



**VFR**

# Forschungsbericht

## Ausgabe 2022

Verein zur Förderung der  
Rehabilitationsforschung e. V. Norderney



Deutsche  
Rentenversicherung  
Westfalen



Institut für  
Rehabilitationsforschung  
NORDERNEY

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

### **Redaktion:**

Verein für Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Professor Dr. Bernhard Greitemann

Auf der Stöwwe 11

49214 Bad Rothenfelde

Telefon 05424 220-0

[info@klinik-muensterland.de](mailto:info@klinik-muensterland.de)

### **Fotografie:**

Bildarchiv Deutsche Rentenversicherung Westfalen

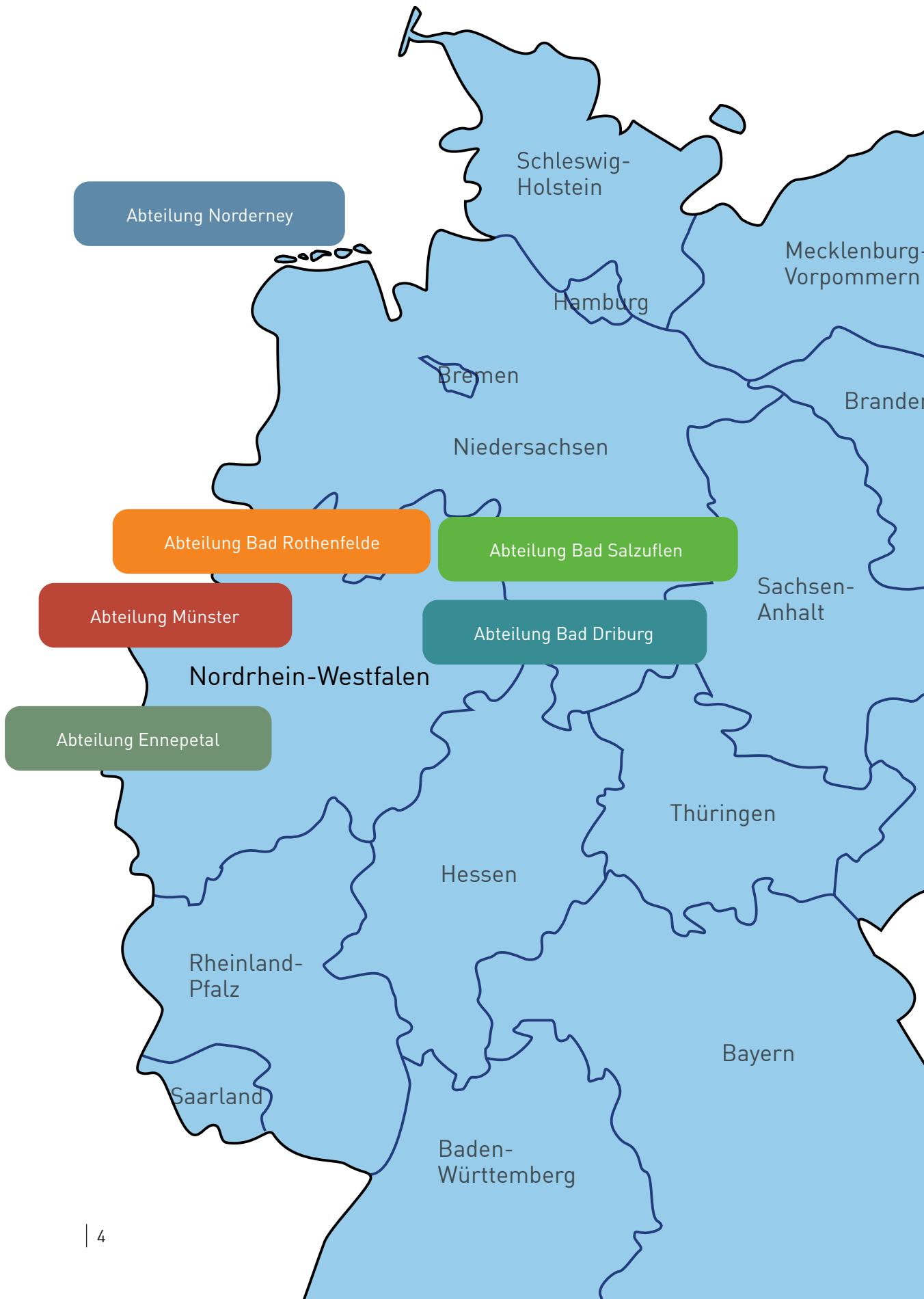
# **Forschungs- bericht**

Verein zur Förderung der  
Rehabilitationsforschung e. V.,  
Norderney (VFR)



## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	7
<b>Abteilung Bad Driburg</b>	
– ADIPE: Evaluation des Rehabilitationskonzeptes „Psycho-Adipositas“ für Menschen mit Adipositas und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme	10
<b>Abteilung Bad Rothenfelde</b>	
– EvaMBOR-C1: Evaluation der MBOR-C-Maßnahme an einer Klinik der Deutschen Rentenversicherung – Multiperspektivische Bewertung des Prozesses, Prüfung auf Optimierungspotential und Beobachtung der Entwicklung der Rehabilitanden über ein Jahr an der Klinik Münsterland	14
– Partizipative Reha-Ziele Online (PREZO) II	16
<b>Abteilung Bad Salzuflen</b>	
– Webbasierte Nachsorge für onkologische Patienten nach stationärer Rehabilitation: Indikationsspezifische Entwicklung, Prozess- und Ergebnisevaluation der eHealth-Nachsorge <i>Onko-Vital</i>	20
<b>Abteilung Ennepetal</b>	
– Vergleich der Effekte einer Diät mit reduziertem Kohlenhydratanteil („Low-Carb“) mit einer Diät mit reduziertem Fettanteil („Low-Fat“) auf das kardiovaskuläre Risikoprofil bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation	24
– Einsatz von Elektromyostimulation (EMS) oder Stoßwellentherapie (SWT) zur begleitenden Therapie von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK)	26
– Identifizierung bio-psycho-sozialer Prädiktoren einer effektiven kardialen Rehabilitation	28
<b>Abteilung Münster</b>	
– WELLE – Weiterentwicklung und Evaluation der Website „www.leistungsbeurteilung-reha.de“: Integration einer Lernplattform	32



## Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

### Vorstand:

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, 1. Vorsitzender  
Werner Eppert, stellv. Vorsitzender  
Dr. Birgit Leibbrand, stellv. Vorsitzende  
Prof. Dr. Frank C. Mooren  
Dr. Harald Fischer

### Geschäftsführer:

Franz-Josef Muhmann

## Institut für Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

### Leiter des Instituts:

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland

### Abteilungen des IfR:

#### Abteilung Bad Driburg

Klinik Rosenberg  
Hinter dem Rosenberge 1  
33014 Bad Driburg  
Telefon 05253 970-0  
info@klinik-rosenberg.de  
www.klinik-rosenberg.de

#### Abteilung Ennepetal

Klinik Königsfeld  
Holthäuser Talstraße 2  
58256 Ennepetal  
Telefon 02333 9888-0  
info-koenigsfeld@drv-westfalen.de  
www.klinik-koenigsfeld.de

#### Abteilung Bad Rothenfelde

Klinik Münsterland  
Auf der Stöwwe 11  
49214 Bad Rothenfelde  
Telefon 05424 220-0  
info@klinik-muensterland.de  
www.klinik-muensterland.de

#### Abteilung Münster

Deutsche Rentenversicherung  
Westfalen  
Gartenstraße 194  
48147 Münster  
Telefon 0251 238-0  
kontakt@drv-westfalen.de  
www.deutsche-rentenversicherung-  
westfalen.de

#### Abteilung Bad Salzuflen

Salzetalklinik  
Alte Vlothoer Straße 1  
32105 Bad Salzuflen  
Telefon 05222 186-0  
info@salzetalklinik.de  
www.salzetalklinik.de

#### Abteilung Norderney

Klinik Norderney  
Kaiserstraße 26  
26548 Nordseeheilbad Norderney  
Telefon 04932 892-0  
klinik-norderney@t-online.de  
www.klinik-norderney.de



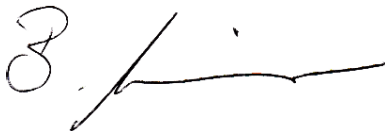


Liebe Leserinnen, liebe Leser,

im gewohnten 2-jährigen Rhythmus möchten wir Sie mit diesem Sammelband wieder über die Forschungsaktivitäten des Vereins für Rehabilitationsforschung Norderney e. V. (VFR) informieren. Die Forscherinnen und Forscher haben, trotz mannigfaltiger Beeinträchtigungen in der Corona-Pandemie, ihre Arbeit kontinuierlich fortführen können, was an sich schon bemerkenswert ist. Dass dabei wesentliche rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen thematisch angegangen werden, ist Tradition im VFR, das ist auch deutlich bei den derzeitigen Forschungsaktivitäten erkennbar.

Der Vorstand des VFR möchte sich ausdrücklich bei allen Förderern, Unterstützern, aber auch den forschenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den forschenden Einrichtungen und auch dem Personal der Einrichtung für die Unterstützung bedanken. Derzeit haben wir im Rahmen der Pandemie alle erhebliche Mehrbelastungen und umso bemerkenswerter ist es, dass wir dennoch diese wichtigen Aktivitäten beibehalten konnten.

Für den Vorstand

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized initial 'B' followed by a long horizontal stroke with a slight upward curve at the end.

**Prof. Dr. Bernhard Greitemann**  
Vorsitzender des Vereins zur  
Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney





## Abteilung Bad Driburg

Klinik Rosenberg  
Hinter dem Rosenberge 1  
33014 Bad Driburg

Telefon 05253 970-0  
[info@klinik-rosenberg.de](mailto:info@klinik-rosenberg.de)  
[www.klinik-rosenberg.de](http://www.klinik-rosenberg.de)

**Titel des Projektes:**

**ADIPE: Evaluation des Rehabilitationskonzeptes „Psycho-Adipositas“ für Menschen mit Adipositas und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme**

**Beteiligte:**

Dr. Harald Fischer (Projektleitung)

Anne Schäfer, Livia Wilhelm, Rosemarie Hillebrand, Sviatlana Fuest

**Laufzeit:**

1. Januar 2020 bis voraussichtlich 30. Juni 2023

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Adipositas ist eines der größten globalen Gesundheitsprobleme mit vielfältigen körperlichen Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-/Kreislauferkrankungen, orthopädischen Problemen sowie frühzeitiger Berentung und erhöhter Sterblichkeit. Adipositas geht aber häufig auch mit psycho-sozialen Belastungen einher. Im Vergleich zu Normalgewichtigen weisen Menschen mit Adipositas eine erhöhte Häufigkeit von psychischen Störungen auf. Mögliche Wechselwirkungen können unter anderem ein vermindertes Selbstwertgefühl, Stigmatisierung, depressive Stimmungslage, Beziehungs-/Kontaktstörungen, berufliche Schwierigkeiten sowie eine eingeschränkte Lebensqualität sein. Folglich erscheint es sinnvoll, auch im stationären Rehabilitationssetting, die Therapiemaßnahmen für Menschen mit Adipositas um eine intensivierete psychotherapeutische Mitbetreuung zu erweitern.

Im vorliegenden Projekt ADIPE wurde das Rehabilitationskonzept „Psycho-Adipositas“ entwickelt und evaluiert. Intention der erweiterten Betreuung ist eine Förderung der Lebensqualität durch Verbesserung der psychischen Gesundheit mit dem Ziel der Steigerung der Motivation zu einem gesünderen Lebensstil.

**Methodisches Vorgehen:**

Teilnehmende (TN) der Studie sind Menschen mit Adipositas und psychischen Belastungen. Die Studie umfasste zwei Schritte:

**Teil 1 (Entwicklung: abgeschlossen):** Das Konzept wurde auf Basis einer Literaturrecherche entwickelt und in zwei Probeläufen mit insgesamt 11 TN erprobt. Am Ende des 4-wöchigen Programms wurden die TN mit Hilfe von Gruppeninterviews nach Zufriedenheit beziehungsweise Verbesserungsvorschlägen gefragt. Anhand der Ergebnisse wurde das Konzept optimiert. Ergänzend zum Standard-Reha-Programm erfolgte eine intensivierete psychologische Mitbetreuung im Bezugsgruppenmodus (neun Gruppensitzungen à 60 bis 90 Minuten, mindestens zwei Einzelgespräche mit der Bezugspsychologin sowie Vermittlung von Entspannungstechniken).

**Teil 2 (Evaluation läuft aktuell):** Die summative Evaluation basiert auf einem randomisierten kontrollierten Studiendesign (RCT) mit mindestens 158 TN – je 79 in der Interventions- (IG) beziehungsweise Kontrollgruppe (KG). Untersucht wird das neue Konzept im Vergleich zu „treatment as usual“ (Rehabilitationsmaßnahme mit routinemäßiger psychologischer Mitbetreuung). Die Datenerhebung erfolgt bei Reha-Beginn (T1), Reha-Ende (T2) und sechs Monate nach Abschluss der Reha (T3) mit Hilfe von validierten Fragebögen. Als Hauptfragestellung wird überprüft, ob es zu einer Verbesserung der berichteten psychischen Lebensqualität sechs Monate nach Reha-Ende kommt; gemessen mit SF-36 (Short Form Gesundheitsfragebogen). Als weitere Parameter werden die körperliche Lebensqualität, psychologische Scores (Angst, Depression, Selbstwert), Reha-Zufriedenheit, Körpergewicht sowie sozialmedizinische Parameter erhoben. Die formative Evaluation beinhaltet, wie zufrieden die Teilnehmenden mit dem Programm waren.

### **Ergebnisse:**

Wir konnten in die Studie 174 Teilnehmende (85 IG/89 KG) einschließen (Stand 19.08.22). Eine erste Analyse der Rückmeldungen der TN des zusätzlichen Betreuungsangebots (formative Evaluation) zeigt, dass die TN der IG (N = 85) die psychologische Mitbetreuung (zufrieden bis sehr zufrieden: 97 Prozent), Umfang (gerade richtig: 81 Prozent) und Inhalte (als hilfreich bis sehr hilfreich: 96 Prozent) beurteilen. Ferner berichteten die TN, dass sie die psychologische Mitbetreuung als hilfreich bis sehr hilfreich sowohl hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft (77 Prozent) als auch ihrer privaten Zukunft (86 Prozent) empfunden haben.

Die Datenerhebung zu T3 (sechs Monate nach Reha-Ende) ist voraussichtlich Februar/März 2023 abgeschlossen.

### **Zusammenfassung:**

Im Rahmen dieser Studie wurde das Rehabilitationskonzept „Psycho-Adipositas“ für Menschen mit Adipositas und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme entwickelt und wird zurzeit evaluiert. Ziel unserer Studie ist, zu prüfen, ob das zusätzliche zielgruppenspezifische psychologische Mitbetreuungsangebot einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität beziehungsweise Gesundheit der Teilnehmenden hat.

### **Umsetzungsempfehlung:**

Kommt die Evaluation des Konzeptes zu einem positiven Ergebnis, kann das neue Betreuungskonzept für Menschen mit Adipositas und psychischer Belastung zeitnah als Regelleistung der Rentenversicherung angeboten werden.





## Abteilung Bad Rothenfelde

Klinik Münsterland  
Auf der Stöwwe 11  
49214 Bad Rothenfelde  
Telefon 05424 220-0

[info@klinik-muensterland.de](mailto:info@klinik-muensterland.de)  
[www.klinik-muensterland.de](http://www.klinik-muensterland.de)

Titel des Projektes:

**EvaMBOR-C1: Evaluation der MBOR-C-Maßnahme an einer Klinik der Deutschen Rentenversicherung – Multiperspektivische Bewertung des Prozesses, Prüfung auf Optimierungspotential und Beobachtung der Entwicklung der Rehabilitanden über ein Jahr an der Klinik Münsterland**

**Beteiligte:**

Stephanie Fröhlich (Projektleitung)  
Ralph Niemeyer

**Laufzeit:**

1. Juli 2019 bis 30. September 2022

**Projektziele, wissenschaftlicher Stand:**

Ziel des Projektes ist die Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen zur Prozessoptimierung der MBOR-C-Rehabilitation. Dies geschieht aufgrund von Einblicken in die Erfahrungswelt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und beteiligten professionellen Akteure (Reha-Ärztinnen und -Ärzte, Sozialdienst, Therapeutinnen und Therapeuten, Qualitätsmanagement, BFW, Reha-Fachberatung) mit dem MBOR-C-Prozess und aufgrund von Daten über die Zufriedenheit mit der Langzeitentwicklung (ein Jahr nach Reha-Ende) und die berufsbezogene Situation und gesundheitsbezogene Lebensqualität der MBOR-C-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden. Nach Hillert et al. (2009) weisen circa 31 Prozent der orthopädischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine besondere berufliche Problemlage auf. Bethge et al. (2012) konnten in ihrer Evaluationsstudie mit sieben MBOR-Modell-Kliniken der Deutschen Rentenversicherung einen Erfolg von MBOR-Maßnahmen belegen. Es werden die drei Abstufungen A, B und C von beruflich orientierter medizinischer Rehabilitation unterschieden (Deutsche Rentenversicherung, 2012). Wurden zunächst in den Reha-Kliniken MBOR-Angebote der Stufe A flächendeckend vorgesehen (Bethge et al., 2014), entwickelten sich im Weiteren Schwerpunktkliniken, die MBOR-B anbieten.

Mit der Klinik Münsterland (Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde), vgl. auch Dibbelt et al. (2016) bietet nun eine DRV-Reha-Klinik modellhaft auch Maßnahmen der MBOR Stufe C an. In Kooperation mit dem BFW Dortmund erhalten die stationär in der KML untergebrachten Personen neben den allgemeinen MBOR-B-Maßnahmen zusätzlich die MBOR-C-Einheiten im Rahmen des vierwöchigen Rehabilitationsaufenthalts. C ist die umfangreichste und intensivste MBOR-Maßnahme. Sie ist speziell für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen erkennbar ist, dass sie ihren alten Beruf nicht mehr fortführen können und konkret Bedarf zu einer beruflichen Um-/Neuorientierung besteht.



**Methodisches Vorgehen:**

Es handelt sich um eine prospektive Beobachtungsstudie im Mixed-Methods-Design. Quantitativ werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mittels Fragebogen über ihre berufliche und gesundheitliche Situation und Lebensqualität befragt. In den qualitativen Interviews werden diese Ergebnisse aufgegriffen und vertiefend besprochen sowie nach gemachten Erfahrungen, Verbesserungsmöglichkeiten und der abschließenden Zufriedenheit und Nutzen gefragt (vgl. Flick, 1991; Kuckartz, 2014). Es gibt zwei Messzeitpunkte: Reha-Ende und ein Jahr nach Reha-Ende. Die beruflichen Akteure werden je einmal zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen des MBOR-C-Prozesses befragt. Nach dem Ende der Datenerhebung und der Auswertung werden in einer moderierten Gesprächsrunde mit Expertinnen und Experten, Durchführenden und eventuell auch Kostenträgern die expliziten Optimierungsvorschläge sowie die zusätzlich abgeleiteten priorisiert und auf kurz- und längerfristige Realisierbarkeit überprüft.

**Ergebnisse:**

Die Datenerhebung endet im September 2022, die Rekrutierung startete Anfang 2020. Durch die Corona-bedingten Umstände pausierte die Datenerhebung drei Monate. 33 Patientinnen und Patienten haben den Fragebogen zu Reha-Ende ausgefüllt und wurden interviewt. Die angestrebte Fallzahl von 30 wurde somit übertroffen. Der T2-Fragebogen wurde an alle 35 Tn versendet, die ihre Einwilligung in die Studie gegeben hatten, auch wenn vereinzelt der T1-Fragebogen oder das T1-Interview fehlt. Der Rücklauf beträgt aktuell 51 Prozent. 14 Telefoninterviews konnten durchgeführt werden. Die telefonischen Kontaktaufnahmeversuche für die Katamnese-Interviews erwiesen sich als Problemfeld, da die Patienten schwierig zu erreichen sind. Um den Fragebogenrücklauf zu verbessern, wurde ein einseitiger Kurzfragebogen erstellt, der den bisherigen Non-Respondern zugeschickt wurde/wird. Diesen haben vier Teilnehmende (23 Prozent) zurückgesendet, so dass wir insgesamt von 22 Tn einen T2-Fragebogen vorliegen haben (18 langer T2-Bogen). Die abschließende Expertenrunde ist für Januar 2022 geplant. Die Beschäftigtenbefragung umfasst 8 Interviews und 8 Fragebögen. Literatur beim Verfasser.

**Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:**

Ziel des Projektes ist die Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen zur Prozessoptimierung der MBOR-C-Rehabilitation aufgrund von Einblicken in die Erfahrungswelt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und beteiligten professionellen Akteure. Aktuell läuft die Datenerhebung. Die Ergebnisse können direkt zu einer veränderten, verbesserten Praxis in der Klinik Münsterland und der beteiligten Institutionen führen. Andere Anbieter könnten von den Projekterfahrungen im Hinblick auf eine verzahnte lückenlose Rehabilitation profitieren.

### **Titel des Projektes:**

## **Partizipative Reha-Ziele Online (PREZO) II**

### **Beteiligte:**

Susanne Dibbelt, Edith Wulfert, Prof. Dr. Bernhard Greitemann,  
IfR Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland, DRV Westfalen

### **Laufzeit:**

1. Juli 2019 bis 31. Dezember 2022

### **Projektziele:**

Das Projekt PREZO verfolgt mehrere Ziele:

1. Die Entwicklung und Erprobung einer Website „www.gezielte-reha.de“ und eines Online-Befragungstools zur EDV-gestützten Erfassung, Speicherung und Weiterleitung von Anamnesedaten einschließlich der erforderlichen Schnittstellen. Mittels dieses Tools können Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre Angaben zur Krankengeschichte online erstellen, so dass sie direkt in die elektronische Patientenakte exportiert werden können.
2. Die Entwicklung und Erprobung einer Dokumentationshilfe für Behandelnde zur Vereinbarung und Nachverfolgung von Reha-Zielen während der Reha.
3. Die Erhebung einschlägiger patientenorientierter Outcomes über vier Messzeitpunkte zur Evaluation der elaborierten Bearbeitung und Nachverfolgung von Reha-Zielen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe in einem RCT mittels der Website „www.gezielte-reha.de“ und dem Online-Befragungstool.

### **Methodisches Vorgehen:**

Mögliche Teilnehmende sind Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine Zusage zu einem orthopädischen Heilverfahren in der Klinik Münsterland haben. In dem Einladungsschreiben der Klinik wird darauf hingewiesen, dass die beiliegenden Fragebögen entweder in Papierform oder online bearbeitet werden können und dass die Online-Befragung mit der Teilnahme an der PREZO-Studie und zusätzlichen Befragungen nach Entlassung verbunden sind.

Teilnahmebereite Patientinnen und Patienten schicken die Einverständniserklärung unterschrieben an die Klinik zurück und erhalten eine E-Mail mit Zugangsdaten für den Online-Fragebogen. Nach der Registrierung auf der Website „www.gezielte-reha.de“ werden Teilnehmende zufällig der Kontroll- oder Interventionsgruppe zugeordnet. Die entsprechende Abfrage vor Reha wird dann automatisch gestartet.

Für beide Gruppen werden die Angaben zur Anamnese und zu den Screenings (UKS, SIMBO, WAI) in eine Maske in der elektronischen Patientenakte (EPA) exportiert. Für Teilnehmende der Interventionsgruppe wird

zusätzlich in der EPA die Dokumentationshilfe „Reha-Ziele PREZO“ mit ausführlichen Angaben zu den persönlichen Reha-Zielen angelegt. Diese Dokumentationshilfe sowie die erforderlichen Schnittstellen wurden ebenfalls im Projekt entwickelt.

### **Ergebnisse:**

Bis zum Berichtszeitpunkt wurden 149 Teilnehmende rekrutiert. 149 (= 20 Prozent der angeschriebenen Personen) haben sich für die Bearbeitung des Online-Fragebogens und für eine Teilnahme an der Studie entschieden, darunter 50 (= 34 Prozent) Frauen gegenüber 98 (= 66 Prozent) Männern. 82 (= 55 Prozent) haben bis heute den Online-Fragebogen ein Monat nach Reha, 47 (= 32 Prozent) den Fragebogen drei Monate nach Reha und 20 (= 14 Prozent) den letzten Fragebogen sechs Monate nach Reha bearbeitet. Das mittlere Alter der Teilnehmenden betrug 54 Jahre mit einem Minimum von 24 und einem Maximum von 64 Jahren.

Fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten sich in einem Gespräch mit der Projektleitung, das nach Anreise durchgeführt wurde, positiv über die Abfrage. Auch die intensivierete Zielbearbeitung war für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studiengruppe gut nachvollziehbar. Die Behandelnden kooperierten gut und setzten die Vorgaben des Projektteams um. Eine systematische Auswertung der Umsetzung der PREZO-Intervention (Prozess-Evaluation) steht jedoch noch aus. Diese wird – ebenso wie die Auswertung der Daten zur Ergebnisevaluation – nach Abschluss der Erhebung erfolgen.

### **Zusammenfassung:**

Die Online-Bearbeitung von Fragen zum Gesundheitszustand erlaubt es, systematische Angaben zu den Zielvorstellungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu erfassen. Dies erleichtert die Abstimmung der Ziele und Maßnahmen zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bei Aufnahme. Es wird erwartet, dass die intensivierete Zielbearbeitung vor und nach der Reha zu überlegenen Reha-Ergebnissen in der Studiengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe führt. Gleichzeitig dient die Studie der Erprobung EDV-gestützter Erhebung von Anamnesedaten sowie der Bereitstellung der erforderlichen Datenwege und -Schnittstellen sowie der Umsetzung datenschutzbezogener Anforderungen. Die Beteiligungsquote der angeschriebenen Personen konnte von zunächst 17 Prozent auf 21 Prozent gesteigert werden. Hauptgründe für die Nichtteilnahme waren (1) mangelnde Erfahrung mit Online-Medien gefolgt von (2) Sorge um den Datenschutz. Der häufigste Grund für die Teilnahme war (1) die Überzeugung, dass der Fragebogen online leichter zu bearbeiten sei als auf Papier gefolgt von (2) dem Wunsch, Forschung und Digitalisierung zu unterstützen.





## Abteilung Bad Salzuflen

Salzetal-Klinik  
Alte Vlothoer Straße 1  
32105 Bad Salzuflen

Telefon 05222 186-0  
[info@salzetal-klinik.de](mailto:info@salzetal-klinik.de)  
[www.salzetal-klinik.de](http://www.salzetal-klinik.de)

**Titel des Projektes:**

**Webbasierte Nachsorge für onkologische Patienten nach stationärer Rehabilitation: Indikationsspezifische Entwicklung, Prozess- und Ergebnisevaluation der eHealth-Nachsorge *Onko-Vital***

**Beteiligte:**

Dr. Birgit Leibbrand (Abteilungsleitung)

Dr. Heike Kähnert (Projektleitung)

Anchana Ravi, Berin Yüsün

**Laufzeit:**

1. Januar 2020 bis 30. Juni 2023

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Um Reha-Erfolge langfristig zu erhalten, sind Nachsorgemaßnahmen unverzichtbar. Mit webbasierten Nachsorgeangeboten eröffnen sich neue Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten orts- und zeitunabhängig zu unterstützen. Vorteile liegen zudem in einer zeitnahen Fortsetzung der erlernten Reha-Inhalte, einer kontinuierlichen Überprüfung von Zielvereinbarungen sowie dem Wegfall von Wartezeiten auf einen Nachsorgeplatz. Ziel der Studie ist die Entwicklung (Teilstudie 1) und Evaluation (Teilstudie 2) der Website „www.onko-vital.de“ für eine patientenorientierte onkologische Reha-Nachsorge. Mithilfe von Onko-Vital sollen Patientinnen und Patienten unterstützt werden ihre Nachsorgeziele langfristig umzusetzen, um hierüber gesundheitliche Beeinträchtigungen zu mindern, Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern sowie ihre Teilhabe zu verbessern.

**Methodisches Vorgehen:**

**Teilstudie 1:** Für die Entwicklung einer patientenorientierten Reha-Nachsorge-Website wurden onkologische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über Fragebögen (n = 130) und Gruppeninterviews (n = 4) zu deren Ausgestaltung, Inhalten und Schulungsmöglichkeiten befragt. Nach der Entwicklungsphase wurde die Website „www.onko-vital.de“ in einer Pilotphase von onkologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (n = 50) einer ersten Überprüfung unterzogen, unter anderem hinsichtlich visueller Ästhetik, Nutzerzufriedenheit und Veränderungsvorschlägen. Die Bewertung der Schulung und Website erfolgte per Fragebogen und Interviews.

**Teilstudie 2:** Mittels formativer Evaluation werden aus Sicht der Teilnehmenden Aussagen unter anderem zur Akzeptanz, Inanspruchnahme, Bewertung, Zielgruppenspezifität und Veränderungswünschen mittels Befragung und Interviews analysiert. Die summative Evaluation basiert auf einem randomisierten kontrollierten Studiendesign (RCT). Die Auswirkungen der webbasierten Reha-Nachsorge werden bis zu neun Monate nach Klinikentlassung überprüft.

### Ergebnisse:

**Teilstudie 1:** Die Entwicklung der patientenorientierten Website „www.onko-vital.de“ ist abgeschlossen (Kähnert & Leibbrand, 2022). Onko-Vital stellt neben einer umfangreichen Informationssammlung multimodale Einheiten in Form von Audio-/Videodateien sowie Bild- und Textelemente bereit, und zwar bezüglich eines gesunden Lebensstils (körperliche Aktivität, Entspannung, Ernährung), Bewältigungsstrategien für Stress sowie therapiebedingter Nebenwirkungen. Sie ermöglicht zudem die Dokumentation, Visualisierung und Umsetzung(skontrolle) individueller Nachsorgeziele, einen textbasierten Austausch sowohl mit anderen Patientinnen und Patienten (Patienten-Forum) als auch mit einer Therapeutin/einem Therapeuten (eCoach-Chat). Hierdurch besteht die Möglichkeit, Nachsorgeziele zu besprechen, Fragen zu klären, Therapieinhalte zu optimieren beziehungsweise bedarfsorientiert nachzubearbeiten. Onko-Vital kann wahlweise am Smartphone, PC oder Tablet genutzt werden. Die Teilnehmenden der Pilotphase erhielten in der zweiten Reha-Woche eine zweistufige Schulung und konnten danach Onko-Vital nutzen. Am Ende der Rehabilitation wird Onko-Vital als vielseitig (86 Prozent), professionell (86 Prozent) und ansprechend gestaltet (92 Prozent) bewertet. Die Bedienung ist leicht zu verstehen (78 Prozent), sodass gesuchte Informationen problemlos zu finden sind (72 Prozent). 94 Prozent der Teilnehmenden wollen die Website zuhause weiter nutzen. Auf den 7-stufigen Bewertungsskalen beträgt der mittlere Wert zur visuellen Ästhetik  $6,2 \pm 0,7$  Skalenpunkte und zur Nutzerzufriedenheit  $6,0 \pm 0,9$  Skalenpunkte, was auf eine „überdurchschnittliche“ Website-Bewertung hinweist (Thielsch und Salaschek, 2017: S. 34 & 42).

**Teilstudie 2:** Die Rekrutierungsphase der RCT-Studie ist seit August 2022 abgeschlossen. Zurzeit werden die Follow-up Befragungen durchgeführt. Ergebnisse stehen ab Mai 2023 zur Verfügung. Literatur beim Verfasser.

### Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlungen:

Die Entwicklung von Onko-Vital für eine onkologische Reha-Nachsorge konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Die Schulung sowie die Website wurden von nahezu allen Teilnehmenden der Pilotstudie akzeptiert, überaus positiv bewertet und als hilfreich für die Umsetzung der Nachsorgeziele erachtet.

Auch wenn die Ergebnisse der Teilstudie 2 erst ab Mai 2023 vorliegen, wird erwartet, dass onkologische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch Onko-Vital soweit Unterstützung finden, dass sie die Nachsorge-Ziele in ihr tägliches Leben nachhaltig integrieren, was sich wiederum positiv auf die Lebensqualität, einen gesunden Lebensstil und die Teilhabe auswirkt. Zukünftige Ziele sind Onko-Vital in die Routineversorgung der Salzetalklinik und weiteren Reha-Kliniken zu integrieren sowie die Entwicklung einer Onko-Vital-APP für die digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V.







## Abteilung Ennepetal

Klinik Königsfeld  
Holthäuser Talstraße 2  
58256 Ennepetal

Telefon 02333 9888-0  
[info-koenigsfeld@drv-westfalen.de](mailto:info-koenigsfeld@drv-westfalen.de)  
[www.klinik-koenigsfeld.de](http://www.klinik-koenigsfeld.de)

**Titel des Projektes:**

**Vergleich der Effekte einer Diät mit reduziertem Kohlenhydratanteil („Low-Carb“) mit einer Diät mit reduziertem Fettanteil („Low-Fat“) auf das kardiovaskuläre Risikoprofil bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation**

**Beteiligte:**

PD Dr. rer. nat. Boris Schmitz (Projektleitung)

Dr. hum. biol. Marc Teschler, Prof. Dr. med. Frank C. Mooren

**Laufzeit:**

1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2022

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Im Rahmen der Förderung eines gesunden Lebensstils in der kardiologischen Rehabilitation spielt die Ernährungsumstellung eine bedeutende Rolle. Die allgemeine Reduktion der Nahrungsfette sowie die Modifikation der aufgenommenen Fette hin zu einer Erhöhung der Anteile an (mehrfach) ungesättigten Fettsäuren ist nachweislich koronarprotektiv. In den letzten Jahren hat auch eine Modifikation des Kohlenhydratanteils der Nahrung vermehrt Aufmerksamkeit erhalten und Diäten mit einem niedrigen Kohlenhydratanteil („Low-Carb“) werden beispielsweise in der Prävention und Therapie von Diabetes mellitus Typ II sowie Adipositas empfohlen. Da diese Krankheitsbilder häufige Komorbiditäten kardiovaskulärer Erkrankungen darstellen, wurden vermehrt auch kohlenhydrat-reduzierte Diäten im Rahmen der kardialen Rehabilitationen eingesetzt. Zuletzt fanden sich in der Fachpresse allerdings Hinweise bezüglich potentiell negativer Auswirkungen einer langjährigen Aufnahme kohlenhydratreduzierter Kost auf die kardiovaskuläre Mortalität. Dagegen spricht, dass sich kardiovaskuläre Erkrankungen auf dem Boden arteriosklerotischer Prozesse entwickeln und durch einen chronischen Entzündungszustand charakterisiert sind. Die Unterbrechung dieses Entzündungszustandes führt zu einer Prognoseverbesserung bei der Grunderkrankung und es finden sich anti-inflammatorische Einflüsse einer kohlenhydrat-reduzierten Kost bei entsprechenden Risikogruppen. Ziel der Studie ist es daher, die Auswirkungen einer „Low-Carb“-Ernährung und einer „Low-Fat“-Ernährung auf das inflammatorische Profil von KHK-Patientinnen und Patienten in der medizinischen Rehabilitation zu vergleichen und die langfristigen Auswirkungen auf die Grunderkrankung zu dokumentieren.

**Methodisches Vorgehen:**

Eingeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung (Z.n. STEMI/N-STEMI, Z.n. Stentimplantation, Bypass-Operation) in stationärer Rehabilitation. Für die Analyse werden zwei Studienarme verglichen:

**1. Studienarm:** Probanden, die beginnend mit der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eine kohlenhydrat-reduzierte Kost („Low-Carb“) bekommen.

**2. Studienarm:** Probanden, die beginnend mit der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eine fett-reduzierte Kost („Low-Fat“) bekommen.

Beide Diäten sind über die Zeit von drei bis vier Wochen nahezu isokalorisch (circa 1.800 kcal). Die Kostformen weisen im Mittel etwa folgende Verteilung der Nährstoffe auf. Kohlenhydrat-reduzierte Kost: Kohlenhydrate 25 Prozent, Fette 50 Prozent, Proteine 25 Prozent. Fettreduzierte Kost: Kohlenhydrate 45 Prozent, Fette 30 Prozent, Proteine 25 Prozent. Die tatsächlich bereitgestellten Makronährstoffe werden anhand der Rezepte und Speisenpläne regelmäßig geprüft und dokumentiert. Die Adhärenz der Patientinnen und Patienten wird über Dokumentationsbögen festgestellt. Diejenigen, die regelmäßig Vollkost (circa 2.400 kcal) zu sich nehmen, werden als Kontrollgruppe eingeschlossen. Die Erhebung erfolgt bei Aufnahme und vor Abreise sowie nach sechs Monaten vor Ort, danach werden die Patientinnen und Patienten bis zu Monat 24 nach Abreise im Verlauf beobachtet. Die Bestimmung der Körperkonstitution (einschließlich viszeralem Fett) erfolgt über Bioimpedanzanalyse (InBody). Entzündungsparameter (Primärzielparameter: IL-6; weitere Parameter hsCRP, ICAM-1, IL-10, und andere) werden über Blut-/Serumanalytik bestimmt. Das kardiovaskuläre Risiko wird über die Klinik einschließlich arteriellem Blutdruck, Lipidstatus (HDL, LDL, Triglyzeride), Familienanamnese und Rauchverhalten ermittelt. Daten zu unerwünschten kardiovaskulären Ereignissen (Major Adverse Cardiac Events, MACE) werden über Fragebögen und Kontakt mit der Hausärztin oder dem Hausarzt erhoben.

### Ergebnisse:

Derzeit liegen keine abschließenden Untersuchungen der Studie vor. Die Zwischenauswertung ergab eine Adhärenz während des stationären Aufenthaltes von 86 Prozent in der „Low-Carb“-Gruppe und 87 Prozent in der „Low-Fat“-Gruppe. Bisher wurde in beiden Gruppen eine Reduzierung des Körpergesamtgewichts um circa 2,2 kg (2,2 Prozent, Low-Carb) beziehungsweise 1,7 kg (1,8 Prozent, Low-Fat) und eine Reduzierung des Viszeralfetts um circa 10 cm<sup>2</sup> (6,3 Prozent, Low-Carb) beziehungsweise 6 cm<sup>2</sup> (4,5 Prozent, Low-Fat) beobachtet. Eine Reduzierung des Körpergewichts sowie des Viszeralfetts wurde auch in der Vollkost-Gruppe beobachtet. Eine signifikante Veränderung in der Muskelmasse wurde in keiner der Gruppen dokumentiert. Derzeit liegen aus der Studie keine Anhaltspunkte für potentiell negative Auswirkungen der „Low-Carb“-Ernährung vor. Durch die anhaltende Pandemie-Situation wurde der Studienablauf stark beeinträchtigt, vor allem Verlaufsvisiten in der Klinik Königsfeld gestalten sich nach wie vor schwierig.

**Titel des Projektes:**

## **Einsatz von Elektromyostimulation (EMS) oder Stoßwellen-Therapie (SWT) zur begleitenden Therapie von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK)**

**Beteiligte:**

Prof. Dr. med. Frank C. Mooren, PD Dr. rer. nat. Boris Schmitz, Carolina Foth (M. A. Sportwissenschaften)

**Laufzeit:**

1. April 2020 bis 31. Dezember 2023

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Die kardiale Rehabilitation beruht auf einem multimodalen Therapieansatz und ist in ihrer Gesamtheit als eine komplexe Intervention zu verstehen, wobei vor allem die Sport- und Bewegungstherapie für den Rehabilitationserfolg eine bedeutende Rolle spielt. Mit Bezug auf individuell angepasste Ansätze in der kardialen Rehabilitation ist festzustellen, dass derzeit individuelle Therapieaspekte nur sehr eingeschränkt Berücksichtigung finden. Dies betrifft auch die pAVK als eine häufige Komorbidität bei kardialen Rehabilitationspatientinnen und -patienten. Die pAVK ist dabei nach wie vor unterdiagnostiziert und untertherapiert. Zudem nehmen Patientinnen und Patienten mit pAVK seltener an einer kardialen Rehabilitation teil und beenden diese häufiger als Patientinnen und Patienten ohne pAVK nicht. Insbesondere kommt es durch die pAVK zu einer starken Einschränkung der Mobilität durch verminderte körperliche Leistungsfähigkeit. Diese ist primär durch das Auftreten des Claudikations-Schmerzes bedingt. Gleichzeitig ist eine Koinkidenz von Sarkopenie und pAVK häufig, was zu einer zusätzlichen Mobilitätseinschränkung führt. Daher können Interventionsmaßnahmen, welche die Muskelfunktion unterstützen, potenziell auch die Mobilität von pAVK-Patientinnen und -Patienten fördern. Einzelne Studiendaten deuten darauf hin, dass sowohl die Elektromyostimulation (EMS) als auch die Stoßwellen-Therapie (SWT) die Mobilität von pAVK-Patientinnen und -Patienten verbessern kann. Mit der relativ neuen, alternativen Trainingstechnologie der EMS bietet sich für den Rehabilitationsprozess eine zeiteffektive und gelenkschonende Trainingsmethode, die in diesem Setting von der Forschung ebenso wie die SWT bisher kaum berücksichtigt wurde. Ziel dieser klinischen Prüfung soll es demnach sein, Effekte der EMS und SWT auf Muskelfunktion, sowie körperliche Leistungsfähigkeit und schmerzfreien Gehstrecke bei pAVK-Patientinnen und -Patienten im Rahmen der Rehabilitation zu untersuchen.

**Methodisches Vorgehen:**

Die eingeschlossenen pAVK-Patientinnen und -Patienten werden einer von zwei Gruppen zugewiesen. Die Kontrollgruppe absolviert standardmäßig

Gehtraining, Ergometer-/Handkurbeltraining sowie „Hocker-Fitness“/Übungsgruppe. In der EMS Gruppe werden 60 Minuten „Hocker-Fitness“/Übungsgruppe durch 3x/Woche je 20 Minuten EMS ersetzt. Nach Abschluss der EMS-Studie wird eine Interventionsgruppe mit 20 Minuten Stoßwellentherapie (3x/Woche) behandelt. Hauptzielkriterium des Projektes ist die Verbesserung der Gehstrecke auf dem Laufband (3,5km/h; 12 Prozent Steigung). Als Nebenzielparameter werden der Knöchel-Arm-Index (ABI), Lebensqualität (SF-36) und pAVK-Symptomatik (PAVK-86; Walking-Impairment-Questionnaire [WIQ]; Claudications-Skala [CLAU-S]) erfasst. Veränderungen der endothelialen Funktion werden mittels flussmediierter Dilatations-Analyse (FMD) bestimmt, die Muskel-Perfusion wird über Nahinfrarot-Spektrometrie (NIRS) ermittelt.

### **Ergebnisse:**

Aufgrund der bisherigen kurzen Laufzeit liegen derzeit noch keine Ergebnisse aus den Interventionen vor. Allerdings ist das Feedback der Patientinnen und Patienten zu der angebotenen pAVK-spezifischen Therapie sehr positiv. Bis zum jetzigen Zeitpunkt wird das EMS-Training ohne subjektive Nebenwirkungen sehr gut von den Patientinnen und Patienten vertragen.

### **Umsetzungsempfehlung:**

Empfehlungen für den Rehabilitationsprozess lassen sich erst nach dem Abschluss des Projektes inklusive aller Auswertungen und statistischen Analysen abgeben. Dennoch wird erwartet, dass die begleitende Therapie mittels EMS oder SWT durchaus nachhaltig den Erfolg der Rehabilitation positiv beeinflussen kann.

**Titel des Projektes:****Identifizierung bio-psycho-sozialer Prädiktoren einer effektiven kardialen Rehabilitation****Beteiligte:**

Dr. hum. biol. Marc Teschler (Projektleitung)

PD Dr. rer. nat. Boris Schmitz, Melina Heimer M. A., Prof. Dr. Frank C. Mooren

**Laufzeit:**

1. Juli 2020 bis 30. Juni 2023

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Die Beobachtungsstudie zur Effektivität der kardialen Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) an der Klinik Königfeld setzt sich mit der Identifizierung unterschiedlicher Einflussfaktoren und deren Interaktion im Rahmen des ganzheitlichen kardiologisch-rehabilitativen Therapieansatzes auseinander. Hintergrund ist, dass der optimale Verlauf einer kardialen Rehabilitation vielen individuellen Faktoren unterliegt, die den Therapieerfolg deutlich reduzieren können. Neben Therapieadhärenz und nachhaltiger Lebensstiländerung spielen auch psycho-soziale Faktoren eine wichtige Rolle. Der Einfluss zwischen körperlicher Leistungsfähigkeit, regelmäßiger körperlicher Aktivität und deren langfristiger Entwicklung nach stationärer Rehabilitation sowie die Interaktion mit Sekundärerkrankungen für die Prävention kardiovaskulärer Endpunkte sind jedoch wenig untersucht. Allerdings spielt die individuelle Optimierung der Therapie für den Erfolg der kardialen Rehabilitation und die Prognose der Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle. Das Projekt will klären, welche bio-psycho-sozialen Faktoren (und deren Interaktionen) Einfluss auf den mittel- bis langfristigen Rehabilitationserfolg bei KHK-Patientinnen und KHK-Patienten, beurteilt anhand der kombinierten kardialen Ereignisrate nach Entlassung, haben. Ziel ist es, durch Kenntnis der maßgeblichen Faktoren die kardiale Rehabilitation individuell und in der Breite zu verbessern.

**Methodisches Vorgehen:**

Im Rahmen des kardiologischen Aufnahmegesprächs sensibilisieren die Ärztinnen und Ärzte eligible KHK-Patientinnen und KHK-Patienten (ICD I21.xx) und laden diese bereits am Anreisetag zum Studieninformationsgespräch ein. Nach Einwilligung und Einschluss durchlaufen die Teilnehmenden jeweils zu Beginn (T0) und zum Ende (T1) des stationären Rehaufenthaltes eine zusätzliche, über die klinische Routine hinausgehende Diagnostik-Batterie. Diese umfasst neben einem umfassenden psycho-sozialen Fragebogen zu kardialen Einflussfaktoren eine Blutentnahme, die Messung der Körperzusammensetzung (BIA-Analyse), eine Pulswellenanalyse, eine umfangreiche Kraft- und Funktionsdiagnostik, 6-Minuten-

Gehtest, Chair-Rise-Test, eine sportmedizinische Spiroergometrie sowie ausführliche Echokardiografie. Zur Bestimmung des mittel- und langfristigen Therapieerfolgs werden die Patientinnen und Patienten nach sechs (T2) beziehungsweise 12 Monaten (T3) zu Folgeterminen eingeladen, bei denen alle genannten Untersuchungen erneut durchgeführt werden. Der primäre Endpunkt „kardiales Ereignis“ wird zu den Zeitpunkten T2 beziehungsweise T3 bei allen Patientinnen und Patienten auch ohne erneute Klinikpräsenz telefonisch abgefragt.

### Ergebnisse:

Aktuell sind 420 Patientinnen und Patienten eingeschlossen (Stand 3. August 2022), 344 Männer (82 Prozent,  $57,6 \pm 7,4$  Jahre) und 76 Frauen (18 Prozent  $55,4 \pm 7,1$  Jahre). Hinsichtlich des mittel- und langfristigen Therapieerfolgs wurden zu T2 aktuell 105 Patientinnen und Patienten (40 Prozent<sup>1</sup>) erneut vor Ort untersucht, von insgesamt 125 Patientinnen und Patienten liegen vollständige Studienfragebögen vor (46 Prozent), von 150 sind Informationen zu kardiovaskulären Ereignissen erfasst (55 Prozent, mittleres Follow-up = 7,5 Monate). Im Nachbeobachtungszeitraum erlitten sechs Patientinnen und Patienten einen erneuten Infarkt (3 Prozent), einer erneuten Revaskularisationstherapie mussten sich 25 Patientinnen und Patienten (22 Mal Stenting, 3 Mal Bypass) unterziehen (13 Prozent), davon 17 vorab ungeplant. Bis dato ist keine Patientin, kein Patient verstorben. Mit Blick auf den stationären Rehabilitationserfolg (T0 vs. T1) zeigt sich für den Nebenzielparameter körperliche Leistungsfähigkeit (Subanalyse;  $n = 375$ ) eine signifikante Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit (6-Minuten-Gehtest;  $525 \pm 99$  m vs.  $577 \pm 98$  m) sowie ein Anstieg der durchschnittlichen Gesamtkraft von jeweils 11 Prozent. Korrespondierend zur Steigerung der Beinkraft (+10 Prozent) verbesserte sich die muskuläre Leistungsfähigkeit (Chair-Rise-Test;  $13 \pm 4$  vs.  $16 \pm 5$  Whd.) um 23 Prozent.

<sup>1</sup> Prozentualer Anteil der Patientinnen und Patienten mit Untersuchung/Fragebogen in Relation zur Gesamtzahl, die bis August 2022 für entsprechende Untersuchungen/Fragebögen zur Verfügung stehen.

### Zusammenfassung:

Trotz der anhaltenden Einschränkungen durch die COVID-Pandemie mit allen Limitationen und Restriktionen (unter anderem reduzierte Patientenzahlen, Personalausfälle) verläuft sowohl die Rekrutierung als auch die Diagnostik im Verlauf zufriedenstellend. Dank effizienter Zusammenarbeit mit dem Ärzte- und Diagnostik-Team der Klinik werden umfassende Daten zu kardiologischen Einflussfaktoren, körperlicher Leistungsfähigkeit und Leistungsentwicklung sowie Informationen über den mittel- bis langfristigen Therapieerfolg gesammelt, die künftig zu einer Optimierung der Rehabilitation genutzt werden können.







## Abteilung Münster

Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
Gartenstraße 194  
48147 Münster

Telefon 0251 238-0  
[kontakt@drv-westfalen.de](mailto:kontakt@drv-westfalen.de)  
[www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de)

**Titel des Projektes:**

**WELLE – Weiterentwicklung und Evaluation der Website „www.leistungsbeurteilung-reha.de“: Integration einer Lernplattform**

**Beteiligte:**

Dr. Bettina Hesse, Dr. Susanne Dibbelt, Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Dr. Michael Körner (Projektleitung)  
Dipl.-Psych. Kirsten Bollmann, Monika Schaidhammer-Placke, Jochen Heuer

**Laufzeit:**

1. Januar 2018 bis 31. Juli 2022 (mit Unterbrechungszeiten)

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Das Projekt schließt an das Projekt SOLEB an, in dem eine Website zur Information von Mitarbeitenden aus Reha-Einrichtungen über Hintergründe, Kriterien und das Vorgehen bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung entwickelt wurde. Im Projekt WELLE wird die Website „www.leistungsbeurteilung-reha.de“ im Adressatenkreis etabliert, weiterentwickelt und evaluiert. Parallel wird als weiteres Wissensselement ein strukturiertes E-Learning-Modul entwickelt, das das Thema an praktischen Fallbeispielen aufbereitet, Übungsgelegenheiten bietet und mit einem Test abschließt. Strukturierte E-Learning-Angebote bieten gegenüber reinen Informationsangeboten den Vorteil, erworbenes Wissen in Übungen aktiv anzuwenden, statt nur passiv zu rezipieren; dies erhöht die Behaltensleistung und vermeidet träges Wissen. Fallbasiertes Lernen ermöglicht eine tiefere Verarbeitung und bessere Verankerung der neu gelernten Inhalte; es werden Kompetenzen erworben.

**Methodisches Vorgehen:**

**Website:** Die Bekanntmachung erfolgte durch einen Rundbrief an Reha-Einrichtungen, wissenschaftliche Vorträge bei Tagungen und Fortbildungen, Vorstellung in den Publikationsorganen von Fachverbänden und in Gremien/Gesprächen mit der DRV Bund. Die Evaluation wurde mit einer Online-Befragung von Besucherinnen und Besuchern der Seite hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Verständlichkeit, Informationsgehalt und visuelle Ästhetik vorgenommen, außerdem wurde die Seitennutzung über Google Analytics erfasst (Anzahl der Aufrufe der Website und einzelner Unterseiten insgesamt und im Zeitverlauf).

**E-Learning:** Unter Einbeziehung von sozialmedizinischen Expertinnen und Experten wurden die Lernziele festgelegt. Die Lerneinheiten inklusive Fallvignetten und Lernvideos wurden mit den Softwares Articulate und Vyond unter Einholung kontinuierlicher Feedbacks von Expertinnen und Experten erarbeitet. Die Lerneinheiten wurden in das Lernmanagementsystem Ilias integriert. Das Angebot wurde unter anderem über Rundbriefe per E-Mail

an Reha-Einrichtungen bekannt gemacht. Die Evaluation erfolgte mittels eines eigens konzipierten Fragebogens, der in das Kurspaket integriert war.

### Ergebnisse:

Das Projekt ist abgeschlossen. Die **Website** wird weiterhin gut besucht. In den letzten 2,5 Jahren waren es mindestens 18.700 Besucherinnen und Besucher. Durch die Cookie-Regelungen Datenschutzgrundverordnung ist hier von einer Untererfassung auszugehen. Im Evaluationsfragebogen (n = 66) wurde die Website im Vergleich mit anderen Informations- und E-Health-Websites überdurchschnittlich gut bewertet. Alle Antwortenden würden die Seite weiterempfehlen. Im integrierten Diskussionsforum gab es im Untersuchungszeitraum nur vereinzelt Aktivitäten und keine Neuanmeldungen.

Das **E-Learning** wurde erfolgreich erstellt und evaluiert. Im Zeitraum 1. April bis 26. Juli 2022 schrieben sich 407 Personen in den Kurs ein, 214 beendeten ihn bereits erfolgreich. 156 Personen füllten den Evaluationsfragebogen aus. 82 Prozent gaben an, der Kurs habe Relevanz für die praktische Tätigkeit. 86 Prozent gaben an, dass sie durch den Kurs nachhaltiges Wissen erwerben konnten. Insgesamt geben 98 Prozent an, der Kurs habe sich gelohnt, alle Antwortenden würden den Kurs weiterempfehlen.

Unter den Teilnehmenden sind alle Berufsgruppen des Reha-Teams, alle Altersklassen und Erfahrungsstufen zu finden. Unabhängig vom Evaluationsfragebogen erreichten das Projektteam E-Mails und Anrufe, in denen der Kurs als gelungenes Angebot gelobt wurde. Insbesondere das didaktische Konzept mit seiner Mischung aus Information, Fallbeispielen in Videosequenzen und Übungsfragen wurde sowohl im Evaluationsbogen wie auch in spontanen Rückmeldungen positiv bewertet.

### Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlungen:

Die Seite „www.leistungsbeurteilung-reha.de“ wird durchgehend sehr gut bewertet und viel genutzt. Der E-Learning-Kurs konnte erfolgreich etabliert werden und erfreut sich einer konstanten Nachfrage und positiven Rückmeldungen. Er steht allen Mitarbeitenden von Reha-Einrichtungen und DRV-Trägern zur Verfügung. Diese erhalten eine unkomplizierte und unaufwändige Möglichkeit, sich in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung einzuarbeiten. Dies ist angesichts der Personalfuktuation in den Reha-Einrichtungen ein deutlicher Pluspunkt. Der Kurs bietet eine gute Basis für die Leistungsbeurteilung im interdisziplinären Team. Beide Angebote sollten aufrechterhalten werden. Der didaktische Aufbau des E-Learning-Moduls kann als Blaupause für weitere E-Learning-Kurse genutzt werden. Bedarf und Interesse hierfür besteht. Eine ideale Ergänzung wären zum Beispiel indikationsspezifische Lerneinheiten.







Deutsche  
Rentenversicherung  
Westfalen