

Jahresbericht 2023



IFR Ulm
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung
an der Universität Ulm

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

PRÄAMBEL

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

INHALTSVERZEICHNIS

<i>Präambel</i>	3
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	7
1. Vorwort	9
2. Leitbild	11
3. Stiftung für Rehabilitationsmedizinische Forschung	13
4. Personal	17
4.1 Leitung	17
4.2 Geschäftsstelle	18
4.3 Wissenschaftliche Mitarbeiter.....	18
5. Forschungstätigkeiten	23
5.1 Die Bedeutung von Funktionsstörungen für die berufliche Teilhabe bei onkologischen Rehabilitanden (OFST).....	23
5.2 Evaluation eines neuen Rehabilitationskonzepts für Kinder und Jugendliche mit kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen mit Fokus auf Teilhabebeeinträchtigung (KiJuPsy) ...	27
5.3 Hausärztliche Einleitung einer medizinischen Rehabilitation bei Post-Covid-Patienten: Viele Erkrankte, aber nur wenige Reha-Anträge?.....	31
5.4 Formative Evaluation des Modellprojekts CoBeReha und Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Bewältigung von akuten Krisen am Beispiel der Covid-19-Pandemie.....	35
5.5 Evaluation der digitalen Trainingsphase im Präventionsangebot RV Fit kompakt mittels der App PROTHERAFIT® (RV Fit Kompakt).....	39
5.6 Konzeptionelle Weiterentwicklung der Eigenaktivitätsphase innerhalb eines Präventionsprogramms zur Verbesserung der Nachhaltigkeit (WE-PREVENT)	43
5.7 Evaluation einer Tele-Reha-Nachsorgemaßnahme.....	47
5.8 Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams (START).....	49
5.9 Prävention für Arbeitslose in Baden-Württemberg (Prävalo)	51
5.10 Psychosomatik Direkt (PsyDi)	53
5.11 ReFit Stuttgart – Begleitung im Rehabilitations- und Integrationsprozess.....	55
5.12 Kurzantrag Rehabilitation (KUR).....	57
5.13 Zugangsoptimierte Arbeitsfähigkeitsorientierte Rehabilitation (ZAR).....	61
5.14 Vernetzung – Vorbeugung – Integration (VVI).....	65

5.15	Entwicklung eines Bewertungskonzeptes für die Rehabilitandenbefragung im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha	67
5.16	Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL).....	71
5.17	Sektorenübergreifende Analyse von Versorgungsdaten der DRV Rheinland-Pfalz und AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zu psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen und -bedarfen (FrühPsych).....	73
6.	Lehre an der Universität Ulm.....	75
6.1	Querschnittsfach Q12 „Rehabilitation, physikalische Medizin und Naturheilverfahren“	75
6.2	Wahlfach W911 „Praxis der physikalischen Medizin und Rehabilitation“	77
6.3	Weitere außeruniversitäre Lehre.....	79
7.	Kompetenzzentrum REHABILITATION an der Universität Ulm.....	81
8.	Qualifikationsarbeiten und Dissertationen	83
8.1	Dissertationen.....	83
8.2	Sonstige Qualifikationsarbeiten	85
9.	Publikationen.....	87
9.1	Veröffentlichungen in Fachzeitschriften	87
9.2	Vorträge.....	87
9.3	Kongressbeiträge	88

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
ALG	Arbeitslosengeld
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Einordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln
ATO AG 06	Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte Baden-Württemberg, AG 06 „Rehabilitation“
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BW	Baden-Württemberg
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ELB	Erwerbsfähige Leistungsberechtigte
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FAQs	Frequently Asked Questions
HÄV BW	Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IG	Interventionsgruppe
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
IRES	Fragebogen zu Indikatoren des Reha-Status
KG	Kontrollgruppe
KTL	Klassifikation Therapeutischer Leistungen
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MFA	Medizinische Fachangestellte
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
pAp	Persönlicher Ansprechpartner
Q12	12. Querschnittbereich: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren
QS	Qualitätssicherung
RSD	Reha-Statistik-Datenbasis
RTS	Reha-Therapiestandards
RV	Rentenversicherung
SAMA	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie
SGB	Sozialgesetzbuch
StWE	Stufenweise Wiedereingliederung
TEP	Totalendoprothese

VMOR	Verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation
WAI	Work Ability Index
ZAR	Zentrum für ambulante Rehabilitation
ZUF-8	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

1. VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Gesundheitssystem ist seit der Corona-Pandemie maximal belastet. Die Energie-Krise und steigende Kosten belasten Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen gleichermaßen, Personal ist knapp und häufig überlastet. Gleichzeitig steigen die Krankschreibungen in Deutschland auf ein Rekordhoch, unsere Gesellschaft und das Gesundheitssystem sind offenkundig unter Stress.

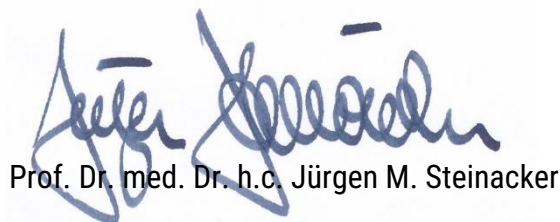
Intersektorale Forschung ist notwendig

Auch wenn Krankenversicherung, Rehabilitation und Arbeitsverwaltung in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern abgebildet sind und verschiedene Sektoren darstellen, ist doch klar, dass diese Sektoren miteinander in Wechselwirkung stehen und Auswirkungen auf unser Rentensystem haben. Hier ist die intersektorale Forschung, wie sie in unserem Institut erfolgreich abgebildet wird, ganz besonders wichtig. Nur so können wir wechselnde Beziehungen zwischen den Systemen herstellen und analysieren. Ganz besondere Bedeutung haben Projekte, in denen wir frühzeitig aus Krankenversicherungsdaten ablesen können, wo besondere Risiken und daraus abgeleitet Rehabilitationsbedarf besteht. Hier hat unser Institut einige wichtige Projekte eingeworben. Das drückt sich auch darin aus, dass mittlerweile mehr als 30% unserer Projekte von außerhalb der Rentenversicherung stammen, ein Erfolg unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Wir bedanken uns deshalb auch im Jahr 2023 bei den Stiftern und Zustiftern des Instituts sowie beim Kuratorium und der Universität Ulm für ihr Vertrauen, ebenso wie bei den fördernden Institutionen und Partnern. Außerdem möchten wir uns bei allen Mitarbeitenden bedanken, die das Institut weiter auf Kurs halten.

Wir wollen entsprechend auch den Kontakt zu den Stiftern, Zustiftern 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.

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



Prof. Dr. med. Dr. h.c. 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 dem Kuratorium, dem Vorstand und dem Beirat zusammen. Nähere Informationen finden Sie unter www.ifr-ulm.de.

KURATORIUM

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

FOLGENDE MITGLIEDER GEHÖREN 2023 DEM KURATORIUM AN:

K. Bauer

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

J. Bauernfeind

Vorstandsvorsitzender, AOK Baden-Württemberg

P. Biler

Vorstandsmitglied, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (bis Q4-2023)

K. Burmeister

Vorsitzender Deutscher Gewerkschaftsbund, Baden-Württemberg (ab Q4-2023)

MR S. Erb
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (ab Q4-2023)

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 (bis Q4-2023)

M. Kunzmann
Vorsitzender Deutscher Gewerkschaftsbund, DGB Bezirk Baden-Württemberg (bis Q4-2023)

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 (bis Q4-2023)

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

Dr. K. Schüle
Abteilungsleitung Abt. 18, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (ab Q4-2023)

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

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

S. Wenz
Vorstandsmitglied, Deutscher Gewerkschaftsbund, Baden-Württemberg (ab Q4-2023)

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.

BEIRAT

Durch einen Kuratoriumsbeschluss im November 2022 wurde der bisherige wissenschaftliche und versorgungspolitische Beirat zu einem Beirat zusammengelegt. Dieser neue gemeinsame 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.

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 BEIRAT AN:

M. Einwag

Hauptgeschäftsführer, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.

Dr. J. Frankenhauser-Mannuß

Versorgungsinnovatorin, Unternehmensbereich Versorgungsgestaltung, AOK Baden-Württemberg

Prof. Dr. med. M. Kraus

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, ORTHix Zentrum Augsburg

PD Dr. med. G. Müller

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

Dr. R. med. Nechwatal

Chefarzt Reha-Klinik Heidelberg-Königstuhl, RehaZentren der DRV Baden-Württemberg gGmbH,
stellv. Vorsitzender des Beirats

K. Repert-Ristow

Abteilung Sozialmedizinischer Dienst, Reha-Management, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Dr. med. K. S. Schüle
Abteilungsleitung Abt. 18, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, **Vorsitzende des
Beirats**

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

M. von Wartenberg
Stellvertretende Vorsitzende, Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

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

4. PERSONAL

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten am IFR Ulm (Stand November 2023).

4.1 LEITUNG

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

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 Institutsleitung des IFR und seit dem 01.01.2023 Geschäftsführerin. In ihrer Funktion als Leiterin verantwortet Fr. Dr. Tepohl 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. Kaluscha war seit 01.06.2010 stellvertretender wissenschaftlicher Leiter am IFR Ulm und seit dem 01.01.2023 Geschäftsführer. 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

MIRSADA MUJANIC

Assistentin der Geschäftsführung, Sekretärin

Frau Mujanic 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, der Bereich Finanzbuchhaltung und Controlling.

4.3 WISSENSCHAFTLICHE MITARBEITER

ELLEN GAUS, M.SC.

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

Frau 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.

LISA HERTRICH, M.SC.

M. Sc. Biomechanik – Motorik – Bewegungsanalyse, B. Sc. Bewegung und Gesundheit

Frau Hertrich arbeitet seit Februar 2023 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFR im Bereich der Versorgungsforschung. Aktuell sind ihre Schwerpunkte in zwei Rehapro-Projekten angesiedelt. Zum einen liegt der Fokus auf der beruflichen Wiedereingliederung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Rehabilitationsbedarf. Im zweiten Projekt soll ein niedrigschwelliger und passgenauer Zugang für Menschen mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen in die medizinische Rehabilitation geschaffen und erprobt werden.

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

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

Frau Dr. 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.

Des Weiteren ist sie zuständig für die Planung und Organisation der Lehrveranstaltungen Q12 sowie W911.

SARAH LEINBERGER, M.SC.

M.Sc. und B.A. Wirtschaftspsychologie

Frau 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 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 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

Frau Dr. Pauls ist seit Mai 2023 im Rahmen einer Elternzeitvertretung als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich der Versorgungsforschung am IFR tätig. Ihr wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt in der Realisierung von Evaluationsstudien mit Hilfe von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. Im Zentrum ihrer aktuellen Tätigkeit stehen u.a. die Evaluation eines neuen Behandlungskonzepts für Kinder und Jugendliche mit kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen sowie die Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL).

JOHANNES SCHMIDT, M.SC. MATHEMATIK

M.Sc. Mathematik, B. Sc. Wirtschaftsmathematik

Herr 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 2023 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 sollten die wesentlichen Funktions- und Folgestörungen von onkologischen Patienten in der Rehabilitation identifiziert werden. Zudem sollte 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 wurden Zusammenhänge zwischen den wesentlichen Funktionseinschränkungen und der Teilhabe am Berufsleben onkologischer Rehabilitanden analysiert, um daraus Empfehlungen zur Auswahl geeigneter Therapieformen und zum besseren Umgang mit Funktionseinschränkungen abzuleiten.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. Rainer Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102

HINTERGRUND:

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

Die Art und Schwere der Funktionsstörungen hängt einerseits von der Art der Erkrankung (z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs) und andererseits von der gewählten Therapie (z.B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) ab. So sind Prostatakrebspatienten bspw. häufiger nach einer Operation von Inkontinenz betroffen, als es nach einer Bestrahlung oder

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

Im Rahmen dieser Studie wurden zunächst die wesentlichen Funktions- und Folgestörungen von onkologischen Patienten in der Rehabilitation für die wichtigsten Krebsgruppen (u.a. Darm-, Brust- und Prostatakrebs) identifiziert. Zudem wurde untersucht, ob diese eher krankheits- oder aber therapiebedingt entstehen und welche Behandlungsstrategien bzw. Therapieformen in der Akutonkologie welche Funktionsstörungen zur Folge haben. Ferner wurden Zusammenhänge zwischen den

wesentlichen Funktionseinschränkungen und der Teilhabe am Berufsleben onkologischer Rehabilitanden analysiert.

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 Teile: zuerst wurden indikationsspezifische Funktions- und Folgestörungen anhand einer systematischen Literatur-Recherche 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 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 auf Signifikanz getestet. Dann wurde jeweils eine Funktionsstörung hinzugefügt und geprüft, ob sie relevant ist.

AKTUELLER STAND:

Die Auswertungen wurden im April abgeschlossen und ein ausführlicher Abschlussbericht erstellt.

Als relevante Einflussgrößen für die Prognose der Beschäftigungstage nach onkologischer Rehabilitation erwiesen sich die Beschäftigungstage im Kalenderjahr vor der Reha-Maßnahme, die Altersklasse, die Staatsangehörigkeit, das Geburtsland, Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren, eine Aufforderung durch die Krankenkasse gemäß § 51 SGB V und die Krebsart. Das Geschlecht hatte keinen Einfluss. Mit diesen Einflussgrößen wurden 39,8% Varianz aufgeklärt (Efron).

Die betrachteten Funktionsstörungen hatten erwartungsgemäß negative und z.T. deutliche Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit nach der Rehabilitationsmaßnahme. So traten z.B. Erschöpfung bzw. Fatigue in 55,0% bzw. 23,3% der Fälle auf und gingen mit einer Reduktion von 11,2 bzw. 17,6 Beschäftigungstagen einher.

Statistisch signifikante Interaktionen zwischen einer Funktionsstörung und einer Berufsgruppe ergaben sich jedoch nur in zwei Konstellationen. So waren etwa die negativen Auswirkungen einer Depression bei Krebskranken in „qualifizierten manuellen Berufen“ geringer als in anderen Berufsgruppen.

Diese Ergebnisse wurden auch auf dem 32. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vorgestellt. Zudem ist eine Publikation zu Funktionsstörungen bei Kopf- und

Halstumoren in Arbeit, die bei der Zeitschrift HNO eingereicht werden soll.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg
- Eigenmittel

KOOPERATION

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

5.2 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 wird ein Vergleich zwischen dem neu eingeführten Behandlungskonzept in den Fachkliniken Wangen und dem bisherigen Behandlungskonzept vorgenommen. 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: Sarah Leinberger ✉ sarah.leinberger@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5108

HINTERGRUND:

Chronische, somatische und vor allem psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben in den letzten Jahren in ihrer Anzahl und ihrem Schweregrad zugenommen. Eine frühe Diagnose und eine multimodale Intervention im Kindes- und Jugendalter sind daher notwendig um einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Die Rehabilitation ist dabei ein wichtiges Instrument zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit zur Integration in Schule und Ausbildung. Ein zentrales Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung der Krankheitssymptomatik. Zusätzlich 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 wurden Kinder und Jugendliche, die eine Rehabilitation nach dem alten Konzept erhalten haben (Kontrollgruppe, KG), befragt und zum anderen diejenigen, die

eine Rehabilitation nach dem neuen Konzept absolvierten (Interventionsgruppe, IG). Die Interventionsgruppe wurde zu drei Zeitpunkten befragt:

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

Da die Rehabilitation der Kontrollgruppe zu Studienbeginn bereits in der Vergangenheit lag, wurde diese Gruppe lediglich zum Zeitpunkt t_3 zwei Jahre nach ihrer Rehabilitation befragt. Altersspezifisch erfolgte die Befragung in beiden Gruppen über eine Selbst- und/oder Fremdbefragung der Bezugsperson.

Neben den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugsperson wurde auch die Einschätzung des Fachpersonals der Fachkliniken Wangen hinsichtlich der Unterschiede beider Behandlungskonzepte in den Auswertungen berücksichtigt. Durch leitfadenbasierte qualitative Interviews wurden sechs 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.

Die Befragung der Interventionsgruppe zu den Zeitpunkten t_1 bis t_3 sowie die Befragung der Kontrollgruppe (t_3) ist abgeschlossen. Zwischen 2022 und 2023 fand die Nachbefragung der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt t_3 statt, sodass im Jahr 2023 mit der Auswertung der Fragebogendaten begonnen wurde. Insgesamt wurden 480 Kinder und Jugendliche in die Studie eingeschlossen: 274 in der

Interventions- und 206 in der Kontrollgruppe (57,5% männlich, $MW_{\text{Alter}} = 11,4$ Jahre, $SD_{\text{Alter}} = 3,7$). Die Rücklaufquote der IG betrug zu t_1 knapp 50%, zu t_2 ca. 30% und zu t_3 sowie in der KG jeweils ca. 20%.

Der mittlere Gesamtwert des KINDL-Fragebogens zur Lebensqualität war in der Interventionsgruppe zu Reha-Beginn mit 42,1 signifikant niedriger als der gewichtete Normwert von 75,6 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere subjektive Lebensqualität bedeuten. Zum Zeitpunkt „Reha-Ende“ gab es keinen signifikanten Unterschied mehr zum Normwert ($p > 0,05$). Ein Vergleich der Einzelitems des KINDL-Fragebogens zeigte zu Reha-Ende signifikante Verbesserungen. 88,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben gemäß der Fragebogenangaben zu Reha-Ende in der letzten Woche viel gelacht und Spaß gehabt (t_1 : 63,9%; $p = 0,028$). Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, der in der letzten Woche stolz auf sich war, hat ebenfalls signifikant zugenommen ($p < 0,01$; t_1 : 28,6%; t_2 : 54,3% „oft“/„immer“). Signifikant verringert hat sich der Anteil an Kindern und Jugendlichen, der sich zu Reha-Ende in der letzten Woche ängstlich oder unsicher gefühlt hat ($p = 0,037$; t_1 : 61,1%; t_2 : 72,2% „nie“/„selten“).

Der KINDL-Skalenscore zum Selbstwertgefühl hat sich analog zu den oben beschriebenen Veränderungen von 53,8 auf 67,1 Punkte verbessert ($p < 0,001$), wobei höhere Werte ein höheres Selbstwertgefühl bedeuten (Skala: 0-100).

Der derzeitige Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen hat sich zu Reha-Ende ebenfalls signifikant verbessert ($p < 0,001$). Während zu Beginn der Reha 47,4 Prozent der befragten Bezugspersonen angaben, dass der Gesundheitszustand ihres Kindes mittelmäßig oder schlecht sei, waren es zum Ende der Reha nur noch 13,2 Prozent. Von den Jugendlichen

selbst gaben 66,6 Prozent an, dass es ihnen zum Ende der Reha gut oder sehr gut gehe (t₁: 25,0%).

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

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

5.3 HAUSÄRZTLICHE EINLEITUNG EINER MEDIZINISCHEN REHABILITATION BEI POST-COVID-PATIENTEN: VIELE ERKRANKTE, ABER NUR WENIGE REHA-ANTRÄGE?

PROJEKTZIEL: Ziel des Projektes ist die Identifikation von Hemmnissen bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation aufgrund einer Post-Covid-Erkrankung. Anhand der Studienergebnisse sollen Lösungsvorschläge zur Reduktion von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen abgeleitet und damit eine bedarfsgerechte Versorgung für Post-Covid-Erkrankte gesichert werden.

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

HINTERGRUND:

Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 können sich verschiedenste Symptome, wie bspw. Fatigue, Luftnot und Schmerzen sowie eingeschränkte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zeigen. Anhaltende oder neu auftretende Symptome, die nicht auf andere Erkrankungen zurückgeführt werden können, werden als Long- bzw. Post-Covid bezeichnet. Infolge der gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann auch die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen teilweise, vorübergehend oder sogar dauerhaft gefährdet sein.

Die Rehabilitation der DRV hat das Ziel, eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen (§ 9 SGB VI). Jedoch ist für die Überwindung der gesundheitlichen Einschränkungen und das Wiedererlangen bzw. Aufrechterhalten der beruflichen Leistungsfähigkeit eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung von erheblicher Bedeutung.

Trotz der hohen Fallzahlen an SARS-CoV-2-Infizierten sowie an Personen, die über die akute Infektion hinaus aufgrund einer Post-Covid-Erkrankung behandlungsbedürftige Symptome aufweisen und durch diese in ihrer beruflichen und sozialen Teilhabe eingeschränkt sind, ist die Anzahl der Rehabilitationsanträge bei der DRV Baden-Württemberg laut eigener Angaben gering. Es stellt sich daher die Frage, worauf diese geringen Antragszahlen zurückzuführen sind.

Im Rahmen der Studie sollen daher Erkenntnisse über die derzeitige Versorgungspraxis von Post-Covid-Patienten gewonnen werden. Im Speziellen wird untersucht, welche Behandlungen/Therapien niedergelassene Ärzte üblicherweise empfehlen/verordnen, welche Rolle rehabilitative Angebote bisher bei der Behandlung von Post-Covid-Symptomen spielen und wie der Nutzen von Rehabilitationsleistungen eingeschätzt wird. Außerdem werden Gründe für und/oder gegen die Beantragung einer Rehabilitation bei Patienten mit Post-Covid in den Fokus genommen.

Mit Hilfe der Erkenntnisse über mögliche Hürden und Barrieren beim Zugang zu rehabilitativen Leistungen bei einer Post-Covid-Erkrankung sollen Lösungen zur Beseitigung dieser erarbeitet und somit eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden.

METHODIK:

Bei der Studie handelt es sich um eine explorative Studie, die im Mixed-Methods-Ansatz durchgeführt wird. Auf Basis der Ergebnisse von Interviews wird ein spezifischer Fragebogen für eine umfassende Datenerhebung entwickelt.

In einem ersten Schritt werden mittels halbstrukturierter Interviews (qualitative Datenerhebung) mit fünf Ärzten (Allgemeinmediziner bzw. Internisten) sowie fünf medizinischen Fachangestellten potentiell relevante Sachverhalte zum Themenkomplex „Post-Covid“ identifiziert. Der Interviewleitfaden umfasst u.a. Fragen zur Häufigkeit von Post-Covid-Patienten in der jeweiligen Praxis, zu typischen Symptomen und Beeinträchtigungen sowie zu häufig empfohlenen Therapien und deren Wirkung im Hinblick auf die Genesung. Ferner werden die Bedeutung von Rehabilitationsleistungen sowie die Kriterien, die der Indikationsstellung zugrunde gelegt werden, in den Fokus genommen. Letztendlich sind Gründe für und gegen die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation von Interesse.

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser qualitativen Datenerhebung wird in einem zweiten Schritt ein spezieller Fragebogen für Arztpraxen erarbeitet (quantitative Datenerhebung). Der themenspezifische Fragebogen wird an ca. 10.100 niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten in Baden-Württemberg verschickt.

AKTUELLER STAND:

Das Projekt wurde im Jahr 2022 von der DRV BW bewilligt und startete am 01.11.2022.

Zunächst wurde die Ethikkommission Ulm um Prüfung einer Vorlagepflicht gebeten. Letztlich war das Einholen eines Ethikvotums für die Studie nicht erforderlich. Parallel hierzu wurden das Datenschutzkonzept sowie die Befragungsunterlagen erstellt. Die Befragungsunterlagen umfassten die Studien- und Datenschutzinformation (qualitative und quantitative Datenerhebung) sowie den Interviewleitfaden und die Einwilligungserklärung (qualitative Datenerhebung).

Anfang des Jahres 2023 wurden mit fünf Hausärzten sowie fünf MFAs die Interviews geführt. Anschließend wurden diese transkribiert sowie die Kernaussagen für die Entwicklung des Fragebogens zusammengetragen.

Zur Vorbereitung der Befragung erfolgte eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit, indem bspw. ein Newsletterbeitrag durch den Hausärzterverband und den Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten veröffentlicht wurde.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) stellte dankenswerterweise aus ihrem Arztregister Adressdaten niedergelassener Allgemeinmediziner und Internisten zur Verfügung. Diese wurden dann für Anschreiben im Serienbriefverfahren aufbereitet. Zudem wurde die Serienbriefvorlage zum Versand der Befragungsunterlagen (Anschreiben, Teilnehmendeninformation zur Studie, Datenschutzinformation, Fragebogen) erstellt.

Trotz einer frühzeitigen Vorbereitung der Befragung der niedergelassenen Ärzte traten aus verschiedensten Gründen im Jahr 2023

Verzögerungen auf. So war der Versand der Befragungsunterlagen an ca. 10.100 niedergelassene Ärzte im Serienbriefverfahren über die Poststraße der DRV Baden-Württemberg mit erheblichen organisatorischen und technischen Herausforderungen verbunden. Hierdurch startete der Versand der Fragebögen erst Ende August 2023, also drei Monate später als vorgesehen. Aus diesem Grund wurde im September 2023 bei der DRV Baden-Württemberg ein Antrag auf kostenneutrale Verlängerung gestellt, der am 20.09.2023 bewilligt wurde.

Die eingegangenen Fragebögen wurden fortwährend erfasst, so dass im vierten Quartal 2023 die statistischen Analysen erfolgen konnten. Der Abschlussbericht wird bis Ende Februar 2024 verfasst.

Weiterhin erhielt das IFR infolge der Anschreibreaktion außerordentlich kontroverse und sehr differenzierte Rückmeldungen. Zudem wurde unerwartet häufig und sehr ausführlich beschrieben, was sich im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung von Post-Covid-Patienten verändern müsste. Diese Rückmeldungen können zur Beantwortung weiterer relevante Fragen herangezogen werden und sind von erheblicher Bedeutung für die künftige Ausgestaltung der Behandlungsangebote. Da jedoch eine sachgerechte Auswertung der ärztlichen Expertise im Rahmen des bereits beantragten Projektes nicht möglich ist, wurde im dritten Quartal 2023 eine Erweiterung der Fragestellung beantragt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- Hausärzterverband Baden-Württemberg
- Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten

5.4 FORMATIVE EVALUATION DES MODELLPROJEKTS COBEREHA UND ABLEITUNG VON HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR BEWÄLTIGUNG VON AKUTEN KRISEN AM BEISPIEL DER COVID-19-PANDEMIE

PROJEKTZIEL: Ziel des Projekts ist die Evaluation eines von der DRV Baden-Württemberg entwickelten Zusatzmoduls, welches die Gesundheits- und Handlungskompetenz von Rehabilitanden im Umgang mit der Covid-19-Pandemie fördern sollte. Anhand der Studienergebnisse sollen Empfehlungen für die Ausgestaltung und Umsetzung ähnlicher Interventionen abgeleitet werden, um im Falle künftiger Krisen mit Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit (Public-Health-Krisen) rasch und zielgerichtet handeln zu können.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. Silke Jankowiak ✉ silke.jankowiak@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5106
Ellen Gaus ✉ ellen.gaus@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5102

HINTERGRUND:

Um die Ausbreitung der Covid-19-Pandemie einzudämmen und insbesondere vulnerable Gruppen vor Ansteckung zu schützen, wurden zahlreiche unterschiedliche Schutzmaßnahmen etabliert. Um die Gesamtbevölkerung umfangreich über diese zu informieren und aufzuklären, Ängste zu nehmen und einen adäquaten Umgang mit dem SARS-CoV-2-Virus zu erreichen, wurden verschiedene Medien und Kanäle genutzt. Aber genau diese Vielzahl an komplexen und z.T. widersprüchlichen Informationen verunsicherte viele Menschen.

Dabei bietet sich in Rehabilitationseinrichtungen die Chance, wertvolle Aufklärungsarbeit zu leisten und so mittels Multiplikationseffekten zur Verbesserung der Gesamtsituation beizutragen. Aus diesem Grund hat die DRV Baden-Württemberg das Zusatzmodul CoBeReha entwickelt. Inhalte dieses Zusatzmoduls

waren zusätzliche Schulungs- und Informationsmodule, gegebenenfalls gruppentherapeutische Leistungen sowie bei Bedarf auch Einzelgespräche. Ziel von CoBeReha war es, Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, Informationen zur Pandemie objektiv zu bewerten, Ängste und Unsicherheiten abzubauen sowie einen sachgerechten Umgang mit der Pandemie zu fördern, d.h. Gesundheits- und Handlungskompetenz zu stärken. Ferner sollten sie durch die Informations- und Aufklärungsangebote besser auf die Rückkehr in die berufliche Tätigkeit unter Coronabedingungen vorbereitet werden. Das Zusatzmodul wurde allen Rehabilitanden in den teilnehmenden Kliniken zwischen Januar 2021 und Juni 2022 angeboten.

Da niemand auf eine Pandemie wie Covid-19 vorbereitet war, gab es bis zur Entwicklung des Zusatzmoduls kein vergleichbares Schulungs- und Informationsangebot. Die DRV Baden-Württemberg hat „CoBeReha“ speziell entwickelt, um die Rehabilitanden in dieser Zeit

adäquat aufzuklären. Kenntnisse über die Wirkung und Akzeptanz eines Zusatzmoduls liegen nicht vor.

METHODIK:

Die formative Evaluation erfolgt im Mixed-Methods-Design bestehend aus quantitativer Datenerhebung anhand von Fragebögen sowie qualitativer Datenerhebung anhand von Fokusgruppen und Interviews.

In die quantitative Datenerhebung (Fragebogen) sollen insgesamt 2.000 Rehabilitanden (je 1.000 in die Interventions- und Kontrollgruppe) eingeschlossen werden, die während der Covid-19-Pandemie im Zeitraum vom 11. Januar 2021 bis 30. Juni 2022 ihre Rehabilitation in einer von der DRV Baden-Württemberg federführend belegten Rehabilitationsklinik in Baden-Württemberg durchgeführt haben. Die Interventionsgruppe (IG) umfasst dabei Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt haben, die CoBeReha umgesetzt hat. Die Kontrollgruppe (KG) umfasst Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt haben, die CoBeReha nicht umgesetzt hat. Die beiden Gruppen werden hinsichtlich Informationsstands, Ängstlichkeit sowie Handlungs- und Gesundheitskompetenz miteinander verglichen. Zudem sind der individuelle Nutzen sowie die Akzeptanz des Zusatzmoduls von Interesse.

Im Zuge der qualitativen Datenerhebung werden sowohl drei Fokusgruppen mit Rehabilitationskliniken, die CoBeReha umgesetzt haben, als auch drei Fokusgruppen mit Rehabilitationskliniken, die CoBeReha nicht umgesetzt haben, durchgeführt. Zudem sollen drei übergreifende Fokusgruppen durchgeführt werden, d.h. mit je einer Rehabilitationsklinik, die CoBeReha umsetzte, und einer Rehabilitationseinrichtung, die CoBeReha nicht umsetzte.

Im Zuge der Fokusgruppen werden Hürden und Förderfaktoren sowie Schnittstellenproblematiken bei der Umsetzung der Maßnahme in den Fokus genommen. Ferner wird diskutiert, welche Faktoren einen Anreiz für die Umsetzung von CoBeReha darstellen (könnten).

Die Sichtweisen der Rehabilitanden und Rehabilitationseinrichtungen wird um die Sichtweise der DRV Baden-Württemberg, die das Zusatzmodul entwickelte, ergänzt. Dabei sollen entweder Fokusgruppen oder Einzelinterviews mit Mitarbeitenden der DRV Baden-Württemberg (z.B. Mitarbeitende der Regionalzentren, der Abteilung Sozialmedizinischer Dienst/ Reha-Management, Qualitätssicherung) geführt werden. Im Zuge dieser qualitativen Datenerhebung werden die Hürden und Förderfaktoren bei der Implementierung des Zusatzmoduls sowie die Kommunikation mit den Einrichtungen und Verbesserungsbedarfe diskutiert.

AKTUELLER STAND:

Das Projekt wurde Ende des Jahres 2022 durch die DRV BW bewilligt und die Projektaktivitäten am 01.01.2023 aufgenommen. Für die quantitative Datenerhebung wurde der Ethikantrag bei der Ethikkommission Ulm gestellt. Die Rückmeldung zum Ethikantrag traf am 11.04.2023 ein und beinhaltete u.a. einen weiteren Klärungs- und Anpassungsbedarf bzgl. des Studiendesigns. Zudem waren intensivierte Bemühungen zur Klärung bzw. Abstimmung der Anforderungen der Ethikkommission der Universität Ulm mit den Anforderungen des Datenschutzbeauftragten des IFR Ulm erforderlich. Nach Umsetzung der erforderlichen Anpassungen lag am 18.07.2023 ein positives Ethikvotum vor. Zugleich wurde das Datenschutzkonzept erstellt und dem Datenschutzbeauftragten des IFR Ulm zur Prüfung

vorgelegt. Eine entsprechende Genehmigung lag am 29.06.2023 vor.

Für die quantitative Datenerhebung wurde durch die DRV BW eine Zufallsstichprobe von 1.000 Rehabilitanden der IG sowie 1.000 Rehabilitanden der KG gezogen. Zur Vorbereitung des Fragebogenversands im Serienbriefverfahren durch die Poststraße der DRV BW wurden die erforderlichen Schritte mit der DRV BW abgestimmt. Zur Erfassung der quantitativ erhobenen Daten wurde eine Scanmaske für den Fragebogen sowie das Datenbankschema (Label, Formate) erstellt.

Die qualitative Datenerhebung erfolgte im zweiten Halbjahr 2023. Dabei wurden Fokusgruppen mit drei Einrichtungen durchgeführt, die CoBeReha umgesetzt haben. Diese umfassten die Indikationsbereiche Orthopädie

und Kardiologie. Weiterhin wurden drei Fokusgruppen mit Einrichtungen durchgeführt, die CoBeReha nicht umgesetzt haben. Diese umfassten die Indikationsbereiche Orthopädie, Mutter-Kind-Kur/Kinder- und Jugendrehabilitation sowie Innere/Geriatrie/Orthopädie/Neurologie. Zudem konnte eine übergreifende Fokusgruppe realisiert werden, d.h. ein gemeinsames Gruppengespräch mit einer Einrichtung, die CoBeReha umgesetzt hatte (ambulantes Rehabilitationszentrum), und einer Einrichtung, die CoBeReha nicht umgesetzt hatte (Familien-/Kinder- und Jugendrehabilitation).

Außerdem wurde ein leitfadengestütztes Interview mit den an CoBeReha beteiligten Mitarbeitenden bei der DRV BW durchgeführt.

Ende 2023 wurde mit der Analyse der quantitativen und qualitativen Daten begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg

5.5 EVALUATION DER DIGITALEN TRAININGSPHASE IM PRÄVENTIONSANGEBOT RV FIT KOMPAKT MITTELS DER APP PROTHERAFIT® (RV FIT KOMPAKT)

PROJEKTZIEL: Das Ziel des Projekts „RV Fit Kompakt“ ist die Überprüfung der digitalen Durchführung der Trainingsphase im Präventionsprogramm RV Fit auf Nicht-Unterlegenheit gegenüber der klassischen Durchführung.

ANSPRECHPARTNER: Johannes Schmidt ✉ johannes.schmidt@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5207

HINTERGRUND:

Präventionsangebote haben vor dem Hintergrund einer verlängerten Lebensarbeitszeit, der Zunahme chronischer Erkrankungen und multipler Veränderungen des Arbeitslebens in den vergangenen 20 Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Das Ziel von Präventionsmaßnahmen ist es, die Gesundheit nachhaltig zu fördern und zu schützen. Das Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung richtet sich an Beschäftigte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die längerfristig die ausgeübte Berufstätigkeit gefährden könnten, aktuell aber noch nicht so ausgeprägt sind, dass eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist.

Im Jahr 2008 wurde das Präventionsprogramm Betsi („Beschäftigung teilhabeorientiert sichern“) erstmalig angeboten und seit Juli 2020 unter dem Namen RV Fit beworben. Präventionsleistungen gehören seit 2013 zum Regelangebot der DRV. Die juristische Grundlage hierfür ist das im Juni 2015 in Kraft getretene „Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand

und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben“ (sog. „Flexirentengesetz“). Hierdurch werden Leistungen zur Prävention zu Pflichtleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung (§ 14 SGB VI).

Digitale Interventionen haben im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Im Bereich der Nachsorge haben sich digitale Angebote bereits etabliert und auch erste Ergebnisse zum Einsatz digitaler Anwendungen im Bereich der Prävention liegen vor. Im Rahmen des hier vorgestellten Projekts wird erstmalig die Trainingsphase des RV Fit Programms vollständig app-basiert durchgeführt, so dass, bis auf die Initial- und Auffrischerphase, das gesamte Präventionsprogramm räumlich und zeitlich flexibel durchgeführt werden kann.

Durch die Evaluation soll überprüft werden, ob eine app-basierte und somit digital durchgeführte Trainingsphase im Präventionsprogramm RV Fit zumindest gleichwertige Ergebnisse liefert wie die klassische Variante, in der die Trainingsphase in einem Therapie- oder Rehazentrum durchgeführt wird.

METHODIK:

Die Studie wird in fünf Kliniken der RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH durchgeführt (multizentrisches Setting). In allen Einrichtungen wird sowohl RV Fit (klassische Vorgehensweise) als auch RV Fit kompakt (digitale Durchführung der Trainingsphase) angeboten. Die Teilnehmenden melden sich aktiv für das Präventionsprogramm RV Fit der Deutschen Rentenversicherung an und können anschließend selbst entscheiden, ob sie die Trainingsphase im Rahmen des RV Fit-Modells in einer Gesundheitseinrichtung durchführen möchten oder im Rahmen des RV-Fit kompakt Modells digital via App. Für den Vergleich der beiden Varianten werden zum einen sportmedizinische und diagnostische Assessments durchgeführt und zum anderen werden die Teilnehmenden gebeten, zu sechs Messzeitpunkten Fragebögen auszufüllen. Neben den primären Präventionszielen (Ausdauer; Kraft und Beweglichkeit; Stressbewältigung; Ernährung) werden auch die Zufriedenheit mit der Intervention; der subjektive Behandlungserfolg; die Bewertung der digitalen Anwendung; das Bewegungsverhalten im Alltag; die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Arbeitsfähigkeit und Selbstwirksamkeit erhoben. Die sechs Erhebungszeitpunkte sind: t_0 – zu Beginn der Startphase; t_1 – am Ende der Startphase; t_2 – Ende Trainingsphase; t_3 – Ende Eigenaktivitätsphase; t_4 – Ende Auffrischungsphase und t_5 – drei Monate nach der Präventionsmaßnahme RV Fit bzw. RV Fit kompakt.

Das IFR Ulm fungiert in diesem Projekt als Methodenzentrum und ist somit für die Aufbereitung und Analyse der Daten verantwortlich.

Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente sowie die Rekrutierung der Teilnehmenden wird durch die RehaZentren Baden-Württemberg durchgeführt.

AKTUELLER STAND:

Das Projekt startete im Januar 2023. Im ersten Quartal wurde das Datenschutzkonzept erstellt und ein Ethikvotum bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg eingeholt. Des Weiteren wurden Fragebögen für die sechs Messzeitpunkte erstellt sowie eine Batterie von sportmedizinischen Assessments zusammengestellt. Die Datenerhebung startete im Mai 2023. Die Rekrutierung von Teilnehmenden in der Interventionsgruppe verläuft sehr positiv. In dieser Gruppe liegen bereits 268 vollständig ausgefüllte Fragebögen zum Messzeitpunkt t_0 , 234 Fragebögen zum Messzeitpunkt t_1 und 57 zum Messzeitpunkt t_2 vor. In der Kontrollgruppe verläuft die Rekrutierung deutlich schleppender. Bislang liegen hier von nur 30 Teilnehmenden vollständig ausgefüllte Fragebögen zum Messzeitpunkt t_0 vor. Zum Messzeitpunkt t_1 sind es 35 Fragebögen und zum Messzeitpunkt t_2 drei Fragebögen. Die Rekrutierung wird bis Ende 2023 fortgesetzt und der Schwerpunkt auf die Rekrutierung von Teilnehmenden für die Kontrollgruppe gelegt, so dass bis Ende 2023 auch hier ca. 100 Personen in die Studie eingeschlossen sind. Im 4. Quartal 2023 wurden die ersten Daten an das IFR übermittelt, wo dann mit der Sichtung und Plausibilisierung der Daten sowie der Zusammenführung der Fragebogendaten und den Ergebnissen der sportmedizinischen Assessments begonnen wurde.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Baden-Württemberg

KOOPERATION

- RehaZentren Baden-Württemberg (Projektleitung)
- Profession Fit

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

PROJEKTZIEL: Im Rahmen der Studie erfolgte eine Modifikation der Eigenaktivitätsphase des Präventionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung (heute RV-Fit, ehemals Betsi). Die sechsmonatige Eigenaktivitätsphase des Präventionsprogramms konnte innerhalb der Studie entweder wie bisher, d.h. ohne weitere Begleitung oder mit zusätzlichen Präsenzterminen in der Reha-Einrichtung oder online-basiert durchgeführt werden. In der Studie sollte 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. Lena Tepohl ✉ lena.tepohl@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5101

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: Eine Initialphase von einem bis fünf Tage, eine dreimonatige Trainingsphase sowie eine sechsmonatige Eigenaktivitätsphase ohne Präsenztermine. Nach diesen sechs Monaten Eigenaktivitätsphase findet eine Auffrischung des Erlernten am sogenannten Refresher-Tag statt. Das heutige RV-Fit Programm hat nur noch eine Eigenaktivitätsphase von drei Monaten. Da die Dauer der Eigenaktivitätsphase zu Beginn der Studie (2019) noch bei sechs

Monaten lag, wurde im Rahmen der Studie Bestandschutz für diese Dauer gewährt. Somit durchliefen auch weiterhin alle Studienteilnehmer eine sechsmonatige Eigenaktivitätsphase, um die Vergleichbarkeit zwischen den Teilnehmenden 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 Teilnehmenden zum Refresher-Tag erscheint.

Die längerfristige Begleitung der Teilnehmenden bietet eine Möglichkeit, die Bindung der Teilnehmenden an die Präventionsmaßnahme zu erhöhen und die Nachhaltigkeit der

erzielten Effekte zu verbessern. Dies kann neben fortlaufenden Face-to-face Kontakten mit einem Therapeuten auch durch digitale Angebote umgesetzt werden. 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 Alltag integrieren, wodurch Personenkreise erreicht werden können, die die Präventionsmaßnahme ansonsten aus beruflichen oder privaten Gründen nicht durchführen können.

METHODIK:

Innerhalb der Studie wurde 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 wurden drei Studiengruppen miteinander verglichen.

Im Modell 2 wurden die Teilnehmenden im Rahmen der Eigenaktivitätsphase weiterhin persönlich von den Therapeuten betreut, allerdings wurde dabei die Frequenz der 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 sollten die Teilnehmenden dabei 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 waren dabei analog

zu Modell 3. Das Modell 3 sah die Durchführung der Eigenaktivitätsphase mittels der Online-Therapieplattform Caspar vor. Mit dieser Plattform konnten die Therapeuten individuelle Trainingspläne für die einzelnen Teilnehmenden zusammenstellen und mit ihnen kommunizieren. Der erstellte Trainingsplan konnte von den Teilnehmenden auf einem PC, Tablet oder Smartphone genutzt werden. In den Modellen 2 und 3 wurden alle Übungsaktivitäten der Teilnehmenden dokumentiert.

Die Evaluation der beiden neuen Modelle und der Vergleich mit dem klassischen Präventionsmodell (Modell 1) erfolgte anhand einer (teil-) randomisierten kontrollierten Studie (Comprehensive Cohort Design). In die Studie sollten je Modell ca. 250 Teilnehmende eingeschlossen werden, die im medicos.AufSchalke rekrutiert wurden. An drei Diagnostik-Terminen a) vor der Trainingsphase (t_0), b) nach der Trainingsphase (t_1) sowie c) nach der Eigenaktivitätsphase (t_2) wurden von allen Teilnehmenden konditionelle und koordinative Fähigkeiten erfasst. Ferner beantworteten die Teilnehmenden Fragen zu ihrem Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand, zu bestehenden Risikofaktoren sowie zur Motivation und zur Behandlungszufriedenheit. Inwieweit durch die längere Begleitung der Teilnehmenden in den Modellen 2 und 3 auch die Compliance erhöht wurde, wurde durch die Teilnehmerquote am Refresher-Tag abgebildet.

AKTUELLER STAND:

Die Rekrutierung der Teilnehmenden endete am 04.03.2022 und der letzte Refresher-Termin fand Ende November 2022 statt.

Insgesamt konnten 335 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen werden, wovon 111 (33,1%) in Modell 1, 141 (42,1%) in Modell 2

und 83 (24,8%) in Modell 3 waren. 118 Teilnehmende haben den Refresher-Tag besucht und 176 Teilnehmende haben das Programm vorzeitig beendet (Abbrecher-Quote = 52,5%). Die Refresher-Quote aller Teilnehmenden lag bei 38,2% und verbesserte sich damit von 7% vor der Studie um 31,2 Prozentpunkte. Vergleicht man die Refresher-Quote des Modells 1 (31,4%) mit der der Modelle 2+3 (41,5%) kann ein Unterschied von 10,1-Prozentpunkten beobachtet werden, wodurch die Forschungsfrage positiv beantwortet werden kann, denn eine Begleitung erhöht die Refresher-Quote und somit anscheinend auch die Compliance der Teilnehmenden.

Hinsichtlich der subjektiven Arbeitsfähigkeit, gemessen mittels Work Ability Index (WAI), zeigte sich, dass die meisten Teilnehmenden aller drei Modelle ihre Arbeitsfähigkeit über alle Zeitpunkte hinweg als gut bis mäßig einstufen. Zum Messzeitpunkt t_0 lag der mittlere WAI-Wert bei $31,6 \pm 5,8$ Punkten und zum Messzeitpunkt t_2 bei $32,3 \pm 6,9$ Punkten. Diese Werte weisen darauf hin, dass die subjektive Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden im Durchschnitt eher mäßig ist und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen sind.

Die Ergebnisse des IRES (Fragebogen zu Indikatoren des Reha-Status) zeigen sowohl in der Gruppe mit Betreuung während der Eigenaktivitätsphase (Modell 2 und 3) als auch in der ohne Betreuung (Modell 1) eine statistisch signifikante Veränderung in der Dimension der somatischen Gesundheit. Aus den Mittelwerten ist ersichtlich, dass sich die Daten zwischen t_0 und t_1 signifikant verbessern (p-Wert von 0,010 für Modell 1 und von 0,009 für die Modelle 2+3) und zwischen t_1 und t_2 signifikant verschlechtern (p-Wert von 0,024 für Modell 1 und von $<0,001$ für die Modelle 2+3). Dabei sank der Mittelwert in der Dimension

somatische Gesundheit nur in den Modellen 2+3 zu t_2 sogar auf ein Niveau unter dem zu t_0 . In den beiden anderen Dimensionen, psychisches Befinden und Risikofaktoren, konnte keine statistisch signifikante Veränderung zwischen den letzten beiden Zeitpunkten festgestellt werden. In beiden Gruppen lag für die Risikofaktoren eine signifikante Verbesserung von t_0 zu t_1 vor. In den Modellen 2+3 zeigte sich auch eine signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit zwischen t_0 und t_1 . In Modell 1 war zwar auch eine Verbesserung zu erkennen, jedoch war diese nicht signifikant. Zwischen den beiden Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Hinsichtlich der sportmedizinischen Parameter gab es kaum statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bzw. über den gesamten Zeitraum. Nur der PWC-Test (130) verbesserte sich signifikant. Ebenso reduzierte sich der Bauchumfang bei den Teilnehmenden der Modelle 1 und 2 signifikant von t_0 zu t_2 . Als weiteres positives Ergebnis kann die Erhöhung der sportlichen Aktivität vor allem von t_0 zu t_1 genannt werden. In Modell 1 blieb dieses auch bis zum Messzeitpunkt t_2 stabil. In den Modellen 2 und 3 fiel die sportliche Aktivität jedoch von t_1 zu t_2 wieder leicht ab. Die Teilnehmenden näherten sich über die Zeit ihren individuellen Zielen an und erreichten diese teilweise zumindest. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Modellen konnte auch hier nicht festgestellt werden.

Der Abschlussbericht wurde der DRV Westfalen Ende April 2023 vorlegt. Im September 2023 wurde eine Abschlussveranstaltung im medicos.AufSchalke durchgeführt, in der die Ergebnisse sowohl der Geschäftsführung als auch interessierten Ärzten und Therapeuten präsentiert wurden.

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. Rainer Kaluscha ✉ 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 wurden 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 Patient und Therapeut bzw. Arzt ermöglicht.

METHODIK:

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

Zielgrößen sind der Anteil der Nicht-Antreter bzw. Abbrecher-Quoten, der Gesundheitszustand, die Funktionsfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit, das Gesundheitsverhalten, Prädiktoren der Inanspruchnahme der Nachsorge, der Erwerbsstatus und die Zufriedenheit bei

Patienten und Therapeuten. Die Anzahl der Nicht-Antreter und Abbrecher wurde von den Zentren erfasst und in Studienlisten dokumentiert. Für die Operationalisierung der restlichen Zielgrößen wurden Fragebögen genutzt. Diese basieren auf standardisierten und etablierten Fragebögen (WAI, IRES-3.1 bis 3.3, Zuf-8) und wurden um eigene Items ergänzt (z.B. Gründe zur Wahl der Nachsorgeform). Die Datenerhebung fand an 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) wurden 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 1.905 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) betrug der Rücklauf 412 Fragebögen.

Die ursprünglich geplante Fertigstellung des Abschlussberichtes verzögerte sich aufgrund von Personalwechsel und Kapazitätsengpässen und wird Anfang 2024 erfolgen.

Die bisherigen Auswertungen zeigen für beide Nachsorgeformen ähnliche Ergebnisse, so dass die Online-gestützte Nachsorge eine sinnvolle Erweiterung der Behandlungsangebote darstellt. Dies gilt insbesondere für Rehabilitanden im ländlichen Raum oder Schichtarbeiter, die öfter angaben, ohne dieses Angebot auf eine Nachsorgeleistung verzichten zu müssen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Nanz medico GmbH & Co. KG
- GOREHA GmbH

KOOPERATION

- 6 Reha Zentren für ambulante Rehabilitation (ZAR) aus Rheinland-Pfalz:
 1. ZAR Kaiserslautern
 2. ZAR Landstuhl
 3. ZAR Mainz
 4. ZAR Trier
 5. ZAR Klinikum Ludwigshafen
 6. ZAR Ludwigshafen am St. Marienkrankenhaus
- 7 ZAR aus Baden-Württemberg:
 7. ZAR Aalen
 8. ZAR Göppingen
 9. ZAR Mannheim
 10. ZAR Bad Cannstatt
 11. ZAR Stuttgart
 12. ZAR Ulm

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

PROJEKTZIEL: Ziel der Studie ist eine verbesserte berufliche Wiedereingliederung von neurologischen Rehabilitanden mit (noch) bestehenden Teilleistungsdefiziten. 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. Rainer Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102
Lisa Hertrich ✉ lisa.hertrich@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5109

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 rehapro-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 Stunden-schemata absolviert, sondern kann individuell je nach Leistungsfähigkeit des Patienten gestaltet und angepasst werden.

Außerdem erfolgt ein Coaching am Arbeitsplatz durch Therapeuten bzw. dem Arzt, um bei Bedarf in Abstimmung mit dem

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

METHODIK:

Im Rahmen der multizentrischen Studie erfolgte durch das IFR Ulm eine fortlaufende Evaluation des Modellprojektes.

Die Ergebnisevaluation beruhte auf zwei Datenquellen. So wurden zum einen aus der Reha Statistik Datenbasis der Rentenversicherung (RSD) ähnliche Fälle als historische Kontrollgruppe selektiert. Zum anderen wurden der sozialmedizinische Verlauf und die Wiedereingliederungsquote im Folgejahr der START-Intervention in der Interventionsgruppe (START-Teilnehmenden) anhand von Fragebögen erfasst. Zur Prozessevaluation fand eine Befragung der START-Teilnehmenden zu Beginn, am Ende sowie ein Jahr nach Ende der START-Intervention statt. Dabei wurden 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, erfolgte eine Befragung des jeweiligen Arbeitgebers und der Ärzte in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen. Hierbei sollten die Zufriedenheit mit der START-Intervention sowie Stärken und Schwächen des Modellprojektes 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, wurde im Juli 2023 abgeschlossen. Die erhobenen Daten wurden im 2. und 3. Quartal 2023 analysiert und statistisch aufbereitet. Der Abschlussbericht wurde Ende September 2023 fertiggestellt.

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

5.9 PRÄVENTION FÜR ARBEITSLOSE IN BADEN-WÜRTTEMBERG (PRÄVALO)

PROJEKTZIEL: Im Rahmen des rehapro-Modellprojekts „PrävAlo“ wird das Präventionsprogramm „RV Fit“ der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg modifiziert und auf die psychosoziale Belastung von Arbeitslosen angepasst. Dadurch soll ein gesundheitsbedingtes Vermittlungshemmnis reduziert 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 den Arbeitslosen wie auch bei den mitwirkenden Therapeuten bzw. Ärzten bringen.

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

HINTERGRUND:

Zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung besteht ein wechselseitiger Zusammenhang, der durch zahlreiche Studien belegt ist. 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 ziehen kann. 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 Baden-Württemberg in das Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung einbezogen werden. Im Vergleich zu bisherigen Angeboten – vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung – soll den Arbeitslosen ein multimodales Programm angeboten und die Teilnehmer über einen

längeren Zeitraum (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 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.

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 sechs 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 Maßnahmenende 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 Dezember 2022 ist die Durchführung der qualitativen Interviews mit den Sporttherapeuten der ZAR's in Ulm und Göppingen abgeschlossen. Anfang des Jahres 2023 wurden die insgesamt elf Interviews transkribiert und anschließend mit der qualitativen Auswertung der Daten begonnen. Parallel dazu starteten die letzten Rekrutierungswellen der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und Bund, die insgesamt ca. 2.000 Personen postalisch anschrieb. Währenddessen rekrutierten die Mitarbeitenden der Agentur für Arbeit und des Jobcenters bis Ende September 2023 weitere Teilnehmende für das Modellprojekt. Aktuell liegen uns zum Erhebungszeitpunkt t_0 90 Fragebögen, für den Erhebungszeitpunkt t_1 , 52 Fragebögen und für den Erhebungszeitpunkt t_2 und 31 Fragebögen der PrävAlo-Teilnehmenden vor. Derzeit werden die Fragebögen der Teilnehmenden und die erhobenen Diagnosewerte sowie die Fragebögen der medizinischen Fachgruppe ausgewertet. Ende des Jahres 2023 werden die beteiligten Mitarbeitenden der Jobcenter und Arbeitsagenturen in Fokusgruppen nach Abschluss der Rekrutierung zu dieser befragt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

KOOPERATION

- DRV Baden-Württemberg
- DRV Bund
- ZAR Ulm und Göppingen
- ZAR Göppingen
- Arbeitsagentur/Jobcenter Göppingen
- Arbeitsagentur/Jobcenter Ulm

5.10 PSYCHOSOMATIK DIREKT (PSYDI)

PROJEKTZIEL: Im Rahmen des rehapro-Modellprojekts soll ein niederschwelliger Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation, ähnlich einer Krankenseinweisung, 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. Rainer Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5102
Lisa Hertrich ✉ lisa.hertrich@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5109

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 per Knopfdruck über die Praxissoftware 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 sowie ihre Hausärzte und approbierte psychologische Psychotherapeuten geschaffen werden. Analog zu einer Krankenseinweisung 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, der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, dem Hausärzteverband 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 für die Interventionsgruppe (IG; Direktzuweisung) und die Kontrollgruppe (KG; Einweisung nach Standardverfahren) rekrutiert werden.

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:

Wegen Verzögerungen bei den Datenschutzprüfungen wurden die auf Anfang 2023 bereits verschobene Pilotphase und die anschließend geplante Implementierungsphase gestrichen. Im April und Mai 2023 wurden die teilnehmenden Hausärzte und Psychotherapeuten sowie die teilnehmenden Rehaeinrichtungen geschult. Mit Vorliegen des genehmigten Datenschutzantrags im Mai 2023 konnte die Modellphase am 1. Juni 2023 starten. Die Rekrutierung lief allerdings schleppend an; bis Ende 2023 konnten erst vier Teilnehmende für die IG und acht Teilnehmende für die KG in die Studie eingeschlossen werden. Eine zusätzliche Herausforderung ergab sich, als eines der beiden ambulanten Rehazentren im August 2023 aus dem Modellprojekt ausstieg.

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
- Schlossklinik Bad Buchau
- Klinik de'ignis Egenhausen
- Rehaklinik Glotterbad in Glottertal
- Zentrum für Ambulante Psychosomatische Rehabilitation (ZAPR) Glotterbad in Glottertal

5.11 REFIT STUTTGART – BEGLEITUNG IM REHABILITATIONS- UND INTEGRATIONSPROZESS

PROJEKTZIEL: Das rehapro-Modellprojekt ReFit 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 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 durch das IFR Ulm evaluiert. Die formative Evaluation soll zudem mögliche Verbesserungspotenziale der ReFit-Maßnahme aufdecken und zum Weiterbestand sowie zu einer möglichen Modifizierung beitragen.

ANSPRECHPARTNER: Lisa Hertrich ✉ lisa.hertrich@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5109

HINTERGRUND:

Eine anhaltende gesundheitliche Einschränkung stellt für erwerbsfähige Arbeitslosengeld-II (ALG-II)-Leistungsberechtigte (heute: Bürgergeldberechtigte) 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 bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme sowie bei dem sich anschließenden Integrationsprozess zu reduzieren. Im Anschluss an die medizinische Rehabilitation

werden zudem spezifische und neu konzipierte „Brückenangebote“ zur Arbeitserprobung, zur Belastungssteigerung oder zur beruflichen Zielklärung angeboten. Des Weiteren erhalten Teilnehmende mit sprachlichen Barrieren bereits vor der Rehabilitation Sprachkurse, um den Inhalten der Rehabilitation besser folgen zu können. Ziel des Modellprojekts ist es, die Erwerbsfähigkeit der Teilnehmenden zu erhalten oder wiederherzustellen und sie in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis entsprechend ihrer gesundheitlichen Einschränkungen zu integrieren.

METHODIK:

Im Rahmen dieser formativen Evaluation werden die Teilnehmenden der ReFit-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 (t₃) erfolgt sechs Monate nach Beendigung der ReFit-Maßnahme. Für diese Datenerhebung wird auf die Routinedaten des Jobcenters (z. B. aktueller Erwerbsstatus) zurückgegriffen. Zudem werden die Mitarbeitenden der Brückenangebote und die ReFit-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 von Nicht-ReFit-Teilnehmende gebildet.

AKTUELLER STAND:

Die im Mai 2022 begonnene Rekrutierung der Studienteilnehmenden wurde 2023 fortgesetzt. Bis Ende November 2023 lagen 50 ReFit-Studienteilnehmende und 108 Nicht-Teilnehmende im Vergleichsdatensatz vor. Des Weiteren wurden leitfadengestützten Interviews mit den Projektmitarbeitenden im Jobcenter Stuttgart durchgeführt. Außerdem wurden die Fragen für die Fokusgruppen mit den Mitarbeitenden der Brückenangebote entwickelt. Im 4. Quartal 2023 wurden diese dann in den Räumlichkeiten der ingeus GmbH durchgeführt. Durch die enge Zusammenarbeit der Projektmitarbeitenden mit den persönlichen Ansprechpartnern (pAps) der ELBs wurde gemeinsam mit dem Jobcenter Stuttgart beschlossen, dass auch die pAps mittels Fragebogen zum Modellprojekt ReFit Stuttgart befragt werden sollen. Hierzu wurde gemeinsam ein Fragebogen erarbeitet und im Onlinebefragungstool SoSci Survey erstellt. Der Link zu dieser Befragung wurde im Oktober 2023 per Mail an alle pAps des Jobcenters Stuttgart geschickt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

KOOPERATION

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

5.12 KURZANTRAG REHABILITATION (KUR)

PROJEKTZIEL: Ziel des rehapro-Modellprojekts „Kurzantrag Rehabilitation (KUR)“ ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines deutlich verkürzten und inhaltlich überarbeiteten Antragsformulars inklusiv eines Befundbogens für den Haus- bzw. Facharzt. Der Rehabilitationsantrag soll künftig zudem die Übermittlung wichtiger Aspekte und Anforderungen an die Rehabilitation aus Sicht niedergelassener Ärzte erlauben. Die Studie soll erste Erkenntnisse zu Praktikabilität und Akzeptanz des neu entwickelten Kurzantragsverfahrens liefern.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. Silke Jankowiak ✉ 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 einbezogen werden, stehen die niedergelassenen Ärzte dem Antragsverfahren sowie der daraus resultierenden Rehabilitationsmaßnahme teilweise kritisch gegenüber. Folgen sind eine Nichtinanspruchnahme bzw. ausbleibende Antragstellung sowie eine verspätete Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme.

Ein weiterer Kritikpunkt am Rehabilitationsprozess ist die ungenügende Rückkopplung der Rehabilitationsergebnisse in den niedergelassenen ärztlichen Bereich. Diese findet in Form des Entlassungsberichts statt, der aber nach Auffassung der niedergelassenen Ärzte zu lang sowie zu viele, für den niedergelassenen Arzt irrelevante Informationen enthält.

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg hat sich deshalb entschlossen, eine Weiterentwicklung des Rehabilitationsantrags in Angriff zu nehmen. Mit dem rehapro-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 anhand halbstrukturierter Interviews und Fokusgruppen.

In die quantitative Datenerhebung (Fragebogen) sollen 300 Patienten, bei denen der Zugang zur Rehabilitation mittels Kurzantrag erfolgt (Interventionsgruppe) sowie 300 Patienten, bei denen der Zugang zur Rehabilitation mittels bisherigem Standard-Antrag erfolgt (Kontrollgruppe), eingeschlossen werden. Zusätzlich werden jeweils neun Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe mittels leitfadengestützter Telefoninterviews zu den individuellen Erfahrungen während des Antragsprozesses befragt.

Die Zielgruppe sind dabei Versicherte der DRV BW im erwerbsfähigen Alter mit orthopädischen Erkrankungen (ICD-10: M00-M99), welche erstmalig eine Rehabilitation (Heilverfahren) beantragen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation erfüllen. Des Weiteren müssen Rehabilitationsbedarf und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sein. Versicherte, die bereits in der Vergangenheit einen Rehabilitationsantrag gestellt haben, werden ausgeschlossen, da diese auf Erfahrungswerte und Vorwissen zurückgreifen können und somit die Ergebnisse der Evaluation verzerren könnten.

Im Rahmen von Fokusgruppen werden die Akzeptanz und Praktikabilität sowie ggf. vorhandene Verbesserungsvorschläge der Haus- und Fachärzte sowie der Beteiligten in den Rehabilitationseinrichtungen (Ärzte, Therapeuten etc.) und des sozialmedizinischen Dienstes der DRV BW erhoben.

Darüber hinaus soll eine Prozessanalyse des alten und neuen Antragsverfahrens anhand von prozessrelevanten Daten der DRV BW durchgeführt werden. Dabei werden folgende Prozessdaten in den Fokus genommen:

- Durchschnittliche Dauer der Antragsbearbeitung
- Anzahl und Inhalte von Rückfragen
- Anzahl der Kurzanträge mit formulierten Rehabilitationszielen sowie Wünschen für therapeutische Schwerpunktlegungen
- Anzahl an Entlassberichten mit Aussagen zum Erreichungsgrad der vereinbarten Reha-Ziele
- Anzahl Widerspruchsverfahren sowie Ablehnungen und Ablehnungsgründe
- Anzahl nicht angetretener Rehabilitationen

AKTUELLER STAND:

Das Modellprojekt wurde zu Beginn des Jahres 2022 durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ bewilligt.

Die im Februar 2022 begonnene Vorbereitungsphase konnte nicht wie geplant im Januar 2023 abgeschlossen werden. Dies hatte verschiedene Gründe: Zum einen fiel die Teilnahmebereitschaft der Allgemeinmediziner aus der Region Schwäbisch-Hall geringer aus als erforderlich und es stellte sich heraus, dass bei der überwiegenden Menge der Rehabilitationsanträge ebenso Fachärzte beteiligt sind. Aus diesem Grund musste der Zeitraum zur Rekrutierung niedergelassener Allgemeinmediziner verlängert und auf niedergelassene Orthopäden ausgeweitet werden. Zum anderen stand die abschließende Prüfung des Datenschutzkonzepts der DRV BW noch aus. Da ohne ein genehmigtes Datenschutzkonzept die Pilotphase nicht gestartet werden konnte, verschob sich diese von Februar 2023 auf Juli 2023. Die Schulung der beteiligten Haus- und Fachärzte sowie der Modell-Reha-Kliniken fand von Ende April bis Mitte Mai statt, so

dass diese zu Beginn der Pilotierung abgeschlossen war.

Während der Pilotphase erfolgte zum einen die Testung der Strukturen und Prozesse des Kurzantrages mit 20 Patienten in den Hausarztpraxen. Zum anderen diente diese Phase zur Testung der Strukturen und Prozesse der quantitativen Datenerhebung (Fragebogenerhebung) mit je 15 KUR- und Standard-Antragstellern (insgesamt 30 Fälle) sowie der Erprobung der qualitativen Datenerhebung mit je 3 KUR- und Standard-Antragstellern (insgesamt 6 Fälle). Im Rahmen einer Fokusgruppe mit den am Prozess Beteiligten (Haus- und

Fachärzte, Rehabilitationsmediziner, Sachbearbeitung und sozialmedizinischer Dienst der DRV BW) wurden Anpassungsbedarfe bei den Strukturen und Prozessen des Kurzantrages und der Datenhebung identifiziert. Daraufhin erfolgte eine entsprechende Überarbeitung des Kurzantrags und der Erhebungsinstrumente sowie der Strukturen/Prozesse. Die Ethikkommission wurde mittels eines Amendments über die Anpassungen in Kenntnis gesetzt (06.11.2023).

Mit der Modelldurchführung und Datenerhebung wurde am 01.11.2023 begonnen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

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

KOOPERATION

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

5.13 ZUGANGSOPTIMIERTE ARBEITSFÄHIGKEITSORIENTIERTE REHABILITATION (ZAR)

PROJEKTZIEL: Hauptziel dieses rehapro-Projektes ist ein rechtzeitiger und bedarfsgerechter Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen Erkrankungen durch Zusammenarbeit mit Krankenkassen. Dazu soll in deren Daten nach frühen Anzeichen für Rehabilitationsbedarf gesucht werden (z.B. länger anhaltender Rückenschmerz, Arbeitsunfähigkeitszeiten). Durch eine deutlich frühere Intervention (d.h. möglichst vor einer Chronifizierung der Beschwerden) soll ein besseres Rehabilitationsergebnis erzielt werden und dadurch einerseits den Betroffenen schneller geholfen und andererseits die spätere Abhängigkeit von Sozialleistungen vermieden werden.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. Rainer Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102
Johannes Schmidt ✉ johannes.schmidt@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5207

HINTERGRUND:

Bei ZAR handelt es sich um ein vom Bundesprogramm „rehapro“ gefördertes Gemeinschaftsprojekt der DRV Nordbayern mit der AOK Bayern. Die spätere 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 potentiellm Rehabilitationsbedarf oder gefährdeter Erwerbsfähigkeit anhand von Krankenkassendaten zu entwickeln.

Zielgruppe sind hier insbesondere Versicherte mit chronischen Rückenschmerzen und ggf. auch psychosomatischen Erkrankungen. Bei

den Analysen sollen sowohl übliche statistische Prognosemodelle als auch Ansätze aus dem Bereich des „Maschinellen Lernens“ (Machine-Learning) erprobt werden, um die zum Auffinden von Versicherten mit Rehabilitationsbedarf am besten geeigneten Verfahren zu identifizieren.

METHODIK:

Um Behandlungsverläufe im Hinblick auf Rehabilitationsbedarf analysieren zu können, werden umfangreiche Informationen aus dem Leistungsgeschehen einer gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen.

Grundlage sind die Vorgeschichten („Patientenkarriere“) späterer Rehabilitanden. Dabei werden Diagnosen, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel (z.B. Physiotherapie) sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten aus der Zeit vor Antritt der Rehabilitation betrachtet und nach

gemeinsamen Mustern gesucht, um Frühindikatoren für Rehabilitationsbedarf zu erkennen.

Diese Muster werden dann zu Behandlungsverläufen von Versicherten, die im Beobachtungszeitraum (noch) keine Rehabilitation durchführten, in Beziehung gesetzt, um potentiellen Rehabilitationsbedarf aufzudecken.

Im Laufe des Projektes zeigte sich, dass die datenschutzrechtlichen Prüfungen bezüglich der ursprünglich angestrebten Verknüpfung der Daten von AOK und DRV durch die Träger und ihre Aufsichtsbehörden aufwändiger und zeitintensiver werden würden als ursprünglich erwartet. Da innerhalb der Projektlaufzeit noch eine Evaluation mit Nachbeobachtung der Studienteilnehmer durch die Universität Würzburg vorgesehen ist und die Projektdauer im rehapro-Rahmen nicht mehr verlängert werden konnte, wurde beschlossen, auf den kombinierten Datensatz zunächst zu verzichten und das Vorhersagemodell lediglich auf Daten der AOK Bayern zu erstellen.

Mindestvoraussetzung dafür war, dass die AOK auch Kenntnis von Rehabilitationsmaßnahmen in Trägerschaft der Rentenversicherung hat. Da die zuständige Krankenkasse auch in diesen Fällen gemäß § 301 Absatz 4a SGB V von den Rehabilitationseinrichtungen Aufnahme- und Entlassungsmitteilungen erhält, war diese Voraussetzung erfüllt.

Um die nötigen Analysen durchführen zu können, schlossen die AOK Bayern und das IFR Anfang 2023 einen entsprechenden Auftragsdatenverarbeitungsvertrag.

AKTUELLER STAND:

Nach Entwicklung und Abschluss des Auftragsdatenvertrags wurden die

nötigen Daten der AOK Bayern im März 2023 dem IFR zur Verfügung gestellt.

Anschließend wurden die Daten am IFR aufbereitet und plausibilisiert. Dann wurden Stichproben aufgebaut, die einerseits „Rehabilitanden“, d.h. Versicherte, die bereits eine Rehabilitation wegen Rückenschmerzen durchlaufen haben, und andererseits eine „Vergleichsgruppe“, d.h. Versicherte, bei denen dies (noch) nicht der Fall ist, enthalten.

Auf diesen Stichproben wurden anhand der Abrechnungsdaten die Behandlungsverläufe eines Jahres vor dem jeweiligen Zielereignis (Rehabilitation oder zufällig gewählter Zeitpunkt bei Vergleichsgruppe) analysiert und verglichen.

Dabei wurde geprüft, welche Behandlungselemente bzw. Kombinationen oder Abfolgen für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme prognostisch bedeutsam sind, d.h. bei den späteren Rehabilitanden häufiger oder seltener auftreten als bei Vergleichsversicherten. Zu diesem Zweck wurden folgende Daten ausgewertet:

- Diagnosen ambulant/stationär (Abrechnungsdaten ICD-10)
- Leistungen niedergelassener Ärzte (Abrechnungsdaten EBM)
- Krankenhausaufenthalte (Abrechnungsdaten DRG bzw. OPS-301)
- verschreibungspflichtige Medikamente (Abrechnungsdaten ATC bzw. PZN)
- Heil-/Hilfsmittel (z.B. Physiotherapie, gem. Katalog)
- Arbeitsunfähigkeitszeiten (einschl. Diagnosen ICD-10)

Anschließend wurden verschiedene Verfahren aus der klassischen Statistik sowie dem

„maschinellen Lernen“ zur Erkennung von Rehabilitationsbedarf erprobt. Dazu gehörten z.B. logistische Regressionen, Support Vector Machines oder Entscheidungsbäume (Decision Trees). Sie wurden hinsichtlich Vorhersagegüte und Implementierungsaufwand verglichen, wobei auf Erkenntnisse und Implementierungen aus einer Simulationsstudie zurückgegriffen werden konnte. Wichtig für die Akzeptanz und die rechtssichere Nutzung solcher Verfahren ist, dass die Ergebnisse der Modelle, die zu einer Vorhersage des Rehabilitationsbedarfs führen, für Fachleute nachvollziehbar und zuverlässig reproduzierbar sind.

Da Entscheidungsbäume im Performance-Vergleich keinen Nachteil gegenüber anderen Verfahren aufwiesen, diesen aber bezüglich Transparenz und Nachvollziehbarkeit deutlich überlegen sind, wurden diese letztlich für den Einsatz als Prognosemodelle im Projekt ausgewählt.

Im vierten Quartal 2023 wurde das Prognosemodell finalisiert und im Dezember der AOK Bayern zur Implementierung übermittelt. Mit der Implementierung bei der AOK, die durch das IFR Ulm unterstützt wird, und im ersten Quartal 2024 abgeschlossen werden soll, sind die wesentlichen Arbeitspakete des IFRs in diesem Projekt abgeschlossen.

Anschließend wird die AOK mittels der am IFR entwickelten Verfahren aktuelle Versicherte mit Rehabilitationsbedarf identifizieren und anschreiben. Um den Zugang zur Rehabilitation möglichst niederschwellig zu halten, haben die AOK und die DRV Nordbayern entsprechende Verfahrensabsprachen getroffen. Das neue Verfahren wird dann durch den Arbeitsbereich Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Würzburg evaluiert.

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

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: Ellen Gaus ✉ 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 Modellprojekts VVI sollen dem entgegenwirken,

indem auf der einen Seite eine Vernetzung der unterschiedlichen Akteure wie z.B. den Hausärzten und Mitarbeitern des Jobcenters und auf der anderen Seite die Begleitung des Arbeitslosen durch Lotsen umgesetzt wird.

Die Planung, Durchführung und Evaluation des VVI-Projekts 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 ein frühzeitiges Hinzuziehen der erforderlichen Leistungsträger sowie das Ergreifen 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 der 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. bzgl. der Häufigkeit der gemeinsamen Treffen, der Einschätzung des Erfolgs der Projektteilnahme und der Abbrecherquoten in die Analysen miteinbezogen.

AKTUELLER STAND:

Die Datenerhebung im Projekt erstreckte sich von März 2022 bis Ende November 2023. Derzeit liegen uns von 40 Teilnehmenden Fragebögen und von 34 Personen Datenblätter (diese enthalten Prozess- und soziodemografische Daten, die vom Jobcenter Biberach bereitgestellt werden) vor. Die Durchführung der geplanten Arztinterviews gestaltete sich im Projekt schwieriger als eingangs abzusehen war. Bisher konnten lediglich zwei Ärzte, die den Gesundheitscheck im Projekt durchgeführt haben, befragt werden. Die Durchführung der Lotseninterviews mit den Mitarbeitenden des Jobcenters ist abgeschlossen und die Interviews liegen in transkribierter Form vor. Derzeit laufen sowohl die Auswertungen des qualitativen als auch des quantitativen Forschungsstranges.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- Jobcenter Biberach (dort wird das VVI-Modellprojekt im Rahmen des Bundesprogramms "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gefördert)

KOOPERATION

- Jobcenter Biberach (RiB)

5.15 ENTWICKLUNG EINES BEWERTUNGSKONZEPTEES FÜR DIE REHABILITANDENBEFRAGUNG IM BEREICH DER KINDER- UND JUGEND-REHA

PROJEKTZIEL: Im Rahmen des von der DRV Bund beauftragten Projekts sollen die Fragebögen der Rehabilitandenbefragung der DRV im Bereich der Kinder- und Jugend-Rehabilitation validiert und eine Adjustierungsstrategie entwickelt werden, um die Befragungsergebnisse zwischen Reha-Fachabteilungen vergleichbar zu machen. Zunächst muss dafür ein Bewertungskonzept für die Rehabilitandenzufriedenheit und den subjektiven Behandlungserfolg der Kinder und Jugendlichen erstellt werden.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. Rainer Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102
Sarah Leinberger ✉ 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. Am Verfahren der Reha-QS nehmen rentenversicherungseigene oder von der DRV federführend belegte Fachabteilungen verpflichtend teil.

Die zwei Qualitätsindikatoren „Rehabilitandenzufriedenheit“ und „subjektiver Behandlungserfolg“, die im Rahmen der Rehabilitandenbefragung erhoben werden, tragen zur Bildung des Gesamtqualitätswertes einer Reha-Fachabteilung bei. Die Befragung wird sowohl in der Erwachsenen-Rehabilitation als auch im Bereich der Kinder- und Jugend-Rehabilitation durchgeführt und erfolgt mithilfe von standardisierten Fragebögen in Form einer kontinuierlichen monatlichen Stichprobenerhebung.

Im Bereich der Kinder- und Jugend-Rehabilitation gibt es zwei Fragebogenversionen: einen Fragebogen für unter 12-jährige Kinder und einen Fragebogen für 12- bis unter 18-jährige Jugendliche. Diese wurden in einem vorangegangenen Projekt umfassend überarbeitet und sind seit 2017 im Reha-QS-Programm implementiert.

Durch eine adjustierte Bewertung, d.h. eine Bewertung unter Berücksichtigung vorbestehender Merkmale der Rehabilitanden, wird ein fairer Vergleich von Reha-Fachabteilungen ermöglicht.

METHODIK:

Bei den Auswertungen zur Rehabilitandenbefragung im Kinder- und Jugendbereich wurden neben den Befragungsdaten für Kinder unter 12 Jahren (Fremdbefragung durch die Eltern) und für Jugendliche ab 12 Jahren die

Routinedaten der Rentenversicherung als Datengrundlage genutzt.

Zur Fragebogenvalidierung wurden zunächst mit geeigneten statistischen Verfahren Konstruktvaliditäts- und Konsistenzanalysen durchgeführt, z.B. mithilfe von konfirmatorischen Faktorenanalysen. Anhand von statistischen Auswertungen in Form von Regressionsmodellen mit mehreren Ebenen wurden Einflussfaktoren auf die Rehabilitandenzufriedenheit und den subjektiven Reha-Erfolg identifiziert.

Die Ergebnisse der Analysen flossen in das Adjustierungsmodell ein, anhand derer das Rehabilitationsergebnis bzgl. der Rehabilitandenzufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs angepasst und somit fachabteilungsübergreifend vergleichbar gemacht werden kann. Auf Basis des vorgeschlagenen Adjustierungsmodells wurde unter Einbezug von Fokusgruppen (mit Teilnehmenden aus Reha-Einrichtungen sowie Rentenversicherungsträgern) ein verständliches Rückmeldekonzept zu den Ergebnissen entwickelt.

AKTUELLER STAND:

Im 3. Quartal 2022 wurde die erste Projektkomponente abgeschlossen, die neben der Vorbereitung der Daten für die Analysen ebenfalls die Validierung der Fragebögen und die Entwicklung der Qualitätsdimensionen enthielt. Die zweite Projektkomponente beinhaltete das Entwickeln einer Adjustierungsstrategie und eines anwenderfreundlichen Ergebnisberichts zu den Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung. Beides wurde Ende 2022 abgeschlossen. Im 1. Quartal 2023 fand die Modellvalidierung sowie das Verfassen des Abschlussberichts statt.

Insgesamt lagen aus den Jahren 2017 bis 2021 Befragungsdaten von 8.177 Kindern

unter zwölf Jahren (Fremdbeurteilung durch ein Elternteil, Durchschnittsalter: 7,0 Jahre) und 5.736 Jugendlichen ab zwölf Jahren (Durchschnittsalter: 14,6 Jahre) vor.

Zur Fragebogenvalidierung wurden zunächst alle Fragebogenitems deskriptiv ausgewertet und eine Missing-Data-Analyse durchgeführt. Anschließend wurde die interne Konsistenz der Skalen mithilfe von Cronbach's Alpha Berechnungen überprüft. Mit konfirmatorischen Faktorenanalysen wurde die Konstruktvalidität der von den Fragebogenentwicklern intendierten Qualitätsdimensionen geprüft. Werden neutrale Antwortkategorien (z.B. „kann ich nicht beantworten“) explizit als solche berücksichtigt, kann von einer guten Reliabilität der Messung ausgegangen werden.

Die entwickelten Qualitätsdimensionen setzen sich zusammen aus: Zufriedenheit, Erlebnisqualität, Prozess- und Leistungsqualität (Rehabilitandenzufriedenheit) sowie Gesundheitskompetenz und Reha-Erfolg (subjektiver Behandlungserfolg). Individuelle Bewertungen der Reha-Fachabteilungen werden berechnet, indem der Mittelwert der Fragen gebildet wird, die zu dem jeweiligen Qualitätskonstrukt gehören.

Um die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragungen aus den Fachabteilungen sachgerecht vergleichen zu können, mussten unterschiedliche Verteilungen vorbestehender Rehabilitandenmerkmale mathematisch kompensiert werden. Dies wurde durch eine Adjustierung mit Hilfe von linearen Mehrebenen-Regressionsanalysen realisiert. Die Auswahl der relevanten Einflussfaktoren erfolgte mit einer Backward-Selection auf Basis des p-Werts. Für den Kinder- und den Jugendfragebogen wurden jeweils zwei lineare Mehrebenenmodelle für die beiden Qualitätsdimensionen „Zufriedenheit“ und „subjektiver Behandlungserfolg“ entwickelt.

Im Anschluss an die Auswahl und die Berechnung der Modelle wurde die Übertragbarkeit der Modelle auf neue Daten und die Stabilität der einzelnen Schätzer und Einflussfaktoren mithilfe von Kreuzvalidierung und Bootstrapping überprüft. Die Analysen lassen auf eine gute Übertragbarkeit der Modelle schließen.

Auf Basis der Adjustierungsergebnisse wurde ein Ergebnisbericht erarbeitet. Um die Nutzerzentrierung der Rückmeldung sicherzustellen, wurden drei Fokusgruppen mit insgesamt 25

Anwendern aus Reha-Kliniken und der DRV aus dem Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation durchgeführt. Berechnet und im Rückmeldekonzept dargestellt, werden insgesamt vier Qualitätspunkte für jede Fachabteilung: Rehabilitandenzufriedenheit aus Elternsicht (Kinder bis einschließlich 11 Jahre), subjektiver Behandlungserfolg aus Elternsicht, Rehabilitandenzufriedenheit aus Sicht der Jugendlichen (12 bis 18 Jahre) und subjektiver Behandlungserfolg aus Sicht der Jugendlichen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

KOOPERATION

- DRV Bund

5.16 AKTUALISIERUNG DER KLASSIFIKATION THERAPEUTISCHER LEISTUNGEN IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION (KTL)

PROJEKTZIEL: Das IFR erhielt den Zuschlag bei der Ausschreibung der DRV Bund zur Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). Die KTL dient der Dokumentation therapeutischer Leistungen und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Sie wurde zuletzt 2015 – ebenfalls vom IFR – überarbeitet und aktualisiert. Seitdem sind u. a. aufgrund der Weiterentwicklung von neuen Berufsabschlüssen und neuen Behandlungskonzepten, allen voran digitale Therapieleistungen, Anpassungen notwendig geworden. Vor dem Hintergrund der qualitätsorientierten Belegungssteuerung soll im Projekt zudem geprüft werden, ob und ggf. wie die Rückmeldungen aus der Qualitätssicherung der DRV zur KTL und zu Reha-Therapiestandards (RTS) an die Kliniken verbessert und anwenderfreundlicher gestaltet werden können. Dabei sollen auch Vorschläge für eine zukünftige Bewertung der Reha-Fachabteilungen in Form von Qualitätspunkten gemacht werden.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. Rainer Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102
Lisa Hertrich ✉ lisa.hertrich@ifr-ulm.de ☎ 07582 800-5109

HINTERGRUND:

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ist für die Deutsche Rentenversicherung ein bewährtes und wichtiges Instrument zur Dokumentation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Die in den Reha-Entlassungsberichten erfassten KTL-Dokumentationscodes der erbrachten therapeutischen Leistungen sind eine wichtige Grundlage für die rehabilitative Qualitätssicherung der DRV. Insbesondere zusammen mit den Reha-Therapiestandards (RTS) leistet die KTL einen wesentlichen Beitrag dazu, das therapeutische Geschehen in der medizinischen Rehabilitation transparent und nach definierten Standards zu gestalten (Rückmeldekonzepte für die KTL und RTS).

Verschiedene Veränderungen der letzten Jahre, wie die Einführung neuer Berufsabschlüsse (z. B. Studiengang Psychotherapie) und die Entwicklung neuer Therapieformen (Online-Angebote, digitale Therapien seit der Pandemie) machen eine Überarbeitung der Klassifikation notwendig. Neben der Anpassung bestehender und Integration neuer Codes mit Dokumentationshinweisen und -beispielen, erfolgt die Aktualisierung ebenfalls für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der Leistungen für Begleitpersonen. Ferner erfolgt eine Überprüfung der festgelegten Qualitätsmerkmale. Zu letzteren gehören die zur Leistungserbringung ggf. mit Zusatzqualifikation zugelassenen Berufsgruppen, die Indikation und das Therapieziel, die Mindestdauer und die Wiederholungsfrequenz sowie die maximale Gruppengröße.

METHODIK:

Um den Überarbeitungsbedarf der Klassifikation zu ermitteln, fand im Herbst 2023 eine umfangreiche Online-Befragung statt, die sich an alle Anwender der Klassifikation in den Reha-Fachabteilungen und bei den Rentenversicherungsträgern sowie an Fach- und Berufsverbände richtete. Im Rahmen der Befragung wurden die Anwender aufgefordert, konkrete Vorschläge zur Überarbeitung der Klassifikation abzugeben. Die Online-Befragung war so konzipiert, dass auf Basis der folgenden vier Rubriken Rückmeldungen zur KTL möglich waren:

1. Änderungsvorschlag (bestehende Leistung ändern)
2. Ergänzungsvorschlag (neue Leistung ergänzen)
3. Löschungsvorschlag (bestehende Leistung löschen)
4. Weitere Hinweise zur KTL

Die zweimonatige Online-Befragung wurde vom IFR Ulm als Web-Anwendung auf einem für diesen Zweck angemieteten externen Server realisiert, so dass eingegangene Vorschläge in einer vom IFR entwickelten Datenbank erfasst werden konnten. Die Angabe von Kontaktdaten für evtl. Rückfragen erfolgte auf freiwilliger Basis, so dass eine anonyme Teilnahme möglich war.

AKTUELLER STAND:

Die Anwenderbefragung stieß auf (unerwartet) großes Interesse; es wurden 2.131 Vorschläge von 507 Einsendern eingereicht. Mehr als die Hälfte der Vorschläge bezogen sich auf Änderungen vorhandener Leistungen und fast 30% waren Ergänzungen der aktuellen KTL.

Mit der Ermittlung des Überarbeitungsbedarfs der KTL bezüglich Leistungen, allgemeinen Dokumentationshinweisen und -beispielen sowie Frequently Asked Questions (FAQs) wurde begonnen. Hierfür wurden die eingereichten Vorschläge über eine Erweiterung der am IFR entwickelten Web-Anwendung durch das Projektteam, d.h. Bereich 432 der DRV Bund (Prozessqualität) und IFR, gemeinsam kategorisiert und mit Schlagwörtern versehen. Zusätzlich zu den eingegangenen Anwenderrückmeldungen werden die Auswertung der Jahreserhebung der KTL-Codes und die Rückmeldungen aus der Routine berücksichtigt, um einen ersten Vorschlag in engem Austausch mit dem KTL-Projektteam der DRV Bund für jedes Kapitel zu erarbeiten.

Aktuell wird ebenfalls datenbankgestützt eine unabhängige Bewertung der Vorschläge sowohl am IFR als auch bei der DRV Bund vorgenommen. Dabei kann von beiden Seiten angegeben werden, inwieweit sie dem jeweiligen Vorschlag zustimmen bzw. ob der Vorschlag abgelehnt werden soll. Diese Bewertungen bilden die Grundlage für die weitere Überarbeitung der KTL. Zum Ende des Jahres 2023 wurde der erste Zwischenbericht fertiggestellt.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Bund

KOOPERATION

- DRV Bund, Bereich 0432 Prozessqualität

5.17 SEKTORENÜBERGREIFENDE ANALYSE VON VERSORGUNGSDATEN DER DRV RHEINLAND-PFALZ UND AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND ZU PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATIONSMAßNAHMEN UND -BEDARFEN (FRÜHPSYCH)

PROJEKTZIEL: Ziel dieses Projektes ist die Ermittlung von Kriterien zur Früherkennung von psychosomatischen Rehabilitationsbedarfen mittels Analysen von Versorgungsdaten der DRV Rheinland-Pfalz, DRV Saarland und AOK Rheinland-Pfalz/Saarland.

ANSPRECHPARTNER: Dr. biol. hum. Rainer Kaluscha ✉ rainer.kaluscha@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5102
Johannes Schmidt ✉ johannes.schmidt@ifr-ulm.de
☎ 07582 800-5207

HINTERGRUND:

Personen mit Rehabilitationsbedarf stellen immer wieder über lange Zeit hinweg keinen Rehabilitationsantrag und nehmen folglich auch keine Rehabilitationsleistung in Anspruch („Unteranspruchnehmer“). Zudem gibt es in der Psychosomatik auch keine „Anschlussheilbehandlungen“ nach Klinikaufenthalten. Entsprechend häufig weisen Rehabilitanden in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen bereits mehrjährige Patientenkarrerien und starke Chronifizierungen der Erkrankungen auf.

Im Rahmen dieses Projektes soll daher untersucht werden, ob anhand von Behandlungsdaten von Krankenkassen Rehabilitationsbedarf aufgrund einer psychosomatischen Erkrankung frühzeitig erkannt werden kann. Dazu sollen typische Krankheits- und Behandlungsverläufe von späteren Rehabilitanden identifiziert werden. Anschließend soll nach ähnlichen Mustern bei Versicherten mit

psychosomatischen Erkrankungen, die (bisher) keine Reha beantragt haben, gesucht werden. Grundlage bilden Daten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und der DRVen Rheinland-Pfalz und Saarland. So können Kriterien abgeleitet werden, die frühzeitig Hinweise auf einen Rehabilitationsbedarf liefern. Durch einen Vergleich der späteren Behandlungsverläufe von Rehabilitanden und „Unteranspruchnehmern“ können dann auch die Effekte einer Rehabilitationsmaßnahme bzw. des Verzichts auf eine Antragstellung analysiert werden.

METHODIK:

In diesem Projekt werden zum einen Informationen aus dem Leistungsgeschehen einer gesetzlichen Krankenversicherung und zum anderen der Rentenversicherung herangezogen, um sektorenübergreifend Behandlungsverläufe analysieren zu können. Dadurch können der Behandlungsverlauf im Akutsektor, stationäre und ambulante Behandlungen in Krankenhäusern sowie die Inanspruchnahme einer

medizinischen Rehabilitation ausgewertet werden. Dazu sollen die Daten beider Sozialversicherungsträger in bewährter Weise am IFR Ulm datenschutzgerecht über Pseudonyme verknüpft werden, ohne dass das IFR die Identität der Betroffenen erfährt.

Für Rehabilitanden mit psychosomatischen Erkrankungen sollen auf dieser Datengrundlage typische Behandlungsverläufe identifiziert werden. Daraus werden mit Hilfe von Ansätzen aus dem Bereich des Machine-Learnings Prognosemodelle entwickelt, die das Auffinden ähnlicher Fälle ohne Rehabilitationsantrag ermöglichen. Dabei sollen aus Behandlungsverläufen und Merkmalskombinationen Kriterien bestimmt werden, die bereits frühzeitig auf die spätere Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme hindeuten. Patienten mit ähnlichen Merkmalskonstellationen, die aber noch keine Rehabilitation durchlaufen haben, gelten dann als potentielle Unterinanspruchnehmer.

Eine Teilstichprobe der Rehabilitanden und der identifizierten potenziellen Unterinanspruchnehmer wird postalisch ca. zwölf Monate nach der stationären Rehabilitation bzw. nach dem eigentlich zu erwartenden Rehabilitationszeitpunkt (Unterinanspruchnehmer)

befragt. Mithilfe von Fragebögen werden Parameter wie Gesundheitszustand, Lebensqualität, Erwerbsprognose und aus der subjektiven Sicht Rehabilitationsergebnisse (Inanspruchnehmer) bzw. mögliche Hemmnisse bei der Antragstellung (Unterinanspruchnehmer) erhoben, um das Inanspruchnahmeverhalten besser zu verstehen und mögliche Förderfaktoren und Barrieren zu identifizieren.

AKTUELLER STAND:

Das Projekt startete am 15.07.2023. Zunächst wurde mit den Vorbereitungen begonnen. Im ersten Schritt wurden die Datenschutzkonzepte verfasst, während parallel die notwendigen Unterlagen für die Anträge nach § 75 SGB X erstellt wurden, sodass diese Anfang des Jahres 2024 gestellt werden können.

Zudem wurden parallel zu der Erstellung der notwendigen Dokumente für den Antrag nach § 75 SGB X bereits erste Abstimmungen bzgl. Datenformaten und IT-Prozessen mit den Kooperationspartnern durchgeführt, um letztlich einen möglichst reibungslosen Ablauf der Datenlieferung zu ermöglichen.

FINANZIERUNG/FÖRDERMITTEL

- DRV Rheinland-Pfalz
- DRV Saarland

KOOPERATION

- DRV Rheinland-Pfalz
- DRV Saarland
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

6. LEHRE AN DER UNIVERSITÄT ULM

6.1 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 (Ganztagsexkursionen 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*
- Neurologische Rehabilitation, *Dozent: Prof. Dr. Uttner*
- Psychosomatische Rehabilitation, *Dozent: PD Dr. Müller*
- Traumatologische Rehabilitation, *Dozent: Prof. Dr. Dehner*
- Orthopädische Rehabilitation, *Dozent: Dr. Eckhardt*
- Physikalische Medizin: Krankengymnastik, Ergotherapie, Hilfsmittel, berufliche Rehabilitation, *Dozent: Dr. Eckhardt*
- Phytotherapie I, II und III, *Dozent: PD Dr. Barth und PD Dr. Schmidt*
- Klassische Naturheilverfahren: Balneotherapie, Bewegung, Massagen, Kneipp, Akupunktur, Neuraltherapie, *Dozent: Prof. Dr. Mauch*

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/Prof. Dr. Krischak)
- Klinik Schwabenland, Isny-Neutrauchburg: Kardiologische Rehabilitation (Dr. Schmucker)

- Sportmedizin Universitätsklinikum Ulm:
Ambulante kardiologische Rehabilitation (Prof. Dr. Dr. Steinacker/Prof. Dr. Liu)
- RKU, Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH:
Neurologische Rehabilitation (Prof. Dr. Rosenbohm)

6.2 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.

6.3 WEITERE AUßERUNIVERSITÄRE LEHRE

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

Tabelle 1: Außeruniversitäres Engagement in Fort- und Weiterbildung

Institutsmitarbeiter	Institution	Fach
Dr. R. Kaluscha	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurse „Rehabilitationswesen“ und „Sozialmedizin“
Dr. L. Tepohl	Hochschule Neu-Ulm (HNU)	„Methoden der empirischen Sozialforschung“ (Zentrum für Weiterbildung) Wissenschaftlicher Beirat „Management für Gesundheits- und Pflegeberufe“
	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurs „Sozialmedizin“
M. Maier	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA)	Weiterbildungskurs „Rehabilitationswesen“

7. 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 ggf. 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.

Im Januar startete das Projekt „Evaluation der digitalen Trainingsphase im Präventionsangebot RV Fit kompakt mittels der App PROTHERAFIT® (RV Fit Kompakt)“ in den RehaZentren Baden-Württemberg. Das IFR hat im Rahmen dieses Projekt nicht nur die Methodenberatung übernommen, sondern wird den Datenexport, die Datenplausibilisierung sowie die gesamten Datenanalysen übernehmen.

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.

8. QUALIFIKATIONSARBEITEN UND DISSERTATIONEN

8.1 DISSERTATIONEN

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

Tabelle 2: Dissertationen, alphabetische Reihenfolge

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

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

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

8.2 SONSTIGE QUALIFIKATIONSARBEITEN

Aktuell werden keine sonstigen Qualifikationsarbeiten am IFR Ulm betreut.

9. PUBLIKATIONEN

9.1 VERÖFFENTLICHUNGEN IN FACHZEITSCHRIFTEN

Hetzel, C., Leinberger, S., Kaluscha, R., Kranzmann, A., Schmidt, N. & Mitschele, A. (2023). Return to work after medical rehabilitation in Germany: influence of individual factors and regional labour market based on administrative data. *Journal for Labour Market Research*, 57(1), 1-14. DOI: 10.1186/s12651-023-00330-1

Leinberger, S., Hetzel, C., & Kaluscha, R. (2023). Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation. *Methodische Weiterentwicklung der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation*. DOI:10.1055/a-1998-6574

9.2 VORTRÄGE

Tepohl L., Kaluscha R., Maier M.
Digitale Angebote – Lessons Learned: erste wissenschaftliche Erkenntnisse
32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 19.-22. Februar 2023, Hannover

Tepohl L., Özen E., Brack B., Middel S., Vieregge U.
Konzeptionelle Weiterentwicklung der Eigenaktivitätsphase innerhalb eines Präventionsprogramms zur Verbesserung der Nachhaltigkeit – Erste Ergebnisse
Netzwerktreffen BGM Emscher-Lippe, 03. März 2023, Gelsenkirchen

Tepohl L., Özen E., Middel S., Schmidt J., Brack B.
Digitale Angebote in Prävention und Nachsorge: Erste wissenschaftliche Erkenntnisse.
Reha-Seminar an der Universität und am Universitätsklinikum Würzburg, 28. Juni 2023, Online

Tepohl L., Kaltenbach C., Stuby F., Krischak G.
Prädiktoren des Rehaerfolgs nach Becken- und Acetabulumfrakturen
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, 24.-27. Oktober 2023, Berlin

9.3 KONGRESSBEITRÄGE

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Widmann, T. & Tepohl, L. (2023): Welche Effekte hat eine onkologische Rehabilitation auf die Erwerbs- und Pflegeprognose? In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 154–157.

Jankowiak, S., Leinberger, S., Kocks, A., Borgelt, J., Lange, N., Kaluscha, R. & Tepohl, L. (2023): Welche Effekte hat eine berufsbezogene Rehabilitation auf die Erwerbsprognose bei Suchtrehabilitanden und welche Rehabilitanden profitieren? In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 212–216.

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Tepohl, L. & Widmann, T. (2023): Welchen Einfluss haben Merkmale der Krebstherapie auf die Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation? Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung – Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik. Berlin, 04. bis 06. Oktober. DOI: 10.3205/23dkvf359

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Tepohl, L. & Widmann, T. (2023): Welche Effekte hat eine onkologische Rehabilitation auf die Erwerbs- und Pflegeprognose? Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung – Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik. Berlin, 04. bis 06. Oktober. DOI: 10.3205/23dkvf567

Jankowiak, S., Leinberger, S., Kocks, A., Borgelt, J., Lange, N., Weiler, D. & Kaluscha, R. (2023): Welche Effekte hat eine berufsbezogene Rehabilitation auf die Erwerbsprognose bei Suchtrehabilitanden und welche Rehabilitanden profitieren? Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung – Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik. Berlin, 04. bis 06. Oktober. DOI: 10.3205/23dkvf568

Kaluscha, R., Liebert, A., Tepohl, L. & Duncker, C. (2023): Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation und deren Auswirkungen auf die Erwerbsprognose. In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 116–119.

Leinberger, S., Nechwatal, R. & Kaluscha, R. (2023): Veränderung subjektiver berufsbezogener Faktoren nach einer kardiologischen MBOR-Maßnahme. In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 43–45.

Leinberger, S., Schmidt, J., Kaczerowsky, A. L., Simon, R., Zielinska, M. & Kaluscha, R. (2023): Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation. In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 436–438.

Leinberger, S., Volmer-Berthele, N., Kaluscha, R., Koyutürk, B. & Tepohl, L. (2023): Erste Behandlungsergebnisse einer Kinder- und Jugendrehabilitation für psychische Erkrankungen. In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 438–440.

Schmidt, J., Leinberger, S., Kaczerowsky, A. L., Simon, R., Zielinska, M. & Kaluscha, R. (2023): Vergleich zweier Berechnungsmethoden der Qualitätsindikatoren Zufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg für Reha-Fachabteilungen der Kinder- und Jugendrehabilitation. In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 125–127.

Tepohl, L., Özen, E., Brack, B., Middel, S., Vieregge, U. & Kaluscha, R. (2023): Trägt eine längere Begleitung im Präventionsprogramm der DRV (RV Fit) zu einer besseren Adhärenz bei? In: M. Streibelt, S. Weinbrenner & T. Meyer (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, Hannover, 20. bis 22. Februar. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 128), S. 413–414.