTUREN

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

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. biol. hum. L. Tepohl ✉ [lena.tepohl@ifr-ulm.de](mailto: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:

Zuerst wurde die aktuelle Versorgungssituation in der Rehabilitation nach Beckenverletzung untersucht. Dazu wurden die bei Patienten durchgeführten therapeutischen Maßnahmen in Modellkliniken überprüft. Des Weiteren wurden im Rahmen einer Doktorarbeit 123 Reha-Entlassbriefe von Patienten mit Becken- und/oder Acetabulumfraktur ausgewertet. Das Ziel dieser Auswertung war die Identifikation von Patiententypen und die Ableitung der unterschiedlichen Rehabilitationsziele, Maßnahmen und Ergebnisse der verschiedenen Patiententypen. Weiterhin wurden bei den Patienten mit Becken- und/oder Acetabulumfrakturen sowohl soziodemographische 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 erfolgte die Evaluation der Ergebnisse der Rehabilitationsmaßnahmen über die AG Becken der DGU/AO. Mit Hilfe der Evaluation sollten die Aspekte Teilhabe und Aktivität der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) aus subjektiver und objektiver Sicht erhoben werden. Hierzu wurden Fragebögen entwickelt, die sowohl von den behandelnden Rehabilitationsärzten, als auch von den Rehabilitanden bei Beginn ( $t_1$ ) und Ende ( $t_2$ ) der Rehabilitationsmaßnahme ausgefüllt wurden. Mit Hilfe dieser Fragebögen soll die Ergebnisqualität der Rehabilitationsmaßnahmen bei Becken- und Acetabulumfrakturen überprüft werden. Die Evaluation umfasste auf Patientenseite Elemente des Merle d'Aubigné Score, des Assessment of Quality of Life und des Gesundheitsfragebogens EQ5D-3L. Zusätzlich beantworteten die Rehabilitanden die Fragebögen FIM (Functional Independence Measure) und IRES-3 (Indikatoren des Reha-Status). Die behandelnden Rehabilitationsärzte machten Angaben zu Rehabilitationszielen und deren Erreichung sowie zum Staffelstein-Score. Bei Entlassung aus der Rehabilitationsklinik erfolgte die Mitteilung bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung auf Basis des Blattes 1a des Reha-Entlassungsberichts der Deutschen Rentenversicherung. Für die Erhebung und Auswertung von langfristigen Ergebnissen wurden die Rehabilitanden 12 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik ( $t_3$ ) erneut befragt.

## AKTUELLER STAND:

Die Analysen der Befragungsdaten wurden bereits 2021 ausgewertet und im Jahresbericht 2021 aufgenommen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Rehabilitanden im Laufe der Rehabilitation verbessert haben, insbesondere in Bezug auf die Mobilität und den allgemeinen Gesundheitszustand.

Im Jahr 2022 wurden die Daten aus dem Beckenregister abgefragt, aufbereitet und ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Übergangszeit zwischen Akutkrankenhaus und der Rehabilitationsklinik im Mittel 33 Tage betrug. Am häufigsten erlitten die Rehabilitanden eine Beckenringfraktur, gefolgt von einer Acetabulumfraktur. Fahrradunfälle und Stürze aus einer Fallhöhe von über 3 Meter stellten die häufigsten Ursachen für die Verletzung dar. Die Analysen der Regressionsmodelle zum Reha-Erfolg und zur Beschäftigung erfolgten ebenfalls im Jahr 2022. Insbesondere der Reha-Status, gemessen mit dem IRES-3-Fragebogen, das weibliche Geschlecht, Mehrfachverletzungen und Verkehrsunfälle haben einen Einfluss auf den Reha-Erfolg.

Die finalen Ergebnisse wurden im Abschlussbericht aufbereitet und an die AG Becken III sowie die DGU übermittelt. Das Projekt wurde Ende 2022 abgeschlossen. Eine Publikation der Ergebnisse ist für das Jahr 2023 geplant.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Eigenmittel

## KOOPERATION

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



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

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

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

### HINTERGRUND:

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

Beginn der Studie (2019) noch bei sechs Monaten lag, wurde im Rahmen der Studie Bestandsschutz für diese Dauer gewährt. Somit durchlaufen auch weiterhin alle Studienteilnehmer eine sechsmonatige Eigenaktivitätsphase, um die Vergleichbarkeit zwischen den Teilnehmern zu gewährleisten.

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

Eine Möglichkeit, die Bindung der Teilnehmer an 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 oder für Personen, die im Schichtbetrieb arbeiten eine sinnvolle Ergänzung der klassischen Präventionsleistungen dar. Zudem lassen sie sich besser in den normalen Tagesablauf einbauen, wodurch Personenkreise erreicht werden können, die aus beruflichen oder privaten Gründen die Präventionsmaßnahme nicht durchführen können.

## METHODIK:

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

Im Modell 2 werden die Teilnehmer im Rahmen der Eigenaktivitätsphase weiterhin persönlich von den Therapeuten betreut, allerdings werden dabei die wöchentlichen Präsenztermine in der Einrichtung auf eine 14-tägige Durchführung reduziert, um die eigenständige Durchführung von weiteren Trainingseinheiten (außerhalb des Präventionsprogramms) zu fördern. Durch die Begleitung sollen die Teilnehmer unterstützt werden, das in der Initial- und Trainingsphase erlernte gesundheitsfördernde

Verhalten auch in der Eigenaktivitätsphase beizubehalten bzw. auszubauen. Der Umfang von zwölf Einheiten á 90 Minuten sowie die Inhalte aus den Bereichen Ernährung, Entspannung, Edukation und Bewegung sind dabei analog zu Modell 3. Das Modell 3 sieht die Implementierung der Inhalte während der Eigenaktivitätsphase anhand der Online-Therapieplattform Caspar vor. Mit dieser Plattform können die Therapeuten individuelle Trainingspläne für die einzelnen Teilnehmer zusammenstellen und mit ihnen kommunizieren. Der erstellte Trainingsplan kann von den Teilnehmern auf einem PC, Tablet oder Smartphone genutzt werden. Alle Übungsaktivitäten der Teilnehmer werden in beiden Modellen dokumentiert.

Die Evaluation der beiden neuen Modelle im Vergleich zum klassischen Präventionsmodell erfolgt anhand einer (teil-) randomisierten kontrollierten Studie (Comprehensive Cohort Design). In die Studie sollen je Modell ca. 250 Teilnehmer eingeschlossen werden, die im medicos.AufSchalke rekrutiert werden. An drei Diagnostik-Terminen a) vor der Trainingsphase ( $t_0$ ), b) nach der Trainingsphase ( $t_1$ ) sowie c) nach der Eigenaktivitätsphase ( $t_2$ ) werden von allen Teilnehmern konditionelle und koordinative Fähigkeiten erfasst. Ferner beantworten die Teilnehmer Fragen zu ihrem Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand, zu bestehenden Risikofaktoren sowie zur Motivation und zur Behandlungszufriedenheit. Inwieweit durch die längere Begleitung der Teilnehmer in den Modellen 2 und 3 auch die Compliance erhöht wird, soll durch die Teilnehmerquote am Refresher-Tag abgebildet werden.



---

## AKTUELLER STAND:

Für das Projekt wurde aufgrund der Covid-19 Pandemie im Jahr 2021 eine kostenwirksame Verlängerung von sechs Monaten beantragt. Diese wurde im Frühjahr 2022 vom Förderer bewilligt.

Die Rekrutierung der Teilnehmer startete am 01.09.2019 und lief mit der Verlängerung bis zum 04.03.2022. In der Zeit konnten 339 Studienteilnehmer gewonnen werden, bei denen auch Daten zu  $t_0$  vorliegen (Beginn der Präventionsmaßnahme RV-Fit). Die Studienteilnehmer wurden teilrandomisiert wie folgt auf die drei Modelle aufgeteilt: Modell 1 = 112 (68,3%), Modell 2 = 142 (86,6%), Modell 3 = 85 (51,8%)

Teilnehmer. Die Datenerhebung nach der Trainingsphase ( $t_1$ ) ist ebenfalls abgeschlossen und umfasst 274 Datensätze. Bis ins vierte Quartal 2022 werden Daten zum Messzeitpunkt  $t_2$  (Ende der Maßnahme/Refresher) erhoben.

Im Frühjahr 2022 wurden für den Sachstandsbericht erste Analysen zur Refresher-Quote mit einer Teilstichprobe von  $n=156$  Teilnehmern, die das RV Fit Programm bereits beendet hatten, durchgeführt. Dabei zeigte sich tendenziell eine Verbesserung der Refresher-Quote von 7% (vor der Studie) auf 32,1% (mit der Studie). Alle Studienergebnisse sollen bis Ende Februar 2023 in einem Abschlussbericht dargestellt und schließlich in einer Fachzeitschrift publiziert werden.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Westfalen
- Eigenmittel

## KOOPERATION

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



## 5.7 EVALUATION EINER TELE-REHA-NACHSORGEMAßNAHME

**PROJEKTZIEL:** Ziel der Studie ist der Vergleich zwischen den bekannten face-to-face-Nachsorgemaßnahmen (v.a. IRENA) und einer Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme am Beispiel der Online-Therapieplattform Caspar. Es soll untersucht werden, ob sich die beiden Nachsorgemaßnahmen hinsichtlich verschiedener Zielgrößen (z.B. Gesundheitszustand, Arbeitsfähigkeit) unterscheiden und welche Maßnahme für welche Patientengruppen geeignet ist.

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ [rainer.kaluscha@ifr-ulm.de](mailto:rainer.kaluscha@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5102

### 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 23% der Rehabilitanden vollständig umgesetzt, da berufliche und private Hinderungsgründe der Teilnahme an einer Nachsorge entgegenstehen können. Hier sind innovative Konzepte gefragt, welche durch die Nutzung neuer Kommunikations- und Informationstechnologien den Zugang zu bzw. die Teilnahme an Nachsorgeangeboten erleichtern und diese für einen größeren Patientenkreis zugänglich machen.

Die Online-Plattform Caspar ermöglicht eine indikationsübergreifende, internetbasierte Nachsorge mit multimodaler Behandlung der Patienten. Der Patient kann den für ihn erstellten Therapieplan auf seinem Heim-PC, Tablet oder

Smartphone nutzen und ist somit zeitlich und örtlich flexibel. Alle Übungsaktivitäten des Patienten werden dokumentiert, wobei die Plattform eine bidirektionale Kommunikation zwischen Teilnehmer und Therapeut bzw. Arzt ermöglicht.

### METHODIK:

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

Es wird eine Fallzahl von ca. 600 Patienten (300 Tele + 300 face-to-face) angestrebt. Dabei ist die Verteilung der Indikationen von den Rehabilitationseinrichtungen abhängig. Aufgrund dessen wird ein Anteil von ca. 85% (n=510) mit einer orthopädischen Indikation und von ca. 15% (n=90) mit einer kardiologischen und/oder neurologischen Indikation erwartet. Die Rekrutierung erfolgt in 13 ambulanten Reha-zentren der Nanz medico GmbH & Co. KG in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg.

Zielgrößen sind der Anteil der Nicht-Anreter bzw. Abbrecher-Quoten, der Gesundheitszustand, die Funktionsfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit, das Gesundheitsverhalten, Prädiktoren der Inanspruchnahme der Nachsorge, der Erwerbsstatus und die Zufriedenheit bei Patienten und Therapeuten. Die Anzahl der Nicht-Anreter und Abbrecher wird von den Zentren erfasst und in Studienlisten dokumentiert. Für die Operationalisierung der restlichen Zielgrößen wird ein Fragebogen genutzt. Dieser basiert auf standardisierten und etablierten Fragebögen (WAI, IRES-3.1 bis 3.3, Zuf-8) und wird um eigene Items ergänzt (z.B. Gründe zur Wahl der Nachsorgeform). Die Datenerhebung findet zu den folgenden vier Zeitpunkten statt: vor der Rehabilitation ( $t_0$ ), nach der Rehabilitation bzw. vor der Nachsorge ( $t_1$ ), am Ende der Nachsorge ( $t_2$ ) sowie sechs Monate nach dem Ende der

Nachsorge ( $t_3$ ). Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (face-to-face vs. Tele) werden mittels deskriptiver Statistik und multivariater Verfahren analysiert.

---

#### AKTUELLER STAND:

Die Rekrutierung der Studie startete am 01.05.2019 und wurde am 31.12.2021 mit einer Fallzahl von 1.678 Studienteilnehmenden erfolgreich abgeschlossen. Davon haben 1.241 Teilnehmende eine Nachsorge angetreten. Für die face-to-face-Nachsorge (IRENA) konnten 720 Studienteilnehmer und für die Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme (CASPAR) 496 Studienteilnehmer rekrutiert werden. Bei n=25 Inanspruchnehmenden wurde keine Angabe zur Maßnahmenart gemacht. Fragebögen zu Beginn der Nachsorge ( $t_1$ ) liegen von 812 Teilnehmenden vor. Zum Ende der Maßnahme ( $t_2$ ) sind 455 Datensätze vorhanden. Die Datenerhebung der Katamnese ( $t_3$ ) endet im November 2022. Für die Messzeitpunkte  $t_0$ - $t_2$  werden die Analysen bis Ende 2022 abgeschlossen und ein Abschlussbericht erstellt. Im Jahr 2023 wird der Abschlussbericht noch um die Ergebnisse der Katamnese ( $t_3$ ) ergänzt. Des Weiteren ist für das Jahr 2023 eine Publikation der Studienergebnisse geplant.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Nanz medico GmbH & Co. KG
- GOREHA GmbH

## KOOPERATION

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



## 5.8 ENTWICKLUNG EINES BEWERTUNGSKONZEPTES FÜR DIE REHABILITAND\*INNENBEFRAGUNG IM BEREICH DER KINDER- UND JUGEND-REHA (KIJU ADMO)

**PROJEKTZIEL:** Ziele des Projektes sind die Validierung der Rehabilitandenbefragung im Kinder- und Jugendbereich, die Erarbeitung eines Bewertungskonzepts inkl. einer Adjustierung des Outcomes für sachgerechte Fachabteilungsvergleiche und die anwenderfreundliche Darstellung der Ergebnisse. Der Bereich 0430 der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund schrieb ein entsprechendes Projekt aus, um das sich das IFR erfolgreich bewarb.

**ANSPRECHPARTNER:** S. Leinberger ✉ [sarah.leinberger@ifr-ulm.de](mailto:sarah.leinberger@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5108

### HINTERGRUND:

Um die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stetig zu verbessern, setzt die Deutsche Rentenversicherung verschiedene Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) ein. Das Programm der Reha-QS der DRV ist entlang der drei zentralen Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgebaut und wird bei Fachabteilungen eingesetzt, die rentenversicherungseigen oder von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegt sind.

Die Rehabilitandenbefragung trägt mit der Rehabilitandenzufriedenheit und dem subjektiven Behandlungserfolg zwei Qualitätsindikatoren zur Bildung des Gesamtwertes der Qualität einer Reha-Fachabteilung bei. Die Befragung von Personen, die eine medizinische Rehabilitationsleistung zu Lasten der DRV durchgeführt haben, wird sowohl in der Erwachsenen-Rehabilitation als auch im Bereich der

Kinder- und Jugendrehabilitation durchgeführt. Durch eine Berücksichtigung vorbestehender Rehabilitandenmerkmale (Adjustierung) wird bei der Auswertung der Rehabilitandenbefragung im Erwachsenenbereich bereits ein sachgerechter Vergleich von Reha-Fachabteilungen ermöglicht.

Bei der Rehabilitandenbefragung im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendrehabilitation findet das Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Fachabteilungen in Form von fachabteilungsübergreifend vergleichbaren Qualitätspunkten noch keine Anwendung. Übergeordnetes Ziel des Projekts ist es, durch die Entwicklung eines Verfahrens zur sachgerechten Bewertung von Reha-Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche auch für diesen Bereich zukünftig eine Ergebnisauswertung der Rehabilitandenbefragung in Form von Qualitätspunkten zu ermöglichen, da diese künftig auch als Bestandteil der qualitätsorientierten Belegungssteuerung benötigt wird.

---

## METHODIK:

Fragebogenangaben aus der Rehabilitandenbefragung im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation aus den Jahren 2017 bis 2021 werden mit verfügbaren Variablen aus den Routinedaten der Rentenversicherungsträger wie Geburtsjahr, Geschlecht und Diagnosen der Kinder und Jugendlichen verknüpft und als Datengrundlage für die statistischen Analysen genutzt.

Die Angaben aus den Fragebögen werden mithilfe von internen Konsistenzanalysen und Konstruktvaliditätsanalysen validiert. Hierfür werden Konsistenzmaße für die einzelnen Subskalen berechnet (z.B. Cronbach's Alpha) und die Struktur Qualitätsdimensionen mit Faktorenanalysen überprüft.

Anhand von statistischen Auswertungen in Form von Regressionsmodellen mit einer oder mehreren Ebenen werden Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit und den subjektiven Behandlungserfolg identifiziert, welche die Fachabteilungen nicht unmittelbar beeinflussen können.

Auf Basis dieser Analysen werden Adjustierungsmodelle entwickelt, anhand derer die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung fachabteilungsübergreifend vergleichbar gemacht werden können.

Unter Einbezug von Fokusgruppen mit Teilnehmenden aus Reha-Einrichtungen sowie Rentenversicherungsträgern wird ein verständliches Rückmeldekonzept zu den Ergebnissen entwickelt.

---

## AKTUELLER STAND:

Ende des 3. Quartals 2022 wurden die Vorbereitungen für die Analysen abgeschlossen, die unter anderem die Aufbereitung des Projektdatensatzes und eine Missing Data Analyse beinhalteten. Die Fragebogenvalidierung wurde Anfang des 4. Quartals 2022 abgeschlossen. Derzeit werden die Adjustierungsmodelle entwickelt, auf deren Basis das Rückmeldekonzept erstellt und die Fokusgruppen durchgeführt werden. Das Projekt soll im Frühjahr 2023 abgeschlossen werden.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

## KOOPERATION

- DRV Bund



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

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

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ [rainer.kaluscha@ifr-ulm.de](mailto:rainer.kaluscha@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5102

### HINTERGRUND:

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

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

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

Ein solches Verzahnung von StWE und Reha-Leistungen existiert im Rahmen der Regelversorgung unter Kostenträgerschaft der Rentenversicherung bislang nicht. Das Modellprojekt schließt diese Lücke durch Ergänzung der klassischen StWE. Zum einen wird die StWE durch Reha-Tage ergänzt, um den Gesundheitszustand und arbeitsplatzrelevante Fähigkeiten während der Wiedereingliederung zu verbessern. Zum anderen wird die StWE nicht nach einem festgelegten Stundenschema absolviert, sondern kann individuell je nach Leistungsfähigkeit des Patienten gestaltet und angepasst werden.

Außerdem erfolgt ein Coaching am Arbeitsplatz durch Therapeuten bzw. den Arzt/ die

Ärztin, um bei Bedarf in Abstimmung mit dem Arbeitgeber den Arbeitsplatz oder das Arbeitsgebiet an die Defizite anzupassen. So soll Patienten, die aufgrund der Defizite nicht in der Lage sind eine klassische StWE zu absolvieren, eine frühzeitige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit ermöglicht werden.

#### METHODIK:

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

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

ergibt sich unter anderem, welche Personengruppen besonders von START profitieren, so dass Empfehlungen für die Zuweisung abgeleitet werden können.

Um nicht nur die Patientenperspektive, sondern auch die Arzt- und Arbeitgeberperspektive zu beleuchten, erfolgt eine Befragung des jeweiligen Arbeitgebers und der Ärzte in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen. Hierbei sollen die Zufriedenheit mit der START-Intervention sowie Stärken und Schwächen des Verfahrens erfasst werden.

#### AKTUELLER STAND:

Die Modellphase wurde im Juli 2022 abgeschlossen. Es konnten insgesamt 31 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Auf Grund der COVID-19-Pandemie konnte die geplante Fallzahl von 100 Patienten leider nicht erreicht werden. Die Nachbefragung der Teilnehmenden, ein Jahr nach Abschluss der START-Maßnahme, hat im dritten Quartal 2021 begonnen und wird bis Juli 2023 fortgeführt. Die Analyse der Daten aus den Befragungen findet fortlaufend statt und wird bis zum Ende des zweiten Quartals 2023 andauern.

---

#### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

#### KOOPERATION

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

## 5.10 PRÄVENTION FÜR ARBEITSLOSE IN BADEN-WÜRTTEMBERG (PRÄVALO)

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

**ANSPRECHPARTNER:** E. Gaus ✉ [ellen.gaus@ifr-ulm.de](mailto:ellen.gaus@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5202

### HINTERGRUND:

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

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

Vergleich zu bisherigen Angeboten – vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung – soll den Arbeitslosen ein multimodales Programm angeboten und die Teilnehmer über eine längere Dauer (6 Monate) 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 RV Fit der Deutschen Rentenversicherung modifiziert und in den Modellregionen Ulm und Göppingen (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg) erstmalig auch für Menschen ohne bestehendes Beschäftigungsverhältnis angeboten. Modifizierte Inhalte fokussieren u.a. die Stärkung der psychischen Widerstandskraft (Resilienz), die Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie die Befähigung zum besseren Umgang mit durch die Arbeitslosigkeit

bedingten Konflikten und knappen Ressourcen (Empowerment).

### METHODIK:

Zielgruppe des Modellprojekts sind Arbeitslose mit Arbeitslosengeld I und Langzeitarbeitslose mit Arbeitslosengeld II-Bezug mit bestehenden Risikofaktoren bzw. -verhalten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die PräVAlo-(Studien-)Teilnehmer durchlaufen nach der Initialphase, eine 6-monatige Trainingsphase und ein abschließendes Refresher-Wochenende. Für die Evaluation des Modellprojekts ist eine Stichprobengröße von ca. 150 Teilnehmenden vorgesehen.

Der Erkenntnisgewinn wird durch eine fortlaufende Evaluation des Modellvorhabens sichergestellt. Die Teilnehmenden werden zu Beginn ( $t_0$ ), während der Trainingsphase ( $t_1$ ), am Ende ( $t_2$ ) sowie 6 Monate nach Abschluss des Präventionsprogramms ( $t_3$ ) zu ihrem physischen und psychischen Gesundheitszustand, zu bestehenden Risikofaktoren, ihrem Gesundheitsverhalten sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Zudem wird nach Maßnahmen die Zufriedenheit mit dem Präventionsprogramm erhoben. Die subjektiven Angaben werden durch Zahlen zur Teilnehmer- und Abbrecher-Quote ergänzt. Des Weiteren werden Fokusgruppen mit den beteiligten Ärzten und Therapeuten der

Rehabilitationseinrichtungen geführt, um Optimierungspotenziale zu erkennen. Zusätzlich sollen im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts auch Interviews mit den Teilnehmenden der PräVAlo-Maßnahme geführt werden, um auch die Perspektive der Teilnehmenden mit in die Evaluation einzubeziehen.

### AKTUELLER STAND:

Seit April 2022 rekrutieren nun auch die Mitarbeitenden der Agentur für Arbeit und des Jobcenters Teilnehmende für das Modellprojekt. Dies war bereits zu Beginn des Projekts vorgesehen, allerdings konnte die aktive Ansprache durch die Mitarbeitenden im Jobcenter und der Arbeitsagenturen aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht durchgeführt werden. In dieser Zeit wurde auf einen alternative Rekrutierungsweg mittels einer postalische Anschreibaktion, die durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg erfolgte, zurückgegriffen. Derzeit liegen zum Erhebungszeitpunkt  $t_0$  58 Fragebögen, für den Erhebungszeitpunkt  $t_1$  15 Fragebögen und für den Erhebungszeitpunkt  $t_2$  sechs Fragebögen von den PräVAlo-Teilnehmenden vor. Im Rahmen der qualitativen Erhebungen wurden die am Projekt beteiligten Sporttherapeuten der ZAR's in Göppingen und Ulm interviewt. Das Projekt wurde dieses Jahr bei der Fachtagung rehapro, die im September in Duisburg stattfand, vorgestellt.

---

### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

### KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- ZAR Ulm
- ZAR Göppingen

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

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

**ANSPRECHPARTNER:** C. Kaltenbach und Dr. biol. hum. L. Tepohl ✉ [lena.tepohl@ifr-ulm.de](mailto:lena.tepohl@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5300

### HINTERGRUND:

Prävention ist umso wirksamer, je früher damit begonnen wird. Daher bietet die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihren Versicherten bereits ab dem 35. Lebensjahr einen Gesundheitscheck zur Identifikation gesundheitlicher Beeinträchtigung und ggf. Einleitung erforderlicher Maßnahmen an. Nach dem Grundsatz "Prävention vor Reha vor Rente" hat auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) den Auftrag, berufsbedingte Belastungen, die ein Risiko für Erwerbsunfähigkeit darstellen, frühzeitig zu erkennen und ihnen mit entsprechenden Maßnahmen entgegen zu treten. Die hohe Anzahl jährlich neu bewilligter Erwerbsminderungsrenten (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021) und die Zunahme der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020) wegen Erwerbsminderung legen nahe, dass bisher Präventionspotenziale noch unzureichend

genutzt wurden. Aus diesem Grund wurde im vorliegenden Modellprojekt der Ü35-Gesundheitscheck der GKV um das Work-Ability-Index-Modul des Ü45-Gesundheitschecks der DRV Baden-Württemberg (BW) ergänzt. Zum einen können bestehende Erkrankungen und individuelle Risikofaktoren (bspw. kardiovaskuläre Erkrankungen) identifiziert und ggf. Präventionsmaßnahmen der GKV empfohlen werden. Zum anderen kann die Arbeitsfähigkeit anhand des Work Ability Index (WAI) ermittelt und bei Bedarf Teilhabeleistungen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit eingeleitet werden (WAI-Modul).

Ziel der wissenschaftlichen Begleitstudie des rehapro-Modellprojekts war es, Erkenntnisse über Nutzen, Zufriedenheit und Verbesserungspotenziale des Ü35-Gesundheitscheck mit WAI (Ü35-Check+) als kombiniertes Angebot von DRV Baden-Württemberg und der GKV zu gewinnen und speziell den berufsbezogenen Teil der DRV Baden-Württemberg zu

evaluieren. Zielgruppe des „Ü35-Check+“ sind dabei Personen, die der Sozialversicherungspflicht (Entgelt-, Krankengeld- und Arbeitslosengeld I-Empfänger) unterliegen.

## METHODIK:

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

Sowohl die IG als auch die VG wurde zu zwei Zeitpunkten befragt. Die IG erhielt den Fragebogen unmittelbar nach der Durchführung des Ü35-Checks+ ( $t_1$ ) und ein Jahr nach dem Ü35-Check+ ( $t_2$ ). Die VG wurde entweder zu Beginn des Modellprojekts befragt, wenn der Versicherte bereits im Vorjahr an einem Ü35-Gesundheitscheck der GKV teilgenommen hat oder unmittelbar nach dem Ü35-

Gesundheitscheck der GKV, wenn die Person zur Teilnahme am Ü35-Check+ nicht berechtigt war (bspw. nicht bei der DRV Baden-Württemberg versichert) ( $t_1$ ) und ebenfalls ein Jahr danach ( $t_2$ ). Die statistische Auswertung erfolgte anhand deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden. Neben der deskriptiven Beschreibung zur subjektiven Einschätzung des Ü35-Checks+ wurden inferenzstatistische Verfahren angewandt, um Gruppenvergleiche durchzuführen und bestehende Unterschiede auf statistische Signifikanz ( $\alpha = 0,05$ ) zu prüfen. Eine der Zielgrößen war dabei die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen zwischen Teilnehmenden am Modellprojekt und der Vergleichsgruppe. Dabei wurden die Leistungsanspruchnahme bei den Teilnehmenden ein Jahr nach Durchführung des „Ü35-Checks+“ und bei der Vergleichsgruppe ein Jahr nachdem sie einen WAI-Fragebogen ausgefüllt haben, erhoben.

Um außerdem zu prüfen, welche Altersklassen ab 35 Jahren eher Präventions- und welche eher Rehabilitationsbedarf aufweisen, wurde die Anzahl an Empfehlungen und in Anspruch genommener Leistungen zwischen verschiedenen Altersgruppen verglichen. Des Weiteren wurden die Teilnehmenden des Modellprojekts und der Vergleichsgruppe u. a. zum subjektiven Bedarf an einem Gesundheitscheck mit einem berufsbezogenen Screening zur Messung der Arbeitsfähigkeit befragt. Dabei sollten alle Studienteilnehmer angeben, ob sie einen „kombinierten“ oder zwei separate Gesundheitschecks präferieren. Die Teilnehmenden des Modellprojekts sollten zudem das Angebot „Ü35-Check+“ bewerten. Dadurch konnten Hinweise auf den Bedarf an Veränderungen hinsichtlich der Ausgestaltung des „Ü35-Check+“ gewonnen werden.

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

### AKTUELLER STAND:

Die Katamnese-Befragung der Teilnehmenden am Modellprojekt bzw. der Vergleichsgruppe wurde Mitte 2022 abgeschlossen und damit die Datenerhebung beendet. Im Anschluss erfolgten die Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse.

Das Projekt wurde Ende 2022 abgeschlossen und ein ausführlicher Abschlussbericht der DRV Baden-Württemberg übergeben. Das Projekt wurde beim Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien 2022 und bei der Fachkonferenz rehapro 2022 vorgestellt. Für das Jahr 2023 ist eine Publikation geplant.

Insgesamt konnten 128 Versicherte der IG (59,1% männlich, 40,9% weiblich, Alter:  $51,9 \pm 6,8$  Jahre) und 146 Versicherte der VG (47,9% männlich, 52,1% weiblich, Alter:  $51,6 \pm 7,6$  Jahre) eingeschlossen werden. Nach Abschluss der Nachbefragung konnten insgesamt 56 Fragebögen in der IG und 86 Fragebögen der VG registriert und für die Analyse mit

den Daten aus der Erstbefragung verknüpft werden.

### FAZIT:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Ü35-Check+ sowohl von den beteiligten Ärzten/-innen als auch von den Teilnehmenden als sehr positiv bewertet wurde. Darüber hinaus kann im Rahmen des Modellprojekts von einer verstärkten Inanspruchnahme vor allem rehabilitativer, aber auch präventiver Leistungen unter der Trägerschaft der DRV BW gesprochen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass das Thema Erwerbsfähigkeit und die Sensibilisierung für das Thema sowohl bei den Hausärzten, als auch bei den Versicherten wichtig ist. Sodass, das Potenzial des Ü35-Checks+ für eine Integration in die Regelversorgung groß ist. Der Großteil der Teilnehmenden ist mit dem berufsbezogenen Teil des kombinierten Gesundheitschecks sehr bzw. weitgehend zufrieden und sieht diesen als sinnvoll an. Des Weiteren scheint der WAI, als Screening-Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit, einen guten Einstieg in das Thema Erwerbsfähigkeit zu geben. Der WAI als Hilfestellung zur individuelle Bedarfserhebung kann ergänzend zum Arzt-Patienten Gespräch genutzt werden.

### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

### KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg





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

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

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. biol. hum. S. Jankowiak ✉ [silke.jankowiak@ifr-ulm.de](mailto:silke.jankowiak@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5106

### HINTERGRUND:

Das Vergütungssystem nach DRG (diagnosis related groups) setzt Anreize für eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Patienten verfügen dabei jedoch nicht über die geforderte Rehabilitationsfähigkeit, so dass sie, trotz positivem Rehabilitationspotential, positiver Prognose und Rehabilitationsbedarf, häufig zunächst nach Hause oder in Kurzzeitpflege entlassen werden. Weder im häuslichen Umfeld noch in der Kurzzeitpflege erfolgt eine ausreichende therapeutische Versorgung bzw. eine multimodale Behandlung unter biopsychosozialen Gesichtspunkten. Die idealerweise früh beginnende und lückenlos fortzusetzende Rehabilitation findet nicht statt und es resultiert ein „Rehaloch“.

Es drohen ein Abfall der Leistungsfähigkeit sowie ein erhöhtes Risiko für Komplikationen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Rehabilitationsfähigkeit nicht mehr erreicht wird und Dauerpflege notwendig wird. Zudem besteht

das Risiko, dass Verbesserungspotentiale verschenkt werden und eine Rehabilitation nur verspätet und mit einer schlechteren Ausgangslage als nötig eingeleitet wird.

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

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

## METHODIK:

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

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

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

## AKTUELLER STAND:

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

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

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

Da Anfang Oktober 2021 der Antrag auf Laufzeitverlängerung nicht bewilligt war, die angestrebte Zahl von 10 Akutkliniken nicht erreicht werden konnte und auch die 4. Welle der Covid-19-Pandemie begann, wurde in Absprache mit dem Projektträger und der Konsortialführung (AOK BW) am 14. Oktober 2021 vereinbart, dass der traumatologische Strang des Projektes REKUP nicht weitergeführt und vorzeitig beendet wird. Die Covid-19 Pandemie hat das

Projekt leider so stark beeinträchtigt und verzögert, dass eine weitere Verlängerung seitens des G-BA aufgrund haushaltsrechtlicher Restriktionen nicht bewilligt werden konnte.

Im 1. Quartal 2022 gab es erneut Gespräche mit dem DLR und allen Projektbeteiligten. Final wurde beschlossen, dass keine Verlängerung im Projekt bewilligt wird und das gesamte Projekt Ende September 2022 endet. Das IFR erhielt dann einen Bescheid, dass aufgrund der sehr starken Beeinträchtigung des traumatologischen Strangs dieser bereits zum 31.12.2021 vorzeitig beendet wurde. Im Jahr 2022 wurden dann sämtliche Dokumente für den Projektabbruch sowie ein Ergebnis-, Evaluations-, und Abschlussbericht erstellt.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss, Innovationsfonds

## KOOPERATION

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



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

**PROJEKTZIEL:** Im Rahmen einer von der DRV Baden-Württemberg geförderten Evaluationsstudie soll ein Vergleich zwischen dem neu eingeführten Behandlungskonzept in den Fachkliniken Wangen und dem bisherigen Behandlungskonzept gezogen werden. Dabei sollen insbesondere die Rehabilitationsergebnisse (z.B. Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit, Lebensqualität, Krankheitsmanagement, Zufriedenheit) und ihre Stabilität aus Sicht der betroffenen Kinder/Jugendlichen und der Bezugspersonen ausgewertet werden.

**ANSPRECHPARTNER:** S. Leinberger ✉ [sarah.leinberger@ifr-ulm.de](mailto:sarah.leinberger@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5108

### HINTERGRUND:

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

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

### METHODIK:

Um die Rehabilitationsergebnisse des alten und des neuen Behandlungskonzeptes für Kinder und Jugendliche mit bestimmten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen wie ADHS, Depression oder Zwangserkrankungen

in den Fachkliniken Wangen zu vergleichen, werden Rehabilitanden mittels Fragebögen befragt. Zum einen werden Kinder und Jugendliche, die eine Rehabilitation nach dem alten Konzept durchgeführt haben (Kontrollgruppe, KG), befragt und zum anderen diejenigen, die eine Rehabilitation nach dem neuen Konzept absolvieren (Interventionsgruppe, IG). Die Interventionsgruppe wird zu drei Zeitpunkten befragt:

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

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

Neben den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugsperson wird auch die Einschätzung des Fachpersonals der Fachkliniken Wangen hinsichtlich der Unterschiede beider Behandlungskonzepte in den Auswertungen berücksichtigt. Durch leitfadensbasierte qualitative Interviews werden fünf behandelnde Personen des interdisziplinären Teams zur Beurteilung des Rehabilitationserfolgs der Kinder und Jugendlichen sowie zum neuen und alten Behandlungskonzept befragt.

---

#### AKTUELLER STAND:

Die Interviews mit Behandelnden der Fachkliniken Wangen wurden bereits durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Zudem ist die Befragung der Interventionsgruppe zu den Zeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  sowie die Befragung der Kontrollgruppe ( $t_3$ ) abgeschlossen. Im Sommer 2022 begann die Nachbefragung der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt  $t_3$ . Insgesamt wurden 481 Kinder und Jugendliche in die Studie eingeschlossen: 275 in der Interventions- und 206 in der Kontrollgruppe. Die Rücklaufquote der IG betrug zu  $t_1$  48% und zu  $t_2$  30%, in der KG knapp 27%. Die Befragungsdaten werden momentan für die Analysen aufbereitet.

In der Interventionsgruppe liegt das Durchschnittsalter der Kinder und Jugendlichen bei 11,2 Jahren ( $SD = 3,9$ ), wobei 58,2% männlich sind.

Der mittlere Gesamtwert des KINDL-Fragebogens zur Lebensqualität zu Reha-Beginn ist in der Interventionsgruppe mit 42,1 signifikant niedriger als der nach Alter und Geschlecht gewichtete Normwert von 75,6, wobei höhere Werte eine höhere subjektive Lebensqualität bedeuten. Die Angaben der Befragten in der Interventionsgruppe im Verhaltens-Screening „Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)“ deuten darauf hin, dass ein überdurchschnittlich hoher Anteil der Rehabilitanden/-innen zu Reha-Beginn Anzeichen einer emotionalen (42,3%), Verhaltens- (45,7%) oder Hyperaktivitätsstörung (30,4%) sowie einer Verhaltensstörung mit Gleichaltrigen (44,9%) zeigt (Normbereich: 20% grenzwertig/auffällig).

Über die Hälfte der Bezugspersonen bzw. Kinder/Jugendlichen wünscht sich durch die Rehabilitation eine Veränderung beim Umgang mit der Erkrankung (55,0% bzw. 53,5%), der

Alltagsbewältigung (54,1% bzw. 53,5%) und dem Ernährungsverhalten (57,1% bzw. 62,8%).

---

#### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

#### KOOPERATION

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





## 5.14 „VERNETZUNG – VORBEUGUNG – INTEGRATION (VVI)“

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

**ANSPRECHPARTNER:** E. Gaus ✉ [ellen.gaus@ifr-ulm.de](mailto:ellen.gaus@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5202

### HINTERGRUND:

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein gesundheitlicher Risikofaktor. Zugleich können gesundheitliche Einschränkungen auch zu Arbeitslosigkeit und SGB II-Leistungsbezug führen. Insbesondere bei Personen, die seit mehr als einem Jahr eine Arbeitsstelle suchen, ist verstärkt festzustellen, dass eine Vermittlung oft auch an gesundheitlichen Einschränkungen scheitert, die von Arbeitssuchenden zum Teil selbst nicht eingestanden werden. Neben Suchterkrankungen sind dies oftmals auch körperliche und psychische Erkrankungen sowie Persönlichkeitsveränderungen.

Erfahrungen des Jobcenters Biberach zeigen, dass einem Teil dieser Arbeitssuchenden von ihren Ärzten Arbeitsunfähigkeit attestiert wird – ggf. auch über einen längeren Zeitraum – ohne dass dabei in dieser Zeit intensiv an einer Genesung gearbeitet wird. Dies hemmt den Vermittlungsprozess deutlich und führt in nicht wenigen Fällen dazu, dass nach Jahren eine

Erwerbsunfähigkeit festgestellt wird. Die präventiven Angebote im Rahmen des Modellprojektes VVI sollen dem entgegenwirken, indem eine Vernetzung der unterschiedlichen Akteure wie den Hausärzten und Mitarbeitern des Jobcenters auf der einen Seite und die Begleitung des Arbeitslosen durch Lotsen auf der anderen Seite umgesetzt wird.

Die Planung, Durchführung und Evaluation des VVI-Projektes orientiert sich am gesundheitswissenschaftlichen Konzept des Public Health Action Cycles. Ausgehend von der Problembestimmung, die aufgezeigt hat, dass im Landkreis Biberach eine Vermittlung häufig an gesundheitlichen Einschränkungen scheitert. Im Modellprojekt sollen durch die frühzeitige Einschaltung der erforderlichen Leistungsträger und die Ergreifung von individuellen Maßnahmen und Aktivitäten die Verbesserung bzw. zumindest der Erhalt des Gesundheitszustandes der VVI-Teilnehmenden angestrebt werden.

---

## METHODIK:

Die Zielgruppe sind Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Beschwerden des Bewegungsapparats, psychischen Erkrankungen sowie Personen mit Abhängigkeitserkrankungen, die über das Jobcenter Biberach arbeitssuchend gemeldet sind.

Die Aufnahme ins Projekt erfolgt bei Vorliegen einer begründeten Vermutung einer nicht nur vorübergehenden gesundheitlichen Einschränkung, welche die Erwerbsfähigkeit gefährdet. Im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation des Modellprojekts werden drei verschiedene Perspektiven berücksichtigt. Die Evaluation des Projektes aus Sicht der Teilnehmenden fokussiert die gesundheitlichen Veränderungen, analysiert welche Arbeitslosen besonders profitieren und soll Optimierungsmöglichkeiten identifizieren. Die Evaluation aus Sicht des Lotsen und der beteiligten Ärzte beleuchtet deren Zufriedenheit mit dem Projekt und soll Hürden und Verbesserungsmöglichkeiten aufdecken. Die Ergebnisevaluation aus Sicht des Jobcenters bzw. der Solidargemeinschaft untersucht, wie viele Personen in ein gesundheitlich geeignetes Arbeitsverhältnis vermittelt werden konnten.

Zur Beantwortung der Fragestellungen findet eine schriftliche Befragung der Teilnehmenden entweder bei Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses oder spätestens 24 Monaten nach Projektaufnahme statt. Des Weiteren finden Interviews mit den beteiligten Lotsen und Hausärzten statt. Zudem wird die Dokumentation der Lotsen u.a. zur Häufigkeit der gemeinsamen Treffen, zur Einschätzung des Erfolgs der Projektteilnahme und zu Abbrecherquoten in die Analysen miteinbezogen.

---

## AKTUELLER STAND:

Anfang Februar 2022 lag ein positives Ethikvotum der Universität Ulm vor, sodass die Vorbereitungsphase (Entwicklung der Erhebungsinstrumente, Ausgestaltung der Zusammenarbeit etc.) erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Folglich konnten die Lotsen im Jobcenter Biberach zu den Abläufen der Evaluation geschult werden und die Rekrutierung wie geplant Anfang März 2022 begonnen werden. Derzeit liegen von 35 Teilnehmenden Fragebögen vor. Die Ausgestaltungen der Interviewleitfäden für die Befragung der am Projekt beteiligten Ärzte und Lotsen konnten zudem finalisiert und erste Interviews bereits durchgeführt werden.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

## KOOPERATION

- Jobcenter Biberach (Riß)

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

**PROJEKTZIEL:** Ziel dieses Projekts ist die Erprobung einer rehabilitativen Kurzzeitpflege für internistische, im Speziellen kardiologische und angiologische, Erkrankungen (StarK-Intervention). Im Zuge dieses Modellprojekts wird die Implementierung der StarK-Intervention evaluiert. Ein weiteres Ziel dieses Projekts ist die Aufdeckung von Schwachstellen, die bei der Durchführung unter Alltagsbedingungen auftreten können. Ferner sollen die Zufriedenheit und Akzeptanz von StarK bei Therapeuten, Patienten, Case Managern, Ärzten und Mitarbeitern des Sozialdienstes erhoben werden.

**ANSPRECHPARTNER:** E. Gaus ✉ [ellen.gaus@ifr-ulm.de](mailto:ellen.gaus@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5202

### HINTERGRUND:

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) bringt Veränderungen in Ablauf und Dauer der Krankenhausaufenthalte mit sich und weist gleichzeitig veränderte Anforderungen an die Rehabilitation auf. Im Krankenhaussektor werden die Behandlungsabläufe beschleunigt und es erfolgt eine Leistungsverdichtung, die durch ein optimales Prozessmanagement so kurz wie möglich gehalten wird.

Die Folgen sind, dass die Arzt-Patienten-Beziehung aufgrund der mangelnden Zeit darunter leidet. Zudem treten insbesondere bei älteren Personen vermehrt Versorgungsprobleme nach der Akutversorgung auf. Seit Jahren ist die stetige Verkürzung der stationären Verweildauer je Fall im Krankenhaus zu beobachten.

Im Zeitraum von 2008 bis 2017 wurde über alle Fachabteilungen hinweg ein Rückgang der Verweildauer von 10% verzeichnet. Im Bereich der Inneren Medizin entstand bei Patienten über 65 Jahren, im identischen Zeitraum, ein Abwärtstrend in der Verweildauer von sogar 15,9%. Durch die kürzere Verweildauer in Krankenhäusern werden die Fälle vermehrt frühzeitig in die nachgelagerten Behandlungssektoren entlassen.

Krankenhäuser sehen den Ausgleich der verkürzten Behandlungszeiten vermehrt als Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime. Eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus führt oft zu einer noch nicht vorhandenen Rehabilitationsfähigkeit. Besteht eine Rehabilitationsfähigkeit nicht direkt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, ist kein direkter Übergang in die Rehabilitation

möglich. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass sich die Zeit zwischen Krankenhausentlassung und Rehabilitationsbeginn verlängert. Eine möglichst unmittelbare Weiterbehandlung, auch nach akuten internistischen Ereignissen, sollte aber unbedingt im Vordergrund stehen, da das Risiko besteht, dass wertvolle Rehabilitationspotenziale durch die Kurzzeitpflege oder durch die Zeit, die die Patienten zu Hause verbringen, nicht genutzt werden. Um diese Versorgungslücke zu schließen, soll im Rahmen des Modellprojekts „StarK“ eine rehabilitative und aktivierende Kurzzeitpflege mit therapeutischen Leistungen im Setting „Rehabilitationsklinik“ für verschiedene internistische Erkrankungen erprobt und evaluiert werden.

#### METHODIK:

Im Rahmen dieser Studie soll die StarK-Intervention formativ evaluiert werden. Dazu werden die StarK-Teilnehmer zu zwei Messzeitpunkten (Aufnahme ( $t_1$ ) und Ende der rehabilitativen Kurzzeitpflege ( $t_2$ )) mittels Fragebögen zur Zufriedenheit und zur Akzeptanz der Maßnahme befragt. Um qualitative Daten zur Praktikabilität, zum Verbesserungsbedarf und zur Gewinnung von Optimierungspotenzialen, insbesondere in den Schnittstellenbereichen, erheben zu können, wird auf die Methodik der Fokusgruppen gesetzt. Diese werden mit Ärzten und behandelnden Therapeuten/Case Managern der Vinzenz Klinik in Bad Ditzgenbach geführt.

Die Teilnehmer der Fokusgruppen werden zum Ablauf der Intervention, zu Schnittstellenproblematiken, zur Kommunikation mit den

Zuweisern und insgesamt zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit der StarK-Intervention befragt. Ferner sollen sie sich zur Umsetzbarkeit äußern und eine Einschätzung abgeben, ob das gewünschte Patientenkollektiv von den Akutkliniken zugewiesen wurde. Des Weiteren werden strukturierte Interviews mit den einweisenden Ärzten bzw. den Mitarbeitern im Sozialdienst der Akutkliniken geführt. Mit Hilfe eines leitfadengestützten Interviews sollen unter anderem Themen wie Zufriedenheit, Schnittstellenproblematiken, Bedarf und Akzeptanz der Intervention thematisiert und Verbesserungsvorschläge aufgenommen werden.

#### AKTUELLER STAND:

Da die Fallzahlen im Projekt stagnieren, wurden zusammen mit den Projektverantwortlichen der AOK Baden-Württemberg und der Vinzenz Klinik in Bad Ditzgenbach harte Abbruchkriterien bei Nichterreichung der erforderlichen Fallzahlen formuliert. Ende August trat aufgrund der Tatsache, dass keine weiteren Teilnehmende im definierten Zeitraum rekrutiert werden konnten, das erste Abbruchkriterium in Kraft. Aufgrund dessen wurde eine Fokusgruppe mit den Ansprechpartnern der Akutkliniken und den beteiligten Professionen in der Vinzenz Klinik durchgeführt, um u.a. Optimierungspotenziale und Schnittstellenproblematiken aufzudecken und diese im Falle einer Wiederauflage dieses Projekts oder einem vergleichbaren Projekt zu berücksichtigen. Aufgrund der sehr geringen Teilnehmerzahl wurde der Rekrutierungszeitraum nicht verlängert. Somit wird das Projekt zum Jahresende 2022 abgeschlossen.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- AOK Baden-Württemberg

## KOOPERATION

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



## 5.16 EVALUATION DES MODELLPROJEKTS VORREHA ZUR FRÜHZEITIGEN EINSCHÄTZUNG PSYCHOSOMATISCHER THERAPIEBEDARFE

**PROJEKTZIEL:** Durch das Projekt VorReha sollen frühzeitige Einschätzungen psychosomatischer Therapiebedarfe ermöglicht werden. Evaluiert werden unter anderem die zeitliche Dauer des Behandlungsweges, der psychische Gesundheitszustand und die berufliche Integration der Betroffenen. Dabei sollen die Teilnehmenden der VorReha-Maßnahme mit einer historischen Kontrollgruppe verglichen werden. Die Evaluation soll Grundlage für die Entscheidung zum Weiterbestand, zur Einstellung bzw. Veränderung des Programmes VorReha bilden.

**ANSPRECHPARTNER:** E. Gaus ✉ [ellen.gaus@ifr-ulm.de](mailto:ellen.gaus@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5202

### HINTERGRUND:

Der schnelle gesellschaftliche Wandel fordert von Menschen ausgeprägte Anpassungsfähigkeiten an sich immer ändernde Arbeits- und Sozialbeziehungen. Dies hat zu einer massiven Zunahme von psychischen Erkrankungen geführt, welche wiederum in Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung enden können.

Psychische Störungen gehen mit einer großen Krankheitslast einher und führen zu unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und Partizipationsstörungen. Jährlich sind 27,8% der deutschen Erwachsenen von psychischen Erkrankungen betroffen. Diese machen auch vor jüngeren Altersgruppen nicht halt, sodass nicht nur individuell große Beeinträchtigungen entstehen, sondern auch eine hohe gesellschaftliche Belastung. Wird eine Erkrankung zu spät erkannt, vergeht wertvolle Zeit, in der die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung der Erkrankung zunimmt. Deshalb ist es umso wichtiger,

schnellstmöglich Schritte einzuleiten, um eine Chronifizierung abzuwenden.

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

Das Angebot der VorReha wird im Rahmen eines Modellprojektes von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (DRV RLP) zusammen mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK RPS) und der Mittelrhein-Klinik pilotiert.

## METHODIK:

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

Die Erhebung studienrelevanter Daten soll bei den VorReha-Teilnehmenden (Interventionsgruppe) mittels Fragebögen zu vier Befragungszeitpunkten stattfinden: zu Beginn der Maßnahme ( $t_1$ ), direkt im Anschluss an VorReha ( $t_2$ ), nach einer möglichen Anschlussrehabilitation ( $t_3$ ) sowie ein Jahr danach ( $t_4$ ). Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung der Interventionsgruppe sollen mit Routinedaten einer historischen Kontrollgruppe verglichen werden, die aus dem Datenbestand der AOK RPS sowie der DRV RLP extrahiert werden.

Des Weiteren sollen qualitative Interviews und Fokusgruppen mit den beteiligten Institutionen (Reha-Kliniken, AOK RPS und DRV RLP) geführt werden, um eine Evaluation der Maßnahme aus verschiedenen Blickwinkeln zu ermöglichen.

## AKTUELLER STAND:

Durch die Covid-19-Pandemie und der erforderlichen Antragstellung nach §75 SGB X (Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung) startete die Rekrutierung im Projekt mit einer Verzögerung von sieben Monaten. Anfang Mai lag die positive Entscheidung des Sozialministeriums zur Übermittlung der Sozialdaten für die Analysen im Projekt vor.

Die Rekrutierung geeigneter Teilnehmender gestaltete sich jedoch von Anfang an sehr schleppend und blieb deutlich hinter den Erwartungen zurück. Gemeinsam mit den Projektpartnern wurde versucht eine Lösung für diese Situation zu finden, leider ohne nennenswerten Erfolg. Hinzu kam, dass auch die vorgesehene Gruppengröße von ca. 10-12 Teilnehmende aufgrund der Corona-Pandemie deutlich auf 5-6 Teilnehmende verringert werden musste und zudem VorReha-Durchgänge pandemiebedingt gänzlich ausfielen. Eine Fortführung der avisierten VorReha-Durchgänge konnte dauerhaft nicht mehr gewährleistet werden. Aufgrund dessen wurde gemeinsam mit den Projektpartnern beschlossen, das Projekt zum Ende des Jahres abzubrechen.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Rheinland-Pfalz

## KOOPERATION

- DRV Rheinland-Pfalz
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Mittelrhein-Klinik



## 5.17 PSYCHOSOMATIK DIREKT (PSYDI)

**PROJEKTZIEL:** Im Rahmen des rehapro-Modellprojekts soll ein niederschwelliger Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation, ähnlich einer Krankenhauseinweisung, für die Betroffenen und ihre Behandler (Hausärzte und approbierte Psychologische Psychotherapeuten) geschaffen und evaluiert werden. Die formale Antragsstellung entfällt und der Übergang von der ambulanten Versorgung in die Rehabilitation gestaltet sich schneller und unkomplizierter, so dass eine frühzeitige und bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung erfolgen kann.

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ [rainer.kaluscha@ifr-ulm.de](mailto:rainer.kaluscha@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5102

### HINTERGRUND:

Zwischen der Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung und der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme liegt oftmals ein Zeitraum von mehreren Jahren. Dies führt zu negativen Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft. Eine Barriere für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation liegt im derzeitigen, von vielen Betroffenen und ihren Behandlern als umständlich und intransparent empfundenen Antragsverfahren der Rentenversicherungsträger. Während behandelnde Ärzte z. B. eine Überweisung in eine Klinik über die Praxissoftware auf Knopfdruck ausstellen können, muss – wenn sie für einen Patienten eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme für erforderlich halten – ein umfangreicher, schriftlicher Antrag gestellt werden. Oftmals sind sie dabei auf die Unterstützung weiterer behandelnder Ärzte bzw. psychologischer Psychotherapeut angewiesen, die weitere Formulare und

Befundberichte beisteuern müssen. Ferner gibt es auch hartnäckige Missverständnisse, wie z. B., dass eine psychosomatische Rehabilitation generell erst nach einer Psychotherapie erfolgen könne.

Im Rahmen des rehapro-Modellprojekts soll daher ein niederschwelliger Zugang für die Betroffenen und ihre Hausärzte und approbierte psychologische Psychotherapeuten geschaffen werden. Analog zu einer Krankenhauseinweisung kann mit Zustimmung der Versicherten bei vorliegender Rehabilitationsbedürftigkeit eine Direktzuweisung in eine Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden. Auch die Kommunikation zwischen Zuweisenden und Rehabilitationseinrichtung soll dadurch verbessert werden, ähnlich wie sich zuweisende Ärzte und Krankenhäuser gegenseitig hinsichtlich Vorbefunden und Behandlungsempfehlungen informieren und abstimmen.

## METHODIK:

Der neue Ansatz wird in städtischen und ländlichen Modellregionen mit zwei teilstationären und drei stationären Modelleinrichtungen erprobt. Vom IFR Ulm wird zunächst in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW), der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, dem Hausärzterverband Baden-Württemberg sowie Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten einschließlich Vertretern der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen eine Checkliste mit Kriterien zur Identifikation potentieller Teilnehmender entwickelt. Nach einer Pilot- und Implementierungsphase sollen in der 24-monatigen Modellphase jeweils 300 Teilnehmende der Interventionsgruppe (IG; Direktzuweisung) und der Kontrollgruppe (KG; Einweisung nach Standardverfahren) rekrutiert werden, die eine Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen.

Die Rehabilitanden der Interventions- und Kontrollgruppe werden zu Beginn ( $t_0$ ), am Ende ( $t_1$ ) sowie 12 Monate nach Ende ( $t_2$ ) der Rehabilitation zu ihrem Gesundheitszustand, der Erwerbsfähigkeit und zur Zufriedenheit sowie möglichen Schwierigkeiten mit dem Antragsverfahren befragt. Zu Rehabilitationsbeginn ( $t_0$ ) und -ende ( $t_1$ ) sollen die Behandler der Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls mittels Fragebogen zur Passgenauigkeit der Zuweisung befragt werden. Weiterhin finden Interviews mit den Zuweisenden (Hausärzte, psychologische Psychotherapeuten) und Fokusgruppen mit den Behandlern der Rehabilitationseinrichtungen statt, um qualitative Daten zu den Prozessabläufen, zum

Verwaltungsaufwand (Direktzuweisung), zur Passgenauigkeit, möglichen Schnittstellenproblematiken und zu Verbesserungspotentialen zu erheben.

## AKTUELLER STAND:

Im November 2021 startete das rehapro-Modellprojekt mit der Vorbereitungsphase, die 2022 abgeschlossen wurde. Dabei erfolgten die Vorbereitungen der Datenerhebung (Entwicklung der Checkliste, Fragebögen, Interviewleitfäden, Entwicklung eines Datenschutzkonzepts und Einholen eines positiven Ethikvotums) sowie die Durchführung von Kick-Off-Veranstaltungen und Schulungen der Projektbeteiligten.

Nachdem die Vorbereitungsphase erfolgreich abgeschlossen wurde, war eigentlich im September 2022 eine Pilotphase mit der Rekrutierung von 30 PsyDi-Teilnehmenden zur Erprobung der Prozesse und Strukturen von „Psychosomatik Direkt“ geplant. Da aber die Prüfung der Datenschutzkonzepte noch nicht abgeschlossen ist, verzögert sich die Pilotphase voraussichtlich bis zum Frühjahr 2023.

Die Interviews mit den zuweisenden Hausärzten und psychologischen Psychotherapeuten sowie die Fokusgruppen mit den Behandlern der Rehabilitationseinrichtungen wurden vorbereitet und können nach der datenschutzrechtlichen Freigabe ebenfalls durchgeführt werden.

---

#### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

#### KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V.
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Modell-Rehabilitationseinrichtungen



## 5.18 REFIT STUTTGART – BEGLEITUNG IM REHABILITATIONS- UND INTEGRATIONSPROZESS

**PROJEKTZIEL:** Das IFR Ulm hat in diesem Projekt die Aufgabe der formativen Evaluation des reha-pro-Modellprojekts ReFit Stuttgart. Das Modellprojekt soll dazu beitragen, erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit anhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation durch den gesamten Rehabilitations- und Integrationsprozess zu begleiten. Dadurch soll die vorzeitige Erwerbsunfähigkeit der Teilnehmenden vermieden bzw. die Erwerbsfähigkeit gestärkt sowie die berufliche Teilhabe entsprechend den gesundheitlichen Fähigkeiten ermöglicht werden. Im Zuge des Modellprojekts werden die berufliche Integration der Teilnehmenden, der Gesundheitszustand sowie die Prozessstruktur der Maßnahme evaluiert. Die Evaluation soll zudem mögliche Verbesserungspotenziale der ReFit Stuttgart-Maßnahme aufdecken und zum Weiterbestand sowie zu einer möglichen Modifizierung beitragen.

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. rer. nat. M. Pauls und Dr. biol. hum. L. Tepohl  
✉ [lena.tepohl@ifr-ulm.de](mailto:lena.tepohl@ifr-ulm.de) ☎ 07582 800-5300

### HINTERGRUND:

Eine anhaltende gesundheitliche Einschränkung stellt für erwerbsfähige Arbeitslosengeld-II (ALG-II)-Leistungsberechtigte ein Hindernis auf dem Weg ins Arbeitsleben dar. Häufig besteht zwar ein Rehabilitationsbedarf, aber die Person nimmt keine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Dadurch kann es zur Chronifizierung gesundheitlicher Einschränkungen kommen und zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit. Dies kann bis hin zu einem weitgehenden Verlust der Arbeitskraft führen, sodass eine Frühberentung erforderlich wird. Durch die Intervention ReFit Stuttgart werden die Teilnehmenden im Rehabilitations- und Integrationsprozess kontinuierlich stärker als gewöhnlich unterstützt und betreut, um bestehende Hürden zu reduzieren. Bereits vor der

Rehabilitation werden die Teilnehmenden durch die Mitarbeiter des Jobcenters bei der Antragsstellung unterstützt und erhalten ggf. Sprachkurse, um in der Rehabilitation besser zurecht zu kommen. Im Anschluss an die medizinische Rehabilitation werden zudem spezifische und neu konzipierte „Brückenangebote“ zur Arbeitserprobung, zur Belastungssteigerung oder zur beruflichen Zielklärung angeboten.

Ziel des Modellprojekts ist es, die Erwerbsfähigkeit der Teilnehmenden zu erhalten oder wiederherzustellen und sie in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis entsprechend der gesundheitlichen Einschränkungen zu integrieren.

## METHODIK:

Im Rahmen dieser formativen Evaluation werden die Teilnehmenden der ReFit Stuttgart-Maßnahme zu drei Messzeitpunkten (zu Reha-Beginn ( $t_0$ ), nach Beendigung der Rehabilitation ( $t_1$ ) und nach dem Brückenangebot ( $t_2$ )) mittels Fragebögen u. a. zur Arbeitsfähigkeit, zur Motivation, zum gesundheitlichen Befinden sowie zur Zufriedenheit und Akzeptanz mit der ReFit-Maßnahme befragt. Eine weitere Datenerhebung ( $t_3$ ) erfolgt 6 Monate nach Beendigung der ReFit-Maßnahme. Für diese Datenerhebung wird auf die Routinedaten des Jobcenters zurückgegriffen (z. B. aktueller Erwerbsstatus). Zudem werden die Mitarbeitenden der Brückenangebote und die Projektmitarbeitenden des Jobcenters bezüglich des Bedarfs, der Akzeptanz, der Umsetzbarkeit, der Zufriedenheit, möglicher Schnittstellenproblematiken und Verbesserungsvorschläge mittels

leitfadengestützten Interviews oder Fokusgruppen befragt. Um die Veränderungen der Erwerbsfähigkeit der ReFit-Teilnehmenden besser beurteilen zu können, wird ein Vergleichsdatensatz aus Routinedaten des Jobcenters (Nicht ReFit-Teilnehmende) gebildet.

## AKTUELLER STAND:

Im November 2021 startete die Vorbereitungsphase des rehapro-Modellprojekts, die im April 2022 abgeschlossen wurde. In dieser Zeit wurden das Datenschutzkonzept entwickelt, ein positives Ethikvotum bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg eingeholt und die Fragebögen sowie Interviewleitfäden entwickelt. Im Mai 2022 begann die Rekrutierung der Studienteilnehmenden. Die Interviews und Fokusgruppen sind für Ende des Jahres 2022 und Anfang 2023 geplant.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

## KOOPERATION

- Jobcenter Stuttgart
- Rudolf-Sophien-Stift gGmbH
- Ingeus GmbH

## 5.19 KURZANTRAG REHABILITATION (KUR)

**PROJEKTZIEL:** Ziel des rehapro-Modellprojekts „Kurzantrag Rehabilitation (KUR)“ ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Rehabilitation-Kurzantrags inklusive eines Befundbogens für den Hausarzt, der verstärkt die Übermittlung von wichtigen Aspekten und Anforderungen an die Rehabilitation aus seiner Sicht erlaubt. Der Rehabilitationsantrag wird verschlankt und inhaltlich entsprechend überarbeitet. Die Studie soll erste Erkenntnisse zu Praktikabilität und Akzeptanz des neu entwickelten Kurzantragsverfahrens liefern.

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. biol. hum. S. Jankowiak ✉ [silke.jankowiak@ifr-ulm.de](mailto:silke.jankowiak@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5106

### HINTERGRUND:

Das Zugangsverfahren zur medizinischen Rehabilitation ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt wird vom Patienten selbst über den Rehabilitationsantrag eingeleitet. Die Antragstellung erfolgt in der Regel in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt. Seit langer Zeit sieht sich die Rehabilitation in Deutschland jedoch mit dem Vorwurf konfrontiert, dass dieses Antragsverfahren zu aufwendig, zu bürokratisch und zu kompliziert sei. Da zudem die Antragsformulare wenig Raum für individuelle Darstellung der Problemlage des Patienten bieten und die Vorstellungen sowie die Erwartungen des niedergelassenen Arztes bezüglich der Rehabilitationsmaßnahme zu wenig berücksichtigt werden, stehen die niedergelassenen Ärzte dem Antragsverfahren sowie der daraus resultierenden Rehabilitationsmaßnahme teilweise kritisch gegenüber. Ein weiterer Kritikpunkt am Rehabilitationsprozess ist die ungenügende Rückkopplung der Rehabilitationsergebnisse

in den ärztlichen niedergelassenen Bereich. Diese findet in Form des Entlassungsberichtes statt, der aber nach Auffassung der niedergelassenen Ärzte zu lang ist sowie zu viele, für den niedergelassenen Arzt irrelevante Informationen enthält.

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) hat sich deshalb entschlossen, eine Weiterentwicklung des Rehabilitationsantrags in Angriff zu nehmen. Mit dem Modellprojekt KUR soll ein vereinfachtes und verschlanktes Antragsformular und ein stärker auf die individuellen Bedarfe (Rehabilitationsziele) des Patienten ausgerichteter Befundbericht entwickelt und erprobt werden.

### METHODIK:

Die formative Evaluation erfolgt mittels Mixed-Methods-Design bestehend aus quantitativer Datenerhebung anhand von Fragebögen und qualitativer Datenerhebung mittels

halbstrukturierter Interviews und Fokusgruppen. In die quantitative Datenerhebung (Fragebogen) werden 300 Patienten, bei denen der Zugang zur Rehabilitation mittels Kurzantrag erfolgt (Interventionsgruppe) sowie 300 Patienten, bei denen der Zugang zur Rehabilitation mittels bisherigen Standardantrag erfolgt (Kontrollgruppe), eingeschlossen. Dabei werden sowohl soziodemografische Merkmale, der Gesundheitszustand und die berufliche Leistungsfähigkeit sowie die Rehabilitationsmotivation, als auch die subjektive Einschätzung der Partizipation und Kommunikation während der Arzt-Patient-Interaktion und des Antragsverfahrens erhoben. Zusätzlich werden jeweils neun Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe mittels leitfadengestützter Telefoninterviews zu ihren individuellen Erfahrungen während des Antragsprozesses befragt.

Im Rahmen der Fokusgruppen werden die Akzeptanz und Praktikabilität sowie mögliche Verbesserungsvorschläge der Hausärzte bzw. medizinischen Fachangestellten und der Beteiligten in den Rehabilitationseinrichtungen (Ärzte, Therapeuten etc.) sowie des sozialmedizinischen Dienstes der DRV BW erhoben.

Darüber hinaus soll eine Prozessanalyse des alten und des neuen Antragsverfahren anhand von prozessrelevanten Daten der DRV BW durchgeführt werden.

Die Zielgruppe sind Versicherte der DRV BW im erwerbsfähigen Alter mit orthopädischen Erkrankungen (ICD-10: M00-M99), welche sowohl erstmalig eine Rehabilitation (Heilverfahren) beantragen als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation erfüllen sowie Rehabilitationsbedarf und -fähigkeit und eine

positive Rehabilitationsprognose aufweisen. Das Einschlusskriterium der Erstbeantragung einer Rehabilitationsmaßnahme wurde gewählt, da Antragsteller, die zuvor bereits einen Rehabilitationsantrag gestellt haben, auf Erfahrungswerte und Vorwissen zurückgreifen können und somit die Ergebnisse der Evaluation verzerren könnten.

Weitere Akteure des Modellprojekts sind die niedergelassenen Ärzte, die als Zuweiser für die Rehabilitationsmaßnahme fungieren sowie beteiligtes Fachpersonal der Rehabilitationskliniken und der sozialmedizinische Dienst der DRV BW.

---

#### AKTUELLER STAND:

Das Modellprojekt wurde Anfang 2022 durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ bewilligt. Im Februar 2022 begann das Projekt mit der Vorbereitungsphase. Dabei wurden die Hausärzte und Modell-Reha-Kliniken rekrutiert. Zudem wurden das Datenschutzkonzept erarbeitet und die Erhebungsinstrumente entwickelt sowie das Ethikvotum eingeholt.

Voraussetzung für die Entwicklung des Kurzantrags inkl. Befundbericht sind Kenntnisse über den aktuellen IST-Zustand sowie über die Veränderungsbedarfe. Daher wurden Fokusgruppen bzw. Interviews mit niedergelassenen Hausärzten bzw. medizinischen Fachangestellten, den Beteiligten in den Modell-Reha-Kliniken (Ärzte, Therapeuten etc.) und dem sozialmedizinischen Dienst der DRV BW durchgeführt. Im Fokus der qualitativen Datenerhebung standen



die jeweiligen Einschätzungen und Erfahrungen mit den bisherigen Strukturen und Prozessen des Standardantragverfahrens sowie die Anpassungsbedarfe. Die Erkenntnisse flossen in die Fokusgruppe zur Ausgestaltung der Strukturen und Prozesse des Kurzantrags inkl. Befundberichts ein. An dieser Fokusgruppe nahmen Hausärzte, Beteiligte in den Modell-

Reha-Kliniken sowie die DRV BW und der sozialmedizinische Dienst gemeinsam teil.

Letztendlich erfolgten ein Kick-Off-Meeting mit den Projektbeteiligten sowie eine Schulung dieser im Hinblick auf das Modellprojekt und die wissenschaftliche Begleitevaluation.

---

#### FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

#### KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V. (HÄV BW)
- Rehabilitationseinrichtungen (Birkle-Klinik in Überlingen, Rheintalklinik in Bad Krozingen, Klinik Überruh in Isny)



## 5.20 ZUGANGSOPTIMIERTE ARBEITSFÄHIGKEITSORIENTIERTE REHABILITATION (ZAR)

**PROJEKTZIEL:** Hauptziel ist rechtzeitiger und bedarfsgerechter Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen Erkrankungen. Dazu sollen Daten von Krankenkassen hinsichtlich früherer Anzeichen für Rehabilitationsbedarf mit modernen Analysetechniken computergestützt ausgewertet werden. So wird der dem § 51 SGB V zugrunde liegende Gedanke zeitgemäß umgesetzt.

Zielgruppe sind zunächst Versicherte, die an chronischen Rückenschmerzen leiden und wahrscheinlich von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren würden, aber bisher noch keine Rehabilitation beansprucht haben. Als Frühindikatoren für Rehabilitationsbedarf kommen etwa Beschwerdedauer, Arbeitsunfähigkeitszeiten, aufwändige Diagnostik, der Besuch von Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, bestimmte Medikamentenkombinationen, häufige Physiotherapie oder einschlägige Krankenhausaufenthalte (z.B. Bandscheiben-Operation) in Betracht.

Durch eine deutlich frühere Intervention (d.h. möglichst vor einer Chronifizierung der Beschwerden) soll ein besseres Rehabilitationsergebnis erzielt werden, der Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert bzw. stabilisiert werden und letztlich auch der Bezug von Sozialleistungen vermieden werden.

**ANSPRECHPARTNER:** Dr. biol. hum. R. Kaluscha ✉ [rainer.kaluscha@ifr-ulm.de](mailto:rainer.kaluscha@ifr-ulm.de)  
☎ 07582 800-5102

### HINTERGRUND:

Bei der Studie handelt es sich um ein Gemeinschaftsprojekt der DRV Nordbayern mit der AOK Bayern im Bundesprogramm rehapro. Die Evaluation erfolgt federführend durch den Arbeitsbereich „Medizinische Psychologie“ des Universitätsklinikums Würzburg (Prof. Dr. Heiner Vogel).

Das IFR Ulm wurde angefragt, um seine spezielle Expertise bei der sektorenübergreifenden Analyse von Behandlungsdaten (d.h.

Krankenkasse und Rentenversicherung) einzubringen und die notwendigen Prognosemodelle zur Identifikation von Versicherten mit potentiell Rehabilitationen bedarf oder gefährdeter Erwerbsfähigkeit anhand von Krankenkassendaten zu entwickeln.

Zielgruppe sind Versicherte mit chronischen Rückenschmerzen und ggf. auch psychosomatischen Erkrankungen. Bei den Analysen sollen sowohl übliche statistische Prognosemodelle als auch Machine-Learning-Ansätze („künstliche Intelligenz“) genutzt werden.

## METHODIK:

In diesem Projekt sollten zum einen Informationen aus dem Leistungsgeschehen einer gesetzlichen Krankenversicherung und zum anderen der Deutschen Rentenversicherung herangezogen, um sektorenübergreifend Behandlungsverläufe analysieren zu können. Dazu sollten die Daten der Sozialversicherungsträger separat an das IFR Ulm übermittelt und dort datenschutzgerecht über Einweg-Hashwerte verknüpft werden. Mittels dieses sektorenübergreifenden Datensatzes sollte die Vorgeschichte („Patientenkarriere“) späterer Rehabilitanden analysiert werden, um Frühindikatoren für Rehabilitationsbedarf zu erkennen.

## AKTUELLER STAND:

Da u.a. aufgrund komplexer datenschutzrechtlicher Prüfungen die notwendigen Daten noch nicht wie ursprünglich geplant bereitgestellt werden konnten, wurde im August 2022 am IFR mit einer Simulationsstudie begonnen, um unterschiedliche Analysetechniken auf synthetischen Daten zu erproben. Dazu wurde - basierend auf Erfahrungen aus einem Vorprojekt mit der AOK Baden-Württemberg - ein künstlicher Datensatz erstellt. Auf diesem werden verschiedene Verfahren und Szenarien getestet, um festzustellen, welche für eine Prognose von Rehabilitationsbedarf mehr oder weniger geeignet sind.

Da insbesondere die geplante Zusammenführung der AOK-Daten mit Daten unterschiedlicher RV-Träger technisch anspruchsvoll und datenschutzrechtlich sehr komplex ist, wurde parallel dazu auf Anregung der DRV

Nordbayern mit beratender Unterstützung des IFRs ein alternatives Vorgehen entwickelt, das zunächst nur die Nutzung von Krankenkassendaten erfordert. Grundlage dafür ist, dass die AOK anhand der Aufnahme- und Entlassmitteilungen der Rehabilitationseinrichtungen auch Informationen zu Reha-Maßnahmen in Trägerschaft der DRV bereitstellen kann.

Die vertrags- und datenschutzrechtlichen Abstimmungen zwischen IFR und AOK sowie die technischen Absprachen mit dem IT-Dienstleister der AOK (kubus IT) sind weitgehend abgeschlossen, so dass mit einer Übermittlung der AOK-Daten noch im Jahr 2022 zu rechnen ist.

Die Simulationsstudie ist ebenfalls weit fortgeschritten. Dabei zeigten sich leichte Vorteile bestimmter Verfahren aus der „künstlichen Intelligenz“ (Entscheidungsbäume bzw. neuronale Netze) gegenüber den klassischen statistischen Verfahren (logistische Regression).

Aufgrund der Verzögerungen bei Datenschutz und Datenlieferung wurde bei der Fachstelle rehapro eine entsprechende Verschiebung der Mittel beantragt. Vorbehaltlich deren Zustimmung werden im Jahr 2023 die Analysen der AOK-Echtdaten erfolgen. Ferner wird angestrebt, noch einen verknüpften Datensatz von AOK- und DRV-Daten zu erstellen. Auf dieser Basis kann dann bewertet werden, ob die Krankenkassendaten alleine bereits für die Entwicklung von Verfahren zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf ausreichen. Wenn dem so wäre, würde dies die flächendeckende Umsetzung in die Versorgungspraxis der Krankenkassen erleichtern.

---

## FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

## KOOPERATION

- DRV Nordbayern
- AOK Bayern
- Universitätsklinikum Würzburg, Arbeitsbereich Medizinische Psychologie
- ggfs. weitere RV-Träger (Bereitstellung von RSD-Daten für Versicherte der AOK Bayern)



## 6. VERANSTALTUNGEN

### 6.1 FOCUS REHABILITATION 2022

In diesem Jahr ist immer noch alles anders: Anfang des Jahres 2022 hatte die Corona-Pandemie uns weiterhin fest im Griff und die Prognosen für den Herbst 2022 waren unklar. Aufgrund dessen konnten wir unsere 5. Veranstaltung der Symposium-Reihe FOCUS Rehabilitation wiederholt nicht durchführen. Die Entscheidung, die Veranstaltung ein weiteres Jahr zu pausieren, ist uns nicht leichtgefallen, aber die Planungsunsicherheit war zu groß. Wir hoffen darauf, Sie im kommenden Jahr wieder bei einer spannenden Veranstaltung in der Villa Eberhardt in Ulm begrüßen zu können.





# 7. LEHRE AN DER UNIVERSITÄT ULM

## 7.1 QUERSCHNITTSFACH Q12 „REHABILITATION, PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND NATURHEILVERFAHREN“

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

Die Vorlesungen des Querschnittsfachs Q12 beinhalten folgende Themen:

- Grundlagen und Lernziele, *Dozent: Prof. Dr. Dr. Steinacker*
- Zugang zur Rehabilitation, SGB IX, *Dozent: Dr. Kaluscha*
- Pulmologische Rehabilitation, *Dozent: Prof. Dr. Dr. Steinacker*
- Kardiologische Rehabilitation, *Dozent: Prof. Dr. Hahmann*
- Phytotherapie I, *Dozent: PD Dr. Schmidt*
- Phytotherapie II, *Dozent: PD Dr. Schmidt*
- Phytotherapie III, *Dozent: PD Dr. Schmidt*
- Orthopädische Rehabilitation, *Dozent: Dr. Eckhardt*
- Physikalische Medizin: Krankengymnastik, Ergotherapie, Hilfsmittel, berufliche Rehabilitation, *Dozent: Dr. Eckhardt*
- Psychosomatische Rehabilitation, *Dozent: PD Dr. Müller*
- Klassische Naturheilverfahren: Balneotherapie, Bewegung, Massagen, Kneipp, Akupunktur, Neuraltherapie, *Dozent: Prof. Dr. Mauch*
- Neurologische Rehabilitation, *Dozent: Prof. Dr. Uttner*
- Traumatologische Rehabilitation, *Dozent: Prof. Dr. Dehner*

Das Blockpraktikum findet in Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen im Rahmen einer Tagesexkursion statt:

- Federseeklinik/Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Bad Buchau: Orthopädische Rehabilitation (*Dr. Koch/E. Breuer/Dr. Kaluscha/Dr. Tepohl*)
- Schlossklinik, Bad Buchau:  
Psychosomatische Rehabilitation (*PD Dr. Müller/Dr. Kreuzkamp/S. Berndt*)
- ZAR, ambulantes Reha-Zentrum ZAR am Universitätsklinikum Ulm:  
ambulante Rehabilitation (*Dr. Trautwein*)
- Klinik Schwabenland, Isny-Neutrauchburg:  
Kardiologische Rehabilitation (*Dr. Schmucker*)
- Sportmedizin Universitätsklinikum Ulm:  
Ambulante kardiologische Rehabilitation (*Prof. Dr. Dr. Steinacker/Prof. Dr. Liu*)

## 7.2 WAHLFACH W911 „PRAXIS DER PHYSIKALISCHEN MEDIZIN UND REHABILITATION“

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



## 7.3 WEITERE AUßERUNIVERSITÄRE LEHRE

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

Tabelle 1: Außeruniversitäres Engagement in Fort- und Weiterbildung

Institutsmitarbeiter	Institution	Fach
<b>Dr. R. Kaluscha</b>	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurse „Rehabilitationswesen“ und „Sozialmedizin“
<b>Dr. L. Tepohl</b>	Hochschule Neu-Ulm (HNU)	„Methoden der empirischen Sozialforschung“ (Bachelor-Studiengang „Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen“ & Zentrum für Weiterbildung)  Wissenschaftlicher Beirat „Management für Gesundheits- und Pflegeberufe“
	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurs „Sozialmedizin“
<b>S. Leinberger</b>	Hochschule für Technik Stuttgart	„Evaluation“ (Bachelor-Studiengang „Wirtschaftspsychologie“)
<b>M. Maier</b>	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurs „Rehabilitationswesen“

## 8. KOMPETENZZENTRUM REHABILITATION AN DER UNIVERSITÄT ULM

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

Hier bietet das „Kompetenzzentrum Rehabilitation an der Universität Ulm“ Hilfe an. Es knüpft an das Beratungsangebot aus dem früheren gemeinsamen Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften von BMBF und Rentenversicherung an und wird vom IFR Ulm mit Eigenmitteln weitergeführt. Ähnlich wie bei der Betreuung von Promotionen besteht auch bei forschungsinteressierten Rehabilitationskliniken bzw. anderen Institutionen Bedarf an entsprechender Beratung. Besonders in den frühen Phasen, d.h. bei der Planung einer Studie oder der Vorbereitung eines Forschungsantrags ist die Unterstützung für die in diesen Belangen weniger erfahrenen Klinikern sehr wertvoll.

In diesem Jahr war allerdings die Beratungstätigkeit weiterhin durch die Pandemie eingeschränkt, zumal auch die Rehabilitationseinrichtungen mit anderen Problemen zu kämpfen hatten und daher nur geringe Nachfrage bestand. Dennoch konnten im Jahr 2022 wieder zwei Beratungsaufträge aus Kliniken der Zustifter übernommen und erfolgreich abgeschlossen werden.

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



# 9. QUALIFIKATIONSARBEITEN UND DISSERTATIONEN

## 9.1 DISSERTATIONEN

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

Tabelle 2: Dissertationen, alphabetische Reihenfolge

Dissertation zum Dr. med. an der Universität Ulm		
Doktorand/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
<b>Breuer, Ehrenfried</b> <b>Moor-Heilbad</b> <b>Buchau gGmbH</b>	Übergang von Akutklinik zu Rehabilitation: Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Anschlussrehabilitation?	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
<b>Schleicher, Nadine</b> <b>Bonn</b>	Ergebnis der Rehabilitation nach Hüft-TEP – minimalinvasiver vs. Standard-Zugang	
<b>Schmid, Stefan</b> <b>RehaZentren Baden-</b> <b>Württemberg gGmbH</b>	Evaluation der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VMOR) der Klinik Über- ruh bei Rehabilitanden mit metabolischem Syndrom – Vergleich der Rehabilitationser- gebnisse zwischen Teilnehmern einer VMOR und Teilnehmern einer konventionellen Reha- bilitation.	Rehaklinik Über- ruh, RehaZentren der DRV Baden-Württemberg



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

<b>Doktorand/in</b>	<b>Arbeitstitel/Thema</b>	<b>Kooperation</b>
<b>Gaus, Ellen</b> IFR Ulm	Einfluss von Nachsorgemaßnahmen auf den Return to work	
<b>Kaltenbach, Christina</b> IFR Ulm	Die instrumentelle Ganganalyse in der ortho- pädischen Rehabilitation	Moor-Heilbad Buchau gGmbH
<b>Leinberger, Sarah</b> IFR Ulm	Klassifikationsverfahren als Vergleichs- grundlage für Behandlungsergebnisse am Beispiel der beruflichen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation	

## 9.2 SONSTIGE QUALIFIKATIONSARBEITEN

### Bachelor- und Masterarbeiten

Student/in	Arbeitstitel/Thema	Kooperation
<b>Baysan, Hüseyin</b>	Vergleich verschiedener Machine-Learning- und Statistikalgorithmen hinsichtlich der Vorhersage der Inanspruchnahme von Rehabilitation?	Technische Hochschule Ulm, Studiengang: Data Science in der Medizin
<b>Böttcher, Alicia</b>	Tool zur Beurteilung der statistischen Abhängigkeit von missing values	Technische Hochschule Ulm, Studiengang: Data Science in der Medizin



# 10. PUBLIKATIONEN

## 10.1 VERÖFFENTLICHUNGEN IN FACHZEITSCHRIFTEN

Kölle, T.; Schmid, L.; Kaluscha, R.; Kaltenbach, C.; Tepohl, L.; Krebs, K.; Krischak, G. (2022): Prädiktoren für die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Ein Vergleich von Integrationsmaßnahmen, Teilqualifizierungen und Vollausbildungen. In: Rehabilitation (Stuttg) 61 (03): 170–176. DOI: 10.1055/a-1647-9728.

Jung, Ch.; Tepohl, L.; Grim, C.; Mauch, F. (2022): Prävention von Schulterverletzungen bei Überkopfsportarten. In: Obere Extremität, 17 (3): 4-11.

## 10.2 VORTRÄGE

Gaus, E.; Tepohl, L.

Personenbezogene Faktoren für die Inanspruchnahme des rehapro-Präventionsangebots für Arbeitslose sowie deskriptive Ergebnisse des ersten Erhebungszeitpunktes

Erste Fachkonferenz rehapro der AG Programmevaluation, 22. bis 23. September 2022, Duisburg.

Kaltenbach, C.; Raiber, L.; Kölle, T.; Kaluscha, R.; Tepohl, L.

Nutzen, Zufriedenheit und Mehrwert des rehapro-Modellprojekts „Ü35 Gesundheitscheck mit WAI“

Erste Fachkonferenz rehapro der AG Programmevaluation, 22. bis 23. September 2022, Duisburg.

Pauls, M.; Gaus, E.; Kaluscha, R.; Tepohl, L.

Konzeption des rehapro-Modellprojekts „ReFit Stuttgart – Begleitung im Rehabilitations- und Integrationsprozess (ReFit)“

Erste Fachkonferenz rehapro der AG Programmevaluation, 22. bis 23. September 2022, Duisburg.

Maier, M.

Einführung in die Ganganalyse als Grundlage einer gezielten Therapie. Tagung der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), 11. Oktober 2022; Bad Buchau

Tepohl, L.; Özen, E.; Vieregge, U., Brack, B.

Konzeptionelle Weiterentwicklung der Eigenaktivitätsphase innerhalb eines Präventionsprogramms zur Verbesserung der Nachhaltigkeit – Erste Ergebnisse.

DEGEMED – Arbeitskreis Prävention, 10. Oktober 2022, Online

## 10.3 KONGRESSBEITRÄGE

Brack B.; Kaluscha, R.; Knapp, S.; Tepohl, L. (2022): Nutzen und Erfolg einer online-basierten Reha-Nachsorge – eine Alternative zu bisher angewendeten Nachsorgeformen? In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 43–45.

Gaus, E.; Kotula, K.; Kaluscha, R.; Tepohl, L. (2022): Förderfaktoren und Barrieren bei der Inanspruchnahme des rehapro-Präventionsangebots für Arbeitslose. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 349–351.

Hetzel, Ch.; Leinberger, S.; Kaluscha, R. (2022): Einfluss des regionalen Arbeitsmarktes auf das Return to Work nach medizinischer Rehabilitation. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 201–202.

Jankowiak, S.; Kaluscha, R.; Widmann, T.; Tepohl, L. (2022): Welchen Einfluss haben Merkmale der Krebstherapie auf die Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation? In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue

Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 224–227.

Jankowiak, S.; Kocks, A.; Borgelt, J.; Kaluscha, R.; Tepohl, L. (2022): Rentenabsicht nach berufsbezogener Suchtrehabilitation – Unterschiede je nach arbeitsbezogenem Verhaltens- und Erlebensmuster. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 423–427.

Kaltenbach C.; Raiber, L.; Jost, M.; Kaluscha, R.; Kölle, T.; Tepohl, L. (2022): Nutzen, Zufriedenheit und Verbesserungspotenziale des rehapro- Modellprojektes „Ü35 Gesundheitschecks mit WAI“ - aus Sicht der Teilnehmer/-innen und Nicht-Teilnehmer/-innen. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 395–397.

Kaluscha, R.; Duncker, Ch.; Keilmann, A.; Liebert, A.; Tepohl, L. (2022a): Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation bei Kopf-Hals-Tumoren. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 293–296.

Kaluscha, R.; Leinberger, S.; Nübling, R.; Toepler, E.; Schmidt, J.; Kaiser, U. (2022b): Bewertung des Informationsgehaltes eines aggregierten Reha-Ergebnisindex mittels einer Simulationsstudie. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 50–52.

Kaluscha, R.; Leinberger, S.; Nübling, R.; Toepler, E.; Schmidt, J.; Kaiser, U.; Tepohl, L. (2022c): Volkswirtschaftlicher Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen: Berechnung des Return on Investment auf Basis differenzieller Effekte. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 83–85.

Leinberger, S.; Volmer-Berthele, N.; Kaluscha, R.; Koyutürk, B.; Emhart, S.; Tepohl, L. (2022): Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen: Ausgangslage bei Reha-Antritt. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 343–346.

Nübling, R.; Kaiser, U.; Kaluscha, R.; Leinberger, S.; Nock, H.; Schmidt, J.; Toepler, E. (2022): Kosten-Nutzen-Modelle für die Rehabilitation – Return on Investment auf der Basis von Patient Reported Outcomes. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 55–57.

Raiber, L.; Kaltenbach C.; Jost, M.; Kaluscha, R.; Kölle, T.; Tepohl, L. (2022): Interviews mit Hausärzten/-innen – Zufriedenheit, Nutzen und Verbesserungspotenziale im rehapro-Modellprojekt „Ü35 Gesundheitscheck mit WAI“. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 193–195.

Schmidt, J.; Nübling, R.; Kaiser, U.; Kaluscha, R.; Leinberger, S.; Nock, H.; Toepler, E. (2022): Outcome medizinischer Rehabilitation im Spiegel unterschiedlicher Indikationen. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 57–60.

Toepler, E.; Kaluscha, R.; Nübling, R.; Leinberger, S.; Kaiser, U.; Schmidt, J.; Nock, H. (2022): Steuerungswirkung von Qualitätsindikatoren: Zusammenhänge zwischen der Routine-Qualitätssicherung und dem Rehabilitationsergebnis ein Jahr nach Reha. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 62–63.

Tepohl, L.; Leinberger, S.; Kaluscha, R.

Berechnung des Return on Investments auf Basis Differenzieller Effekte – Welchen Volkswirtschaftlichen Nutzen haben Rehabilitationsmaßnahmen bei Erwerbstätigen?

14. DGGÖ Jahrestagung; 28. bis 29. März 2022, Hamburg.

Leinberger, S.; Volmer-Berthele, N.; Kaluscha, R.; Koyutürk, B.; Tepohl, L.

Erste Ergebnisse der Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen mit Fokus auf Teilhabebeeinträchtigung.

XXXVII. DGKJP Kongress, 18. bis 21. Mai 2022, Magdeburg.