



VFR

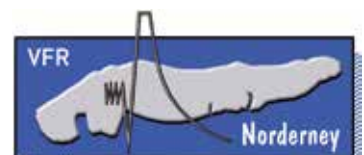
Forschungsbericht

Ausgabe 2016

Verein zur Förderung
der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney



Deutsche
Rentenversicherung
Westfalen



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

Fotografie:

Bildarchiv Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Forschungs- bericht

**Institut für Rehabilitationsforschung e. V.
Norderney**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Abteilung Bad Driburg	
– Ernährungsmedizinische Reha-Nachbetreuung mangelernährter Patienten bei ausgewählten Tumorerkrankungen (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen	10
– EDIP: Randomisierte-kontrollierte Evaluationsstudie eines neu konzipierten psycho-diabetologischen Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme	12
– Konzeption, Implementierung und Machbarkeit einer Studie zur Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuung-Plattform (Website) für verschiedene medizinische Indikationen – zunächst für Patienten mit Adipositas und/oder Diabetes mellitus Typ 2	14
Abteilung Bad Rothenfelde	
– TeNoR 2 – Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation: Evaluation eines Care-Management-Konzepts durch Sozialberater (Evaluationsstudie)	18
– Pro MBOR: Formative Prozessevaluation der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im MBOR-Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde	20
– FIBRO-PROFI – Versorgung von Rehabilitanden mit Fibromyalgie in der stationären Rehabilitation: Diagnostische Zugänge, Rehabilitationskonzepte und sozialmedizinische Verläufe	22
– NeHOR: Netzwerk Hausärzte/Orthopäden – Rehabilitation	24
Abteilung Bad Salzuflen	
– BIOR – Berufsorientierte Intervention für onkologische Rehabilitanden: Konzeption und Evaluation einer berufsorientierten Intervention in der onkologischen Rehabilitation	28
– OptiPro: Optimierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitations-Prozessen und Identifikation von Indikatoren guter Praxis	30
– FaM – Fatigue Management in der onkologischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation strukturierter Schulungs- und Nachsorgemodule zur Bewältigung der tumorassoziierten Fatigue	32

- RePaRo: Berufliche Reintegration aus der Perspektive der Patienten – Mehrfallstudie zur Charakterisierung der Schnittstellen und Rollen der Akteure im Übergang von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung 34

Abteilung Ennepetal

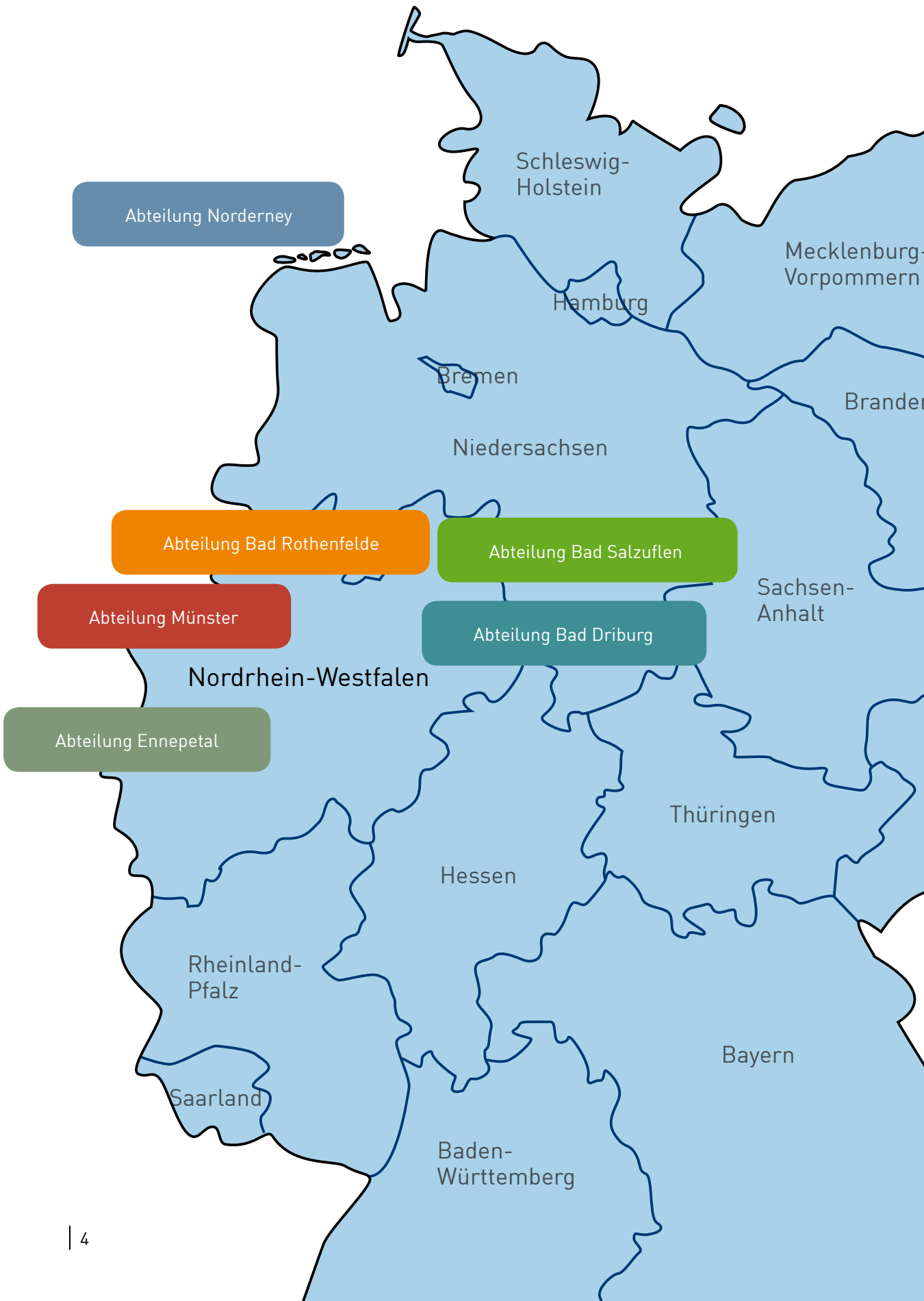
- DIKE – Diabetes-Intervention mit kohlenhydratreduzierter Ernährung: Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie zum Vergleich von kohlenhydratreduzierter Kost mit leitliniengemäßer Diabetikerkost in der Therapie des Diabetes mellitus-Typ-2 38
- BoP – Berufsorientierte Präventionsangebote für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben: Bedarfsanalyse 40
- BIKOR: Berufskraftfahrer in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. Nicht-interventionelle, prospektive Vergleichsstudie zwischen Rehabilitanden aus der Gruppe der Berufskraftfahrer mit Beschäftigten anderer Berufsgruppen hinsichtlich relevanter Outcomekriterien der Rehabilitationsbehandlung 42
- SESBA: Nachhaltigkeit der Effekte psychologischer Interventionen bei depressiven und ängstlichen Rehabilitanden durch die Implementierung von Techniken der sensorischen Stimulation mit bifokaler Achtsamkeit 44

Abteilung Münster

- PREA – Psychosomatische Rehabilitation: Strukturelle Einflussfaktoren auf das Antragsgeschehen sowie Veränderung des RehabilitandInnenkollektivs bzgl. der Behandlungsschwere im Zeitverlauf 48
- OpAA: Optimierung der Verfügbarkeit und Verwendung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Arbeitsplatzkenntnissen in der medizinischen Rehabilitation 50
- ZEMI – Zeitlich befristet Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to work? 52

Abteilungsübergreifend

- SOLEB – Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung einer Handlungshilfe für die Praxis 56



Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Vorstand:

Professor Dr. Bernhard Greitemann, 1. Vorsitzender
Werner Eppert, 2. Vorsitzender
Dr. Birgit Leibbrand, 2. Vorsitzende
Dr. Harald Fischer

Geschäftsführer:

Franz-Josef Muhmann

Institut für Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

Leiter des Instituts:

Professor Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland

Abteilungen:

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
Holthauer 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

Vorwort

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

der vorliegende Forschungsbericht 2016 fasst die Aktivitäten der Forscher unserer Abteilungen aus den letzten zwei Jahren zusammen. Unser Anliegen ist es, Ihnen diese Forschungsthemen möglichst verständlich und plakativ nahezubringen, insbesondere auch Ideen für Umsetzungen in die breitere Rehabilitationspraxis aufzuzeigen.

Der VfR Norderney ist einer der traditionsreichsten und erfolgreichsten Forschungsvereine im Bereich der Deutschen Rentenversicherung. Die Ergebnisse aus unterschiedlichsten Projekten haben zu zahlreichen Veränderungen und Inputs im Rehabilitationsgeschehen geführt, die auch in die breite Rehabilitationspraxis übernommen wurden. Die eigenen Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, die auch als Abteilungen im Forschungsverein Norderney vertreten sind, empfinden es als eine ihrer besonders wichtigen Aufgaben Rehabilitationsforschung mit Anbindung an die Kliniken, d. h. insbesondere die klinische Forschung, voranzutreiben.

Auf Wunsch des Bundesrechnungshofes wurde der VfR im Jahr 2016 organisatorisch neu aufgestellt und hat somit auch einen neuen Vorstand erhalten. Wir haben dabei die Wünsche und Vorgaben des Bundesrechnungshofes konsequent umgesetzt, der Verein ist somit für die Zukunft gut aufgestellt und gerüstet. Nichtsdestotrotz behalten wir die Tradition bei, insbesondere klinisch wichtige Forschung für die Praxis als Schwerpunkte unserer Forschungstätigkeit ins Auge zu fassen.

Der vorliegende Berichtsband wendet sich mit der Darstellung der Forschungsergebnisse nicht nur an die Rentenversicherungsträger und die Organe, insbesondere die Selbstverwaltungsorgane, sondern auch an die interessierte breite Öffentlichkeit. Wir hoffen, durch diese Projekte zur Diskussion im Bereich der Rehabilitationsforschung und zur Verbesserung der klinischen Tätigkeit beizutragen.

Für den Vorstand



Prof. Dr. Bernhard Greitemann



Abteilung Bad Driburg

Klinik Rosenberg
Hinter dem Rosenberge 1
33014 Bad Driburg

Telefon 05253 970-0
info@klinik-rosenberg.de
www.klinik-rosenberg.de

Titel des Projektes:

Ernährungsmedizinische Reha-Nachbetreuung mangelernährter Patienten bei ausgewählten Tumorerkrankungen (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer
Projektmitarbeiterin: Anne Schäfer (geb. Lücking)

Laufzeit:

1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Bei Aufnahme im Krankenhaus sind in Deutschland 20 bis 60 % der Patienten untergewichtig. Die konsekutiv eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit limitiert die Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten und der Berufstätigkeit. Grundsätzlich ist der Nutzen intensiver Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung durch ernährungsmedizinische Maßnahmen gut belegt. Über die langfristigen Erfolge einer ernährungsmedizinischen Intervention im Reha-Bereich liegen bislang keine Daten vor. In der vorliegenden Studie sollte geprüft werden, ob eine ernährungsmedizinische telefonische Reha-Nachsorge den Ernährungsstatus und die Leistungsfähigkeit verbessert und sich darüber hinaus positiv auf die berufliche Integration sowie weitere sozialmedizinische Parameter auswirkt.

Methodisches Vorgehen:

Es handelt sich um eine kontrollierte randomisierte Studie an mangelernährten Rehabilitanden mit Tumoren des oberen Verdauungstraktes (Ösophagus, Magen, Pankreas) und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa). Patienten der Kontrollgruppe (KG; n = 108) und Interventionsgruppe (IG; n = 112) erhielten eine intensive engmaschige Ernährungsberatung während der Reha mit rascher Eskalation der Ernährungstherapie. Patienten der IG erhielten zusätzlich eine telefonische ernährungsmedizinische Reha-Nachsorge über sechs Monate. Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthalts, nach weiteren drei Monaten schriftlich und nach sechs Monaten bei einem ambulanten Klinikbesuch oder einem Hausbesuch. Hauptparameter war der Ernährungszustand, gemessen am Phasenwinkel der Bioimpedanzanalyse. Als weitere Parameter wurden die Handkraft (Dynamometer), die Ausprägung gastroenterologischer Symptome (selbst entwickelter Fragebogen), Energie- und Proteinzufuhr (Ernährungstagebuch), Körpergewicht und BMI, Pflegebedürftigkeit (Barthel-Index) und Lebensqualität (SF-12), AU-Zeiten und Krankenhausaufenthalte erfasst.

Ergebnisse:

Der Ernährungszustand hat sich in beiden Gruppen sowohl während der Reha unter intensiver ernährungsmedizinischer Betreuung als auch in den sechs Monaten nach der Reha – mit und ohne weitere Betreuung – signifikant verbessert.

Die Verbesserung des Ernährungszustandes während der sechs Monate nach der Reha war bei Männern größer als bei Frauen, bei Jüngeren größer als bei Älteren und umso größer, je niedriger der Phasenwinkel bei Reha-Ende war. Die Diagnose und die Zugehörigkeit zu KG oder IG hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des Ernährungszustandes nach der Reha. Auch bezüglich der anderen erhobenen Parameter unterschieden sich die Teilnehmer der KG und IG nicht.

Die ernährungsmedizinischen Maßnahmen, die bei Reha-Ende empfohlen wurden, wurden insgesamt gut eingehalten. In der IG wurde die Empfehlung, Pankreasenzyme einzunehmen, signifikant besser umgesetzt als in der KG, allerdings ohne Effekt auf den primären Endpunkt. Eine abschließende Befragung ergab, dass 96 % der Studienteilnehmer die Ernährungsberatung während der Reha und 92 % die Ernährungsberatung in der Nachsorge als sehr hilfreich oder hilfreich empfunden haben.

Zusammenfassung:

Der Ernährungszustand mangelernährter Patienten hat sich sowohl während der Reha unter intensiver ernährungsmedizinischer Betreuung als auch ein halbes Jahr nach Reha-Ende deutlich verbessert. Dieses Ergebnis deutet wir als möglichen Hinweis dafür, dass der Erfolg anhält und die Reha einen langfristigen positiven Effekt hat. Die Nachsorgemaßnahme wurde von den Patienten als hilfreich empfunden. Ein zusätzlicher Effekt auf den Ernährungszustand konnte bei den Patienten jedoch nicht nachgewiesen werden.

Umsetzungsempfehlung:

Da ein Benefit nicht nachweisbar war, scheint der Aufwand für eine telefonische Nachsorge für diese Patientengruppe nicht gerechtfertigt zu sein.

Titel des Projektes:

EDIP: Randomisierte-kontrollierte Evaluationsstudie eines neu konzipierten psycho-diabetologischen Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Belastungen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer
Projektmitarbeiter: Dr. Bénédicte Jolivet, Rosemarie Hillebrand, Maria Pauli, Dr. Hans-Joachim Schwandt

Laufzeit:

1. Januar 2012 bis 30. Juni 2015

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Mehr als bei Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen sind Patienten mit Diabetes durch psychische Probleme belastet. Die Kombination aus beiden scheint sich negativ auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Frühverrentung auszuwirken. In einer Vorstudie (PDS-Studie, Projekt 65) zeigte sich ein positiver Effekt einer intensiven psychologischen Betreuung in der Subgruppe der besonders psychisch belasteten Reha-Patienten mit Diabetes mellitus. Für diese Patienten wurde ein psycho-diabetologisches Reha-Konzept entwickelt, in den Klinikalltag implementiert und in zwei Probeläufen getestet (Projekt 301). Ziel dieser Studie war die Evaluation des neuen Konzeptes. Untersucht wurden die Effekte auf psychische Belastungen, Diabeteseinstellung und sozialmedizinische Parameter.

Methodisches Vorgehen:

Design: Prospektiv, randomisiert. Das positive Votum der Ethikkommission (Ärztammer Westfalen-Lippe) lag vor. Je 140 Patienten pro Gruppe.

Primärer Endpunkt: Psychische Belastungen. Zusätzlich: Qualität der Blutzuckereinstellung (HbA1c, Häufigkeit von Unterzuckerungen) und sozialmedizinische Parameter (AU-Zeiten, Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes). Zielgruppe: rehabilitationsbedürftige Diabetiker, bei denen neben der Diabetesbehandlung und -schulung psychische Belastungen, Compliance-/Coping- sowie allgemeine Motivationsprobleme im Fokus der Teilhabe einschränkung standen.

Einschluss in die Studie, Erhebung der psychischen Belastung und Randomisierung in Kontroll- oder Interventionsgruppe erfolgten im Vorfeld der Reha. Einschlusskriterien: Mindestens ein auffälliger psychologischer Score: Angst (HADS-Angst ≥ 11), Depression (ADS-K ≥ 18), diabetesbezogene emotionale Belastungen (PAID ≥ 33). Messzeitpunkt: Screening (T0), Reha-Aufnahme (T1), Reha-Entlassung (T2) und sechs Monate nach Reha-Ende (T3).

Betreuung während des Heilverfahrens: Das HV (Regeldauer in beiden Grup-

pen: vier Wochen) beinhaltete in beiden Gruppen neben dem evaluierten und standardisierten Diabetes-Schulungsprogramm mit ca. 20 Stunden die üblichen Bausteine einer regulären Reha-Maßnahme (z. B. balneophysikalische Maßnahmen, Informationsveranstaltungen zur Gesundheitsbildung, Sozialberatung). Ergänzend nahm die Interventionsgruppe (IG) an einem Psychotherapieprogramm teil (12 Gruppensitzungen basierend sowohl auf edukativen Anteilen als auch auf therapeutisch geleiteten Gruppeninteraktionen, mindestens fünf Einzelsitzungen). Die Patienten der Kontrollgruppe (KG) erhielten nach dem bei Aufnahme festgestellten Bedarf die „reguläre“ psychologische Betreuung d. h. bei Bedarf Entspannungsverfahren, Gesprächsgruppe Diabetes, Raucherentwöhnungstraining, ggf. psychologische Kurzexploration mit evtl. anschließenden Einzelgesprächen.

Ergebnisse:

- 1) Primärer Endpunkt: Die Verbesserung der depressiven Symptome und des Wohlbefindens sechs Monate nach Reha-Ende wurde durch die Teilnahme an der Intervention signifikant positiv beeinflusst. Die Verbesserungen der diabetesbezogenen emotionalen Belastung sowie der Angst-Symptomatik sechs Monate nach Reha-Ende wurden durch die Teilnahme an der Intervention nicht signifikant beeinflusst.
- 2) Sekundäre Endpunkte: Die Verbesserung der HbA1c sechs Monate nach Reha-Ende wurde durch die Teilnahme an der Intervention nicht signifikant beeinflusst. Innerhalb des sechsmonatigen Follow-up hatte sich bei 91 % unserer Patienten die berufliche Situation nicht geändert. Lediglich bei 20 Patienten war eine Veränderung eingetreten. Zwischen den beiden Studiengruppen zeigte sich bei dieser geringen Fallzahl kein signifikanter Unterschied.

Zusammenfassung:

Die Evaluation des neuen psycho-diabetologischen Konzeptes im Rahmen einer stationären Rehabilitation zeigt positive Effekte bzgl. der primären Endpunkte: eine signifikante Reduktion der depressiven Symptome bzw. einen signifikanten Zuwachs an berichtetem Wohlbefinden bei den Patienten der IG im Vergleich zu den Patienten der KG. Wie auch bei anderen Autoren ist kein Einfluss auf die Diabeteseinstellung nachweisbar.

Umsetzungsempfehlung:

Das psycho-diabetologische Rehabilitationskonzept soll 2017 das Angebot der Klinik Rosenberg erweitern. Dadurch steht uns ein evaluiertes Instrument zur Optimierung der Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Belastungen zur Verfügung.

Titel des Projektes:

Konzeption, Implementierung und Machbarkeit einer Studie zur Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform (Website) für verschiedene medizinische Indikationen – zunächst für Patienten mit Adipositas und/oder Diabetes mellitus Typ 2

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Dr. Harald Fischer

Projektmitarbeiter: Dr. Bénédicte Jolivet, Anne Schäfer, Maria Pauli

Laufzeit:

1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu verbessern, wird schon seit langem intensiv nach einem Instrument gesucht, das mit geringem Zeit- und Kostenaufwand eine effektive Nachsorge ermöglicht und dadurch eine langfristige Lebensstiländerung unterstützt.

In den letzten Jahren sind viele Studien zum Thema Lebensstiländerung mittels Internet-Unterstützung publiziert worden, die zum Teil positive Auswirkungen auf den langfristigen Erfolg zeigten.

Ziel des Projekts ist die Entwicklung einer Internet-Plattform, die als Nachsorgeinstrument für Patienten mit Adipositas und/oder Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt werden kann sowie die Abschätzung der Machbarkeit einer Evaluationsstudie.

Methodisches Vorgehen:

Bedarfs- und Bedürfnisanalyse: Literaturrecherche, Meinungen von Experten und Patienten mittels Interviews und Gruppendiskussionen sowie quantitative Befragung mittels Fragebogen an 106 Patienten.

Aus den Ergebnissen der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse wurde ein Konzept für eine Website entwickelt und zusammen mit einer Internetagentur umgesetzt. Danach erfolgte eine erste Testung der Website an 33 Patienten. Nach den Rückmeldungen der Probanden wurde die Website optimiert. Anschließend wurden in einer zweiten Testphase 63 bzw. 69 Teilnehmer für Kontroll- und Interventionsgruppe (KG und IG) rekrutiert. Mit allen Teilnehmern wurden Ziele für die Nachsorgephase definiert. Die IG wird online nachbetreut. Nach drei Monaten werden beide Gruppen über ihr Körpergewicht und ihre Zielerreichung befragt.

Ergebnisse:

Von den 106 befragten Patienten sind 84 % mindestens eine Stunde pro Woche im Internet. Sie nutzen überwiegend den PC (76 %) gefolgt von Smartphone

(39 %) und Tablet (25 %). Besonders wichtig war ihnen, dass die Website humorvoll und im lockeren Ton gestaltet wird. 87 % der Befragten wünschten sich, geduzt zu werden.

Die passwort-geschützte Website wurde entsprechend der geäußerten Wünsche der Befragten folgendermaßen aufgebaut: Auf der Startseite werden die persönlichen Reha-Nachsorge-Ziele angezeigt, die bei Reha-Ende definiert worden sind. Der „Ratgeber“ enthält kurze Info-Texte, Rezepte, Übungs-Videos und Tipps. Im persönlichen Bereich „Meine Daten“ haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Daten in eine Gewichts- und Bauchumfangskurve einzutragen sowie ein Bewegungs- und Ernährungsprotokoll zu führen. Des Weiteren gibt es ein Forum zum Austausch zwischen den Probanden sowie eine Nachrichtenfunktion für den Austausch zwischen Patient und Studienbetreuer.

Von den Teilnehmern der ersten Testphase haben sich 24 von zuhause aus auf der Website eingeloggt. Die Intensität der Nutzung, gemessen an der Anzahl der Einträge unter „Meine Daten“, variierte sehr stark. Im Durchschnitt haben die Patienten innerhalb der zwei Monate zehnmal ihr Gewicht eingegeben und 35 Bewegungseinheiten eingetragen. Die gesamte Anzahl der Einträge im Forum betrug in diesem Zeitraum 92, und 141 Nachrichten wurden ausgetauscht.

Der Rücklauf der verschickten Fragebögen betrug 24 von 33. 22 Teilnehmer beurteilten die Website insgesamt als sehr hilfreich oder hilfreich. Am besten wurde das Führen der Gewichtskurve beurteilt. Dieses fanden 17 sehr hilfreich.

Die Rekrutierung für die zweite Testphase (KG und IG) ist abgeschlossen. Die Online-Nachbetreuung der IG findet zurzeit statt. Von den bisher verschickten Fragebögen nach drei Monaten sind bereits 83 (63 %) zurückgekommen.

Zusammenfassung:

Gestützt auf die Wünsche von Patienten und Experten wurde eine Website zur Nachbetreuung von Patienten mit Adipositas und/oder Diabetes Typ 2 entwickelt. Nach einer ersten Testphase und Optimierung wird die Website zurzeit auf Akzeptanz, Adhärenz und Wirksamkeit getestet.

Umsetzungsempfehlung:

Im Anschluss an diese Pilotstudie ist eine Evaluationsstudie geplant. Sollte sich ein Effekt der Online-Nachsorge bestätigen, stünde ein spezifisches Instrument zur Verbesserung der Nachhaltigkeit der Reha für Patienten mit Adipositas und/oder Diabetes Typ 2 zur Verfügung. Eine Erweiterung auch für andere Indikationen stellt ebenfalls eine attraktive Perspektive dar.



Abteilung Bad Rothenfelde

Klinik Münsterland
Auf der Stöwwe 11
49214 Bad Rothenfelde

Telefon 05424 220-0
info@klinik-muensterland.de
www.klinik-muensterland.de

Titel des Projektes:

TeNoR 2 – Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation: Evaluation eines Care-Management-Konzepts durch Sozialberater (Evaluationsstudie)

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Stephanie Fröhlich

Projektmitarbeiter: Ralph Niemeyer

Laufzeit:

1. Juli 2013 bis 30. Juni 2016

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Für die Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen und einer besonderen beruflichen Problemlage wurde zur Verstärkung der verbesserten Krankheitsbewältigung sowie Lebensstiländerung und zur langfristigen Verfolgung des Ziels, ins Erwerbsleben zurückzukehren bzw. berufliche Probleme zu reduzieren, das im Vorgängerprojekt entwickelte telefonische Nachsorgeangebot evaluiert, welches auf die weiter bestehenden Probleme rund um die Erwerbsfähig- und -tätigkeit fokussiert. Die dem ehemaligen Rehabilitanden aus der Reha-Einrichtung persönlich bekannten Sozialberater rufen diesen bis zu sechsmal innerhalb von zehn Monate nach Reha-Ende an und kontaktieren bei Bedarf auch andere Schnittstellen. So soll den Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage auch nach der Reha-Maßnahme ein kompetenter und mit der jeweiligen persönlichen Situation bereits vertrauter Care-Manager hilfreich zur Seite stehen, um die berufliche Situation zu verbessern oder zu stabilisieren. Die Rehabilitanden der Kontrollgruppe erhielten diese Anrufe nicht.

Methodisches Vorgehen:

Es handelt sich um eine randomisierte und kontrollierte Studie mit vier Messzeitpunkten, zu denen die Patienten schriftlich befragt werden. 1. Ende der Reha-Maßnahme (T1), 2. Drei Monate nach Reha-Ende (T2), 3. Sechs Monate nach Reha-Ende (T3) und 4. ein Jahr nach Reha-Beginn (T4). Ergänzend füllten die Sozialberater eine kurze Checkliste zu jedem Telefonat aus.

Ergebnisse:

447 Rehabilitanden nahmen an der Studie teil. 346 (77,4 %) waren männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 45,4 (SD = 9,2, 18 – 62) Jahren. 55 % hatten als höchsten Schulabschluss Volks-/Hauptschulabschluss angegeben, 23 % Realschulabschluss und 8 % hatten die Schule ohne Abschluss beendet. 91 % der Teilnehmer hatten die deutsche Staatsangehörigkeit.

Sechs Monate nach Reha-Ende hatten die Frauen und die jüngeren Rehabilitanden der Studiengruppe eine deutlich bessere subjektive Prognose der Er-

werbstätigkeit als die entsprechende Kontrollgruppe. Ältere Rehabilitanden zeigten eine Reduzierung der AU-Tage im Vergleich zur Kontrollgruppe. Und auch beim (erhofften) Return to work sieht die Studiengruppe hoffnungsvoller in die Zukunft als die Kontrollgruppe.

Zusammenfassung:

Sechs Monate nach Reha-Ende hatten die Frauen und die jüngeren Rehabilitanden der Studiengruppe eine deutlich bessere subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit als die entsprechende Kontrollgruppe. Ältere Rehabilitanden zeigten eine Reduzierung der AU-Tage im Vergleich zur Kontrollgruppe. Und auch bei (erhofften) Return to work sieht die Studiengruppe hoffnungsvoller in die Zukunft als die Kontrollgruppe. Weitere Parameter deuten darauf hin, dass sechs Monate nach Reha-Ende Frauen am meisten von der Nachsorge profitieren und diese sie nach eigenen Angaben auch am meisten schätzen, wenngleich sie ihre Arbeitsbedingungen belastender empfinden als die Kontrollgruppe. Auch die anderen Subgruppen profitieren von der Nachsorge. So zeigt sich u. a. ein besseres psychisches Wohlbefinden der SG, gerade wenn man die Langzeit-Arbeitsunfähigen nicht aus den Analysen herausnimmt. Und Männer der SG erleben ihre Arbeitsbedingungen weniger belastend als die Kontrollgruppe war. Auch in den verhaltensnahen Variablen zeigt sich fast durchgängig ein, zumindest deskriptiv, gesünderes Verhalten der Studiengruppenteilnehmer. Die telefonische Nachsorge wird besonders von den Frauen als hilfreich und nützlich bewertet. Und nach der Einschätzung der Sozialberater haben die Frauen sechs Monate nach Reha-Ende beruflich mehr einen positiven Schritt in die Zukunft getan als die Männer.

Umsetzungsempfehlung:

Die telefonische Nachsorge durch die Sozialberater der Reha-Klinik ist aufwändig. Will man diese nutzen, braucht man zusätzliche personelle Ressourcen. Die Effekte, die in dieser Studie bis zum Zeitpunkt sechs Monate nach Reha-Ende nachgewiesen werden konnten, müssen von jedem, der überlegt, diese Form der Nachsorge umzusetzen sorgfältig mit dem finanziellen und personellen Aufwand abgewogen werden. Diese Nachsorge scheint zu wirken, vor allem bei Frauen und was vor allem die SPE angeht auch bei jüngeren Rehabilitanden. Inwieweit die verbesserte SPE wirklich einen Einfluss auf den Renteneintritt bzw. Berufsaustritt langfristig hat, könnten Studien über die Dauer von zehn bis fünfzehn Jahren beantworten oder Intervall-Studien, die nach zehn bis fünfzehn Jahren die gleiche Klientel nochmals befragen.

Titel des Projektes:

Pro MBOR: Formative Prozessevaluation der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im MBOR-Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde

Projektmitarbeiter:

Projektmitarbeiter: Susanne Dibbelt, Bernhard Greitemann, Edith Wulfert, Danilo Postin, Jochen Bauer, Tarig Sharief, Hans-Christian Purucker, Rudolf Schulte

Laufzeit:

1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und insbesondere das arbeitsplatzbezogene Training gilt als effektive Intervention für Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen (Bethge, 2010, 2011; Bethge et al., 2012a, 2012b, 2011a, 2011b, 2010; Streibelt, Hansmeier & Müller-Fahrnow, 2006; Streibelt & Buschmann-Steinhage).

Arbeitsplatzbezogenes Training scheint dann besonders effektiv zu sein, wenn es in einer realistischen Arbeitsumgebung stattfindet. Das Zentrum für medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, das im September 2014 in Bad Rothenfelde eröffnet wurde, hält auf einer Fläche von über 2.000 Quadratmetern eine Vielzahl solcher simulierten Arbeitsplätze vor, darunter Werkstätten, Büros, eine Autowerkstatt, eine Pflegestation sowie ein komplettes Haus im Rohbau, an dem u. a. Maurer- und Dachdeckerarbeiten trainiert werden können. Ein nach neuesten Erkenntnissen ausgestatteter Workpark erlaubt eine differenzierte Diagnostik sowie das Training spezifischer Bewegungen. Schulungen mit beruflichen Schwerpunkten finden in gut ausgestatteten Seminarräumen ebenfalls in der Halle statt.

Das Kompetenzzentrum wird von drei Reha-Einrichtungen in Kooperation betrieben, wobei derzeit jede Klinik die eigenen Rehabilitanden in bestimmten Zeitfenstern versorgt (Phase 1). In einer weiteren Phase (2) ist geplant, einige der berufsbezogenen Angebote der Kliniken zu bündeln und klinikübergreifend für Rehabilitanden aller drei Einrichtungen anzubieten, um so Synergieeffekte zu nutzen und langfristig den Aufwand zu optimieren. Eine solche Kooperation von mehreren Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft und mit unterschiedlichen Indikationen in einem Zentrum für medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bietet Chancen, aber auch zahlreiche Herausforderungen, zu deren Bewältigung das Projekt Pro MBOR beitragen sollte: Ziel des Projektes Pro MBOR war es, die Abläufe und die Qualität der Maßnahmen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in drei Rehabilitationseinrichtungen und in einem in Kooperation betriebenen Kompetenzzentrum für arbeitsplatzbezogenes Training formativ zu evaluieren.

Methodisches Vorgehen:

Anhand von Interviews, Mitarbeiterbefragungen und Fokusgruppen wurden Optimierungspotentiale identifiziert, die u. a. die Prozesse der (1) Zuweisung zur MBOR und (2) Information und Aufklärung der Rehabilitanden über die MBOR sowie (3) den Austausch im Team und (4) die Planung einrichtungsübergreifender MBOR-Angebote betrafen. In wiederholten klinikinternen Fokusgruppen wurden fundierte Problem-Analysen erstellt und praxisnahe Lösungen entwickelt, die anschließend umgesetzt wurden.

Ergebnisse:*Klinikinterne Fokusgruppen*

So wurde ein Katalog von Ein- und Ausschlusskriterien für das Arbeitsplatztraining erstellt, Einführungsvorträge und Flyer zur Patienteninformation erstellt oder überarbeitet sowie Personal (Ärzte, Therapeuten) in der Aufklärung von Rehabilitanden zur MBOR geschult. Weiterhin wurden Informationsflüsse innerhalb des Teams teilweise neu organisiert.

Klinikübergreifende Fokusgruppen

In den klinikübergreifenden Fokusgruppen, wurden vier Kooperationsprojekte zu einrichtungsübergreifenden Trainings- und Therapieangeboten entwickelt und geplant, etwa ein Training für LKW-Fahrer, ein Training für Büroarbeitsplätze, ein Vortrag „Chronischer Schmerz“ sowie ein psychologisches Training zur Konflikt- und Stressbewältigung.

Schriftliche Befragung der Mitarbeiter

Zur Evaluation der Fokusgruppenarbeit wurden die Mitarbeiter vor und nach der Fokusgruppenarbeit befragt. In der zweiten Befragung zeigten sich die Mitarbeiter signifikant zufriedener mit den Abläufen und der Qualität der MBOR, darunter mit dem Prozess der Zuweisung und der Passung der MBOR zu den Problemen der Rehabilitanden sowie mit der Information über und das Eingebunden sein in Entwicklungen die MBOR betreffend.

Zusammenfassung:

Die im Projekt Pro MBOR durchgeführten Maßnahmen zur Prozessevaluation haben zu faktischen Verbesserungen der Abläufe und zur Entwicklung neuer Interventionskonzepte und Kooperationsmodelle geführt. Dabei wurden Synergiepotentiale, aber auch Barrieren deutlich.

Umsetzungsempfehlung:

Die beteiligten Einrichtungen sollten die Fokusgruppenarbeit (im Sinne eines Qualitätszirkels) fortsetzen und die notwendigen Klärungen zur (probeweisen) Umsetzung der Kooperationsmodelle (Bedarfsplanung, Meldeverfahren, Vergütungsmodus, Qualitäts- und Notfallmanagement, Dokumentationsverfahren etc.) vorantreiben.

Titel des Projektes:

FIBRO-PROFI – Versorgung von Rehabilitanden mit Fibromyalgie in der stationären Rehabilitation: Diagnostische Zugänge, Rehabilitationskonzepte und sozialmedizinische Verläufe

Projektmitarbeiter:

Projektmitarbeiter: Susanne Dibbelt, Edith Wulfert,
Bernhard Greitemann

Laufzeit:

1. Juli 2016 bis 30. Juni 2018

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

In dem Projekt sollen diagnostische Zugänge, Rehabilitationskonzepte und sozialmedizinische Verläufe sowie die Effektivität von orthopädischen und psychosomatischen Reha-Maßnahmen bei Rehabilitanden mit (Verdacht auf) Fibromyalgie (FMS) erfasst werden. Anhand von Befragungen einschlägiger Kliniken werden Versorgungsstrategien erfasst und schließlich ein Leitfaden zur Versorgung von Rehabilitanden mit (Verdacht auf) Fibromyalgie erstellt, der kurz, komprimiert und verständlich über das Krankheitsbild FMS informiert und diagnostische und therapeutische Strategien aufzeigt.

Von Fibromyalgie Betroffene und Selbsthilfegruppen beklagen häufig, dass Leistungen aus dem Schwerbehinderten- und Rentenrecht zu häufig abgelehnt würden, während von anderer Seite argumentiert wird, dass die durch Fibromyalgie entstehenden sozio-ökonomischen Kosten „durch häufige diagnostische und therapeutische Interventionen, insbesondere aber durch hohe Arbeitsausfallzeiten und Frühberentungen gravierend“ seien (z. B. Jäckel et al., 2004). Es ist daher eine wichtige Frage, ob Arbeitsausfallzeiten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und Erwerbsminderungsrenten mit Beteiligung der Diagnose FMS bei orthopädischen, rheumatologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen (z. B. bei chronischen Rückenschmerzen und Depression) häufiger sind als ohne Beteiligung der Diagnose FMS.

Methodisches Vorgehen:

In einer ersten Projektphase sind die folgenden Arbeitspakete vorgesehen:

- a) 240 Rehabilitanden in zwei psychosomatischen und zwei orthopädischen Reha-Einrichtungen sollen mittels Fragebögen zu Gründen der Wahl der jeweiligen Indikation und zu zahlreichen Erfolgsparametern zu drei Messzeitpunkten (vor Reha-Antritt, nach Entlassung und sechs Monate nach Entlassung) befragt werden.
- b) Die Häufigkeit der Diagnose Fibromyalgie (als Haupt- und Nebendiagnose) im Zusammenhang mit medizinischer Rehabilitation soll anhand von Routedaten der Deutschen Rentenversicherung Bund festgestellt werden.

- c) Die Arbeitsausfallzeiten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und Erwerbsminderungsrenten sollen bei ausgewählten Krankheitsbildern mit und ohne Beteiligung der Diagnose FMS dargestellt werden.

Darüber hinaus sind in einer zweiten Projektphase die folgenden Arbeitspakete vorgesehen:

- a) Die aktuelle Praxis der Versorgung von Rehabilitanden mit Diagnose oder Verdacht auf Fibromyalgie in somatischen und psychosomatischen Reha-Einrichtungen soll mittels eines Fragebogens erfasst und beschrieben werden. Alle Reha-Einrichtungen mit einer einschlägigen Abteilung (Orthopädie, Psychosomatik oder Internistische Rheumatologie) werden dazu angeschrieben.
- b) Ein Manual zur Versorgung von Rehabilitanden mit (Verdacht auf) Fibromyalgie soll erstellt werden, das komprimiert und verständlich über das Krankheitsbild FMS informiert, auf diagnostische Prinzipien und Probleme (in der Rehabilitation) eingeht sowie auf evidenzbasierte Maßnahmen wie Patientenschulungen zur Fibromyalgie verweist.

Ergebnisse:

Derzeit werden die Unterlagen für die Patienten-, Behandler- und Klinikenbefragungen erstellt und für das Ethikvotum vorbereitet. Außerdem werden die Routinedaten gesichtet und für eine Auswertung vorbereitet.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:

Die im Projekt FIBRO-PROFI durchgeführten Maßnahmen sollen die diagnostischen und therapeutischen Zugänge zu diesem Krankheitsbild in der Rehabilitation klären und schärfen. Mit einer quantitativen und qualitativen Befragung der Rehabilitanden, der Behandler und der Einrichtungen sowie der Auswertung von Routinedaten wird ein breites methodisches Spektrum genutzt, um fundierte Empfehlungen für Behandler und Einrichtungen daraus abzuleiten.

Ergebnisse aus der Auswertung von Routinedaten zur sozialmedizinischen Entwicklung und zur Inanspruchnahme von Ausgleichsleistungen im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern kann zur einer differenzierteren Wahrnehmung des Krankheitsbildes Fibromyalgie bei Behaltern und Rehabilitanden führen.

Titel des Projektes:

NeHOR: Netzwerk Hausärzte/Orthopäden – Rehabilitation

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Stephanie Fröhlich
Projektmitarbeiter: Ralph Niemeyer

Laufzeit:

1. Juli 2016 bis 30. Juni 2019

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

In dem Projekt erwarten wir ein aktuelles Kenntnis- und Meinungsbild der Hausärzte und Orthopäden in Westfalen-Lippe über die veränderte Rehabilitationslandschaft und Verbesserungsmöglichkeiten des Nahtstellenmanagements zur DRV Westfalen und den Reha-Kliniken sowie die anschließende Erarbeitung, Priorisierung und Umsetzung von Maßnahmen für eine verbesserte Kommunikation/Servicequalität/Austausch zwischen den Hausärzten und Orthopäden und der Klinik Münsterland (stellvertretend für die Reha-Kliniken der DRV Westfalen) auf der einen sowie zwischen den Hausärzten und Orthopäden und der DRV Westfalen/Kostenträger auf der anderen Seite. Hausärzte sind wichtig für den Erfolg einer Reha-Maßnahme. Sie sind oft verantwortlich für die Antragstellung und die weitere Begleitung nach einer Reha-Maßnahme. Eine möglichst frühzeitige Zuweisung sowie eine gute Nachsorge und Nachbetreuung sind wichtige Grundlagen für den nachhaltigen Erfolg einer Reha-Maßnahme. Das Bild, dass viele Hausärzte von der orthopädische Reha hatten, stellte sich Ende der neunziger Jahre als kritisch heraus (Dunkelberg et al., 2004; van den Bussche et al., 2003; Lachmann et al., 1999). Und auch aktuell wird der Austausch zwischen den beteiligten professionellen Akteuren am Reha-Prozess (Hausärzte, Kostenträger, Reha-Klinik) als verbesserungswürdig empfunden (vgl. Dunkelberg et al., 2004; Lachmann et al., 1999; Deck et al., 2013; Walther et al., 2014; Greitemann, 2014).

Methodisches Vorgehen und Fragestellung:

Das Projekt gliedert sich in zwei nacheinander ablaufende Prozesse: Erstens in eine schriftliche Querschnittsbefragung von niedergelassenen Hausärzten und Orthopäden in Westfalen-Lippe und zweitens in die Durchführung von Expertengesprächen zur Erarbeitung von Optimierungsvorschlägen sowie deren begleitete Umsetzung.

Fragestellung

- a) Wie bewerten Hausärzte und Orthopäden in Westfalen-Lippe die Rehabilitation (Inhaltlich und den Verwaltungsprozess) unter Berücksichtigung aktueller Veränderungen in der Rehabilitation (mehr aktivierende Programme, Einführung der Therapiestandards, MBOR, Nachsorgeprogramme)?

- b) Finden sich Ansätze zur Optimierung des Nahtstellen-Managements zwischen niedergelassenen Ärzten in Westfalen-Lippe, der DRV Westfalen/Kostenträger und den Reha-Kliniken? Wenn ja, welche?
- c) Können Optimierungsvorschläge umgesetzt werden? Welche Herausforderungen und Lösungen zeigen sich bei diesem Implementierungsprozess?

Kooperationspartner sind der Deutsche Hausärzterverband e.V (DÄV). insb. Landesverband Westfalen-Lippe & Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband und der Berufsverband Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) & Kompetenznetzwerk Orthopädie & Unfallchirurgie insb. Bereich Westfalen-Lippe.

Ergebnisse:

Das Projekt ist in der Anfangsphase, die Datenerhebung startet Anfang 2017. Schwerpunkte waren bisher die organisatorischen Absprachen mit den Kooperationspartnern und die Erstellung der Informationsschreiben, Einwilligungen und des Fragebogen.

Die Informationsblätter für die Teilnehmer als auch die Einwilligungen sind druckfertig. Die Fragebogeninhalte sind mit Fr. Dr. Richter und Fr. Dr. Moewes abgestimmt. Eine maschinenlesbare Version des Fragebogens befindet sich in der Erstellung, sodass die Datenerhebung im Januar 2017 starten kann.

Zusammenfassung:

Das Projekt befindet sich in der Anfangsphase, in der Abstimmungsgespräche mit den Kooperationspartnern geführt und die notwendigen Dokumente und der Fragebogen erstellt wurden. Die Datenerhebung startet Anfang 2017.

Umsetzungsempfehlung:

Dieses Projekt beinhaltet u. a. die Erarbeitung eines Umsetzungsplans von Verbesserungsvorschlägen für die Nahtstellen zwischen Hausärzten/Orthopäden und Rentenversicherung sowie zw. Hausärzten/Orthopäden und Reha-Klinik. Welche Verbesserungsvorschläge dafür in Frage kommen wird im Projekt erarbeitet.



Abteilung Bad Salzuflen

Salzetalklinik
Alte Vlothoer Straße 1
32105 Bad Salzuflen

Telefon 05222 186-0
info@salzetalklinik.de
www.salzetalklinik.de

Titel des Projektes:

BIOR – Berufsorientierte Intervention für onkologische Rehabilitanden: Konzeption und Evaluation einer berufsorientierten Intervention in der onkologischen Rehabilitation

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Dr. Heike Kähnert

Projektmitarbeiter: Anne-Kathrin Exner, Simona Brand

Laufzeit:

1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Eine Kernaufgabe der Rehabilitation ist die Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe. Demzufolge sollten berufsbezogene Schulungen integrale Bestandteile einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) sein. Für die onkologische Rehabilitation existieren derzeit nur wenige Informationen über MBOR-Schulungsmodulare hinsichtlich Inhalte, Bewertung und Auswirkungen. Vor diesem Hintergrund wurde das Modul *Perspektive Job* mit dem Reha-Team erarbeitet und formativ sowie summativ evaluiert.

Methodisches Vorgehen:

Mit Hilfe eines Mixed Method Ansatzes wurden qualitative und quantitative Daten erhoben: (1) *Experteninterviews* mit dem Ziel, den Entwicklungsprozess und *Perspektive Job* aus Sicht der Klinikmitarbeiter bewerten zu lassen, (2) *Gruppeninterviews* vor (Kontrollgruppe = KG) und nach (Interventionsgruppe = IG) Einführung von *Perspektive Job* mit dem Ziel vergleichende Informationen zur Bewertung der beruflich-orientierten Therapien aus Sicht der Rehabilitanden zu erhalten, (3) *Patientenbefragungen* vor (KG) und nach (IG) Einführung des MBOR-Moduls zu den Messzeitpunkten Reha-Beginn, Reha-Ende, 3-Monatskatamnese mit dem Ziel erste Aussagen zu den Auswirkungen von *Perspektive Job* zu treffen und (4) *telefonbasierte Nachsorge* mit dem Ziel, Informationen zum beruflichen Wiedereingliederungsprozess zu erhalten.

Ergebnisse:

Perspektive Job konnte in das Gesamtkonzept der Klinik gewinnbringend integriert werden. Es beinhaltet beruflich orientierte Basis- und Kernangebote für die Bereiche Sozialberatung, Sporttherapie, Ergotherapie, Psychologie und Ernährungsberatung, die weitgehend in geschlossenen Gruppen stattfanden sowie Arbeitsplatztrainings für Büro- und Reinigungskräfte. Erfolgsfaktoren des Entwicklungsprozesses waren fortlaufende Teamsitzungen, das Einbeziehen des Intranets zur Informationsweitergabe sowie Erprobungsphasen. Die Klinikmitarbeiter bewerteten den Entwicklungsprozess als zielorien-

tiert und betonten, dass hierüber eine kooperative aber auch wertschätzende Zusammenarbeit gefördert wurde.

Die Therapien von *Perspektive Job* wurden von der IG insgesamt positiv bewertet, die Inhalte für den Berufsalltag als praxisnah beschrieben und das Aufzeigen von Wegen zum beruflichen Wiedereinstieg positiv hervorgehoben. Hinsichtlich der Auswirkungen von *Perspektive Job* ließen sich zur 3-Monatskatamnese signifikante Gruppeneffekte zugunsten der IG nachweisen. Im Vergleich zur KG, fühlte sich die IG signifikant besser auf den Berufsalltag vorbereitet und sie schätzte ihre berufliche Leistungsfähigkeit sowie Funktionsfähigkeit im Beruf signifikant besser ein. Entsprechend wurde von der IG die Beanspruchung am Arbeitsplatz als weniger belastend wahrgenommen und sie gab weniger berufliche Sorgen an im Vergleich zur KG. Im Trend zeichnete sich nach drei Monaten eine höhere berufliche Rückkehrate bei der IG ab (IG: 64 %; KG: 57 %).

Die telefonische Nachsorge wurde von den Teilnehmern für sinnvoll erachtet und die Beratung gerne angenommen. Die Interviewten äußerten, dass ohne einen solchen Kontakt viele Empfehlungen „nach der Reha im Sande verlaufen“ wären. Die Förderung der körperlichen Fitness und Arbeitsfähigkeit wurden als berufsbezogene Erfolgsfaktoren der Rehabilitation beschrieben. Durch Aufklärung, sozialmedizinische Beratung und Planung der Nachsorge wurde zudem die Rückkehr in den Beruf unterstützt. Als weitere Förderfaktoren für die berufliche Wiedereingliederung wurden genannt: (1) die Unterstützung durch den weiterbehandelnden Arzt, (2) ein gutes und auf Verständnis basierendes Arbeitsklima und (3) soziale Unterstützung durch Familie und Freunde.

Zusammenfassung:

Die Entwicklung eines MBOR-Moduls durch das Reha-Team ist umsetzbar. Das Arbeiten an dem gemeinsamen Ziel MBOR förderte die Zusammenarbeit, Kommunikation und Zufriedenheit der Mitarbeiter. Durch *Perspektive Job* rückten berufsbezogene Aspekte in den Fokus nahezu aller Therapien. Dies wurde von den Rehabilitanden positiv bewertet und sie profitierten hinsichtlich einer guten Vorbereitung zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, einer verbesserten beruflichen Funktionsfähigkeit sowie einem verbesserten Umgang mit beruflichen Belastungen.

Umsetzungsempfehlung:

Mit *Perspektive Job* steht ein tragfähiges MBOR-Schulungs- und Nachsorgekonzept für die onkologische Rehabilitation zur Verfügung. Die Ergebnisse unterstreichen ferner die Bedeutung der Teamarbeit bei der Erarbeitung bedarfsorientierter Schulungsmodule für die Rehabilitation. Da solche Entwicklungsprozesse an die Mitarbeiter besondere Anforderungen stellen, sollten hierfür Fortbildungen in den Kliniken integriert werden.

Titel des Projektes:

OptiPro: Optimierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitations-Prozessen und Identifikation von Indikatoren guter Praxis

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Philipp Preßmann

Projektmitarbeiter: Sonja Kleine, Jascha Matejek

Laufzeit:

1. Januar 2014 bis 31. August 2016

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Zur Verbesserung von Qualität, Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der Versorgung führt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) durch, deren Wirksamkeit und Nachhaltigkeit in den vergangenen Jahren hinlänglich belegt werden konnte. MBOR-Maßnahmen bieten für die Zielgruppe erheblich verbesserte Reintegrations- und Teilhabechancen. Es existieren mittlerweile zahlreiche gute Praxisbeispiele. Gut funktionierende Konzepte sind jedoch nicht problemlos zwischen Einrichtungen übertragbar. Vor allem nicht vor dem Hintergrund der notwendigen allokativen Ressourcenentscheidungen für den MBOR- (Mehr-) Aufwand und den teils unterschiedlichen strukturellen Bedingungen in der Versorgungspraxis. Die Reha-Kliniken sind seitens der Träger jedoch dazu angehalten, MBOR-Konzepte vorzulegen und zu implementieren. Problematisch wird dieser Vorgang, wenn das Know-how für die Konzeption und Implementierung fehlt, um qualitativen Standards zu genügen und bedarfsadäquat zu behandeln. An dieser Stelle setzt das OptiPro-Projekt an. Das Vorhaben zielt auf die Konzipierung, Implementierung und Evaluierung eines klinikübergreifend-integrierten MBOR-Konzeptes zur Versorgung orthopädischer Patienten mit BBPL und der Identifikation fördernder und hemmender Faktoren in diesem Prozess.

Methodisches Vorgehen:

Die Studie setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Mittels einer formativen Evaluation wird das OptiPro-Behandlungskonzept entwickelt. Um die Wirksamkeit zu überprüfen, wird eine summative Evaluation durchgeführt. Zielgrößen sind die Funktionsfähigkeit im Beruf, der Gesundheitszustand, die körperliche Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie der Reintegrationsstatus. Als Forschungsdesign wird ein sequenzielles Kontrollgruppendesign mit vier Messzeitpunkten gewählt. Zunächst wird die Kontrollgruppe erhoben. Nach der Konzeptentwicklung und -implementierung wird die Interventionsgruppe befragt. Die Auswertung erfolgt mittels qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden.

Ergebnisse:

Für die Konzeptentwicklung wurde ein Bottom-up Ansatz gewählt, der es allen beteiligten Therapeuten und Ärzten ermöglichte, an diesem Prozess mitzuwirken. Eine gesteigerte Motivation kann auf die Partizipationsmöglichkeiten und die für die eigene Arbeit wahrgenommene Sinnhaftigkeit bei der Entwicklung eines gemeinsamen MBOR-Konzeptes zurückgeführt werden. Zu Beginn differierte das Verständnis vom Konzept der MBOR sehr weit. Durch gezielte Fortbildung konnte eine gemeinsame Ausgangsbasis geschaffen werden. Für die Konzeptimplementierung konnten verschiedene begünstigende und hemmende Bedingungsfaktoren identifiziert werden: Als Barrieren werden begrenzte räumliche, zeitliche und personelle Kapazitäten thematisiert. Ambivalent ist die Einschätzung des Reha-Teams zur Kommunikation, Vernetzung und zum Umgang mit erhobenen Informationen. Alle Beteiligten betonen die Bedeutsamkeit einer interdisziplinären Kommunikation, wobei von Therapeutenseite angeregt wird, sich zusätzlich in einem nicht-ärztlichen Behandler-Team auszutauschen. Zur Verbesserung von Screening, Diagnostik sowie bedarfsadäquater Therapieplanung und -steuerung plädieren Psychologie, Sozialberatung, Ergo-, Sport- und Physiotherapie für mehr Mitsprache in den fach eigenen Behandlungsfeldern. Zu einem frühen Zeitpunkt der MBOR bestehe ein erhöhter Informationsbedarf in den Abteilungen. Die Ergebnisse der summativen Evaluation zeigen eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit den gezielt-beruflich orientierten Trainingsmöglichkeiten innerhalb der MBOR.

Zusammenfassung:

Um Prozesse bei der Behandlung von MBOR-Patienten optimieren zu können, ist der Einbezug der klinischen Experten eine erste wichtige Voraussetzung. Zunächst entstand bei den Praktikern Motivation zur Mitarbeit, die in der Folge als Verpflichtung interpretiert wurde. Auf diese Weise war ein Fundament für die Konzeptentwicklung, Modifikation, Ausrichtung an den lokalen Bedingungen sowie den Bedürfnissen der beteiligten Berufsgruppen und Patienten gegeben. Durch die formative Evaluation können Prozessoptimierungen kontinuierlich reflektiert, korrigiert und an die Gegebenheiten vor Ort adaptiert werden. Erkenntnisse wurden während des Prozesses fortwährend in die Praxis zurückgespiegelt und trugen zur Weiterentwicklung des Konzeptes und dessen Implementierung bei.

Umsetzungsempfehlung:

Eine Bestandsaufnahme als Vorbereitung einer Implementierung ist eine wichtige Maßnahme, um Potentiale und Herausforderungen zu erheben und anschließend unter Einbezug aller relevanter Praktiker eine erfolgsversprechende Implementierung zu ermöglichen. Die Anwendung eines Bottom-up Ansatzes und insbesondere die Einbeziehung aller Stakeholder sollten standardmäßig bei der Implementierung von MBOR-Prozessen zur Anwendung kommen.

Titel des Projektes:

**FaM – Fatigue Management in der onkologischen Rehabilitation:
Entwicklung und Evaluation strukturierter Schulungs- und
Nachsorgemodule zur Bewältigung der tumorassoziierten Fatigue**

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Dr. Heike Kähnert

Projektmitarbeiterin: Juliane Maschke

Laufzeit:

1. Januar 2015 bis 30. Juni 2017

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die tumorassoziierte Fatigue zählt zu der häufigsten Komorbidität bei Krebspatienten. Symptome sind körperliche, emotionale und kognitive Erschöpfungszustände, die die Teilhabe am Arbeitsleben und den Alltag stark beeinträchtigen können. Es besteht ein hoher Bedarf an Patientenschulungen zur Fatigue-Bewältigung. Hierfür stellt die Rehabilitation mit ihren interdisziplinären Therapien ideale Bedingungen bereit. Allerdings existieren für die stationäre Rehabilitation bisher nur unzureichende Informationen über fatiguespezifische Schulungskonzepte. Demzufolge sollten für onkologische Rehabilitanden bedarfsorientierte FaM-Schulungs- und Nachsorgemodule (FaM = Fatigue Management) entwickelt und evaluiert werden.

Methodisches Vorgehen:

Die Entwicklung der FaM-Schulungs- und Nachsorgemodule erfolgte in acht Expertensitzungen mit dem Reha-Team einer Klinik. Diese Sitzungen wurden durch die Forschungsmitarbeiter moderiert, vor- und nachbereitet. Beide FaM-Module wurden durch eine formative und summative Evaluation überprüft. Im Rahmen einer formativen Evaluation (Gruppen-/Experteninterviews) wurden Aussagen der Rehabilitanden und Klinikmitarbeiter zur Bewertung der FaM-Module analysiert. Die summative Evaluation beruhte auf einem sequentiellen Interventions-/Kontrollgruppendesign, worüber die Wirksamkeit der FaM-Module im Längsschnitt bis zu sechs Monate poststationär überprüft werden soll.

Ergebnisse:

Vor dem Entwicklungsprozess wurden vier Gruppeninterviews mit Rehabilitanden geführt, mit dem Ziel, die Bedarfe an fatigue-orientierter Therapien zu erfassen. Die Interviewten beschrieben ihre Fatigue als einen Symptomkomplex, der eine starke Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Antriebslosigkeit umfasst. Neben kognitiven Einschränkungen hatten sie Schwierigkeiten komplexe Zusammenhänge zu verstehen sowie alltägliche Dinge zu erledigen. Von der Rehabilitation erwarteten die Interviewten „auf jeden Fall meine körperliche

Fitness wieder herzustellen, aber auch mentale, besser mit Stress umgehen zu können“ und Bewältigungsstrategien für die Fatigue zu erlernen. Hierüber wünschten sie sich „den Alltag wieder gut zu bewältigen“ und „wieder in meinem Beruf zu arbeiten“. Kritisiert wurde, dass das Thema Fatigue nur selten von den Klinik-Mitarbeitern angesprochen wurde. Es bestand Einigkeit, dass diese Thematik „gleich zu Beginn der Reha fest im Plan verankert gewesen“ sein müsste. Die Interviewten wünschten sich individuell ausgerichtete Gedächtnis- und Konzentrationstrainings. Sie vermissten Informationen über Fatigue(-Symptome), Bewältigungsstrategien (Energie-/Aktivitätsmanagement), Maßnahmen für die Nachsorge sowie eine auf die Bedürfnisse der Fatigue-Patienten abgestimmte Therapieplanung.

Die Ergebnisse der Interviews wurden im Reha-Team diskutiert und darauf aufbauend ein bedarfsorientiertes FaM-Schulungsmodul entwickelt, das insgesamt zehn Therapiestunden pro Reha aus den Bereichen Sport, Ergotherapie, Psychologie und Ernährungsberatung sowie einen Arztvortrag und ein Nachsorgegespräch umfasst. Für die Therapieplanung wurde ein Fatigue-Verordnungsbogen und für die Nachsorge ein Flyer, ein Energiemanagement-Tagebuch und Unterlagen für den weiterbehandelnden Arzt entwickelt. Nach Abschluss einer Erprobungsphase wurde das FaM-Schulungsmodul in die Routineversorgung implementiert. Die Datenerhebung zur summativen Evaluation ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

Zusammenfassung:

Die tumorassoziierte Fatigue führt je nach Ausprägung zu Einschränkungen der Lebensqualität sowie der physischen und kognitiven Leistungsfähigkeit, sodass der Alltag und die Teilhabe am Arbeitsleben stark beeinträchtigt sein können. Nach Aussagen von Fatigue-Patienten sind die Steigerung der physischen, psychischen und mentalen Leistungsfähigkeit wesentliche Reha-Ziele. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Angebote einer onkologischen Rehabilitation durch fatigue-spezifische Therapien sowie Bewältigungs- und Nachsorgestrategien ergänzt werden. Vor diesem Hintergrund wurden mit dem Team einer Reha-Klinik bedarfsorientierte Fatigue-Management Schulungs- und Nachsorgemodule entwickelt. Diese Module werden zurzeit evaluiert.

Umsetzungsempfehlung:

Sollte die summativ Evaluation zeigen, dass die FaM-Module die Symptombelastungen einer Fatigue mindern, das Selbstmanagement der Rehabilitanden im Umgang mit ihrer Fatigue verbessern und darüber die Teilhabe im Arbeitsleben und Alltag fördern, stünde für onkologische Reha-Kliniken eine bedarfsorientierte Fatigue-Management Schulung und Nachsorgeeinheit zur Verfügung.

Titel des Projektes:

RePaRo: Berufliche Reintegration aus der Perspektive der Patienten – Mehrfallstudie zur Charakterisierung der Schnittstellen und Rollen der Akteure im Übergang von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Philipp Preßmann

Projektmitarbeiter: Jascha Matejek

Laufzeit:

1. September 2016 bis 31. August 2018

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

In der medizinischen Rehabilitation sind Schnittstellenprobleme eine seit mehr als 20 Jahren wahrgenommene und beschriebene Anforderung. Kommunikations- und Kooperationsprobleme, Informationsdefizite und mangelnde Transparenz beschäftigen die beteiligten Akteure. Das heterogene Feld der Beteiligten setzt sich aus Rehabilitationsklinik, Arbeitgebern bzw. Betrieben, Werks- und Betriebsärzten, Hausärzten, Fachärzten, Sozialversicherungsträgern, Berufsförderungswerken, Integrationsfachdiensten u. v. m. zusammen. Sie alle beschäftigen sich mit der beruflichen Integration von Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen bzw. beruflichen Wiedereingliederungsproblematiken. Zur Überwindung der Schnittstellenprobleme werden seitens der Akteure vielfältige Anstrengungen unternommen. Nicht zuletzt durch Konzepte wie die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation oder RehaFuturReal rückt der Patient als die Hauptperson im Rehabilitationsprozess stärker in den Fokus: Diese Konzepte orientieren sich am individuellen Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen, um sie optimal in den Rehabilitationsprozess einzubinden. Case Management und Beratungsleistungen sollen die Angebotspalette u. a. erweitern. Maßnahmen können jedoch nur adäquat greifen, wenn sie die Patientenperspektive, d. h. die Wahrnehmung und das Erleben, Vorstellungen, Wünsche und Möglichkeiten sowie das vorhandene Wissen der Patienten suffizient mit einbeziehen, um auf dieser Grundlage individuelle, passgenaue Wiedereingliederungshilfen sowie Beratungs- und Unterstützungsleistungen entwickeln und anbieten zu können. Patienten sollten dort „abgeholt“ werden, wo sie sich mit ihrer Problemlage befinden. Entsprechende Forschungsprojekte zur Beschreibung der Beschaffenheit der Schnittstelle im Übergang von Rehabilitation und Reintegration sowie der tatsächlichen, praxisrelevanten Rollen aller beteiligten Akteure (und nicht deren theoretische Potenziale) unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse existieren nicht. Das hier beschriebene Forschungsvorhaben rückt daher den Patienten als eigentliche Hauptperson im Reha-Prozess ins Zentrum des Interesses.

Methodisches Vorgehen:

In einem qualitativen Studiendesign werden mittels einer integrierten Mehrfallstudie Daten aus mehreren Zugängen im Längsschnitt generiert und analysiert: Neben Patienteninterviews zu verschiedenen Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Rehabilitation sowie nach erfolgter Wiedereingliederung bzw. gescheitertem Wiedereingliederungsversuch) finden teilnehmende Beobachtungen während des stationären Reha-Aufenthaltes im Rahmen der Sozialberatungen sowie des ärztlichen Entlassungsgesprächs statt. Weitere Interviews werden mit allen poststationär an der beruflichen Wiedereingliederung beteiligten Akteuren geführt. Datensammlung, Analyse, Kodierung, Kategorienbildung, Sampling, Hypothesen- und Theorieentwicklung laufen dabei in einem iterativ-zirkulären Prozess ab und werden daher mit Hilfe der Grounded Theory ausgewertet.

Ergebnisse:

Seit Projektbeginn wurde sowohl der Zugang zu den Rehabilitanden als auch zu den Akteuren des Überganges getestet. Die methodische Schwierigkeit liegt dabei darauf, das Einverständnis der Rehabilitanden kurz nach deren stationärer Aufnahme zu bekommen, alle potenziell auftretenden Akteure des Überganges befragen zu dürfen. Die Erfahrungen hierbei zeigen, dass unter den Rehabilitanden ein generelles Interesse und eine Bereitschaft an der Studienteilnahme bestehen. Vorbehalte gibt es bezüglich des Datenschutzes sowie der Befragung der Akteure des Überganges (insbesondere des Arbeitgebers). Sie können aber zumeist in ausführlichen Aufklärungsgesprächen besprochen werden. Akteure des Überganges (bis dato: Arbeitgeber, Haus- und Betriebsärzte) zeigten sich interessiert an dem Vorhaben. Die Probeläufe zu den Rekrutierungsmodalitäten zeigen, dass der Feldzugang funktioniert. Über die Analyse der Probeinterviews konnten die zugrunde liegende Theorie sowie Gesprächsleitfäden weiterentwickelt werden.

Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlungen:

Durch das innovative Vorgehen wird erstmals die Schnittstellenproblematik aus der Patientenperspektive beleuchtet. Alle tatsächlich an der Wiedereingliederung beteiligten Akteure und deren Rollen für die berufliche Integration können charakterisiert und Förderfaktoren sowie Barrieren identifiziert werden. Auf dieser Grundlage lassen sich Empfehlungen für individuelle und passgenaue Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Rahmen von Nachsorge und beruflicher Wiedereingliederung ableiten.



Abteilung Ennepetal

Klinik Königsfeld
Holthäuser Talstraße 2
58256 Ennepetal

Telefon 02333 9888-0
info-koenigsfeld@drv-westfalen.de
www.klinik-koenigsfeld.de

Titel des Projektes:**DIKE – Diabetes-Intervention mit kohlenhydratreduzierter Ernährung: Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie zum Vergleich von kohlenhydratreduzierter Kost mit leitliniengemäßer Diabetikerkost in der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2****Administration:**

Universität Witten/Herdecke

Projektmitarbeiter:

Projektmitarbeiter: Dr. Jan Karoff, Dipl. oec. troph. Anna Maria Wagner,
Tanja Losch

Laufzeit:

1. Januar 2011 bis 30. Juni 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die weltweit steigende Prävalenz des „ernährungsmitbedingten“ Diabetes mellitus Typ 2 stellt Gesundheits- und Sozialsysteme vor große Herausforderungen. Zur Optimierung der individuellen Verlaufsprognose kommt insbesondere der glykämischen Einstellung eine hohe Bedeutung zu. Ernährungstherapeutische Interventionen haben in den letzten Jahren wiederholt Hinweise auf eine günstige Entwicklung dieser und weiterer therapierelevanter Parameter unter kohlenhydratreduzierten Kostformen mit erhöhten Fett- und Eiweißanteilen geliefert. Diese Befunde stehen weder im Einklang mit der überkommenen Behandlungspraxis noch sind sie konform mit der zwischen 2005 bis 2015 gültigen Leitlinienempfehlung zur Ernährungstherapie beim Typ 2-Diabetes, wonach eine kohlenhydratbetonte Ernährung geboten ist. Seit 2013 liegt eine gültige Nationale VersorgungsLeitlinie vor, die auf der Basis der verfügbaren Datenlage individuelle Entscheidungen für die Wahl der antidiabetischen Kostform empfiehlt.

Methodisches Vorgehen:

Mit einer randomisierten Kontrollgruppenstudie (RCT) unter insgesamt 409 Typ 2-Diabetikern in der stationären medizinischen Rehabilitation werden die Effekte zweier isokalorischer Kostformen (1.800 kcal./Tag) mit unterschiedlicher Verteilung der Makronährstoffe geprüft (Intervention/Kontrolle, Kohlenhydrate: 25 En%/55, Fett: 45/30, Protein: 30/15). Es werden die Verläufe während der dreiwöchigen Rehabilitationsbehandlung sowie über einen Gesamtzeitraum von sechs Monaten verglichen. Hauptzielkriterium ist die glykämische Einstellung (HbA1c, Nüchtern glukose). Nebenzielkriterien umfassen weitere Laborparameter, Körperkonstitution, pharmakologische Diabetesbehandlung sowie Ergebnisse schriftlicher Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand, der Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Kostform

und der Ernährungspraxis im Anschluss an die stationäre Rehabilitationsbehandlung (dreitägige Schätzprotokolle). Die Studie ist unter der Nummer ISRCTN68494994 registriert und von der Ethik-Kommission der Universität Witten/Herdecke unter dem Zeichen 98/2010 positiv beschieden worden.

Ergebnisse:

Interferenzstatistische Überlegenheit einer der beiden Kostformen auf die Hauptzielkriterien kann weder nach dreiwöchiger, noch nach sechsmonatiger Intervention belegt werden. Die Untersuchung ist von einer Unterschreitung der angestrebten Fallzahlen gekennzeichnet; darüber vermittelt weisen die Teilnehmer aller drei Messzeitpunkte signifikante Unterschiede im Baseline-HbA1c auf. In beiden Studiengruppen zeigen sich günstigere Effekte unter den Bedingungen der Vollverpflegung der medizinischen Rehabilitation. Als Prädiktoren für eine therapeutisch günstige Entwicklung des Hauptzielkriteriums HbA1c im sechsmonatigen Vergleichszeitraum erweisen sich unabhängig von der Studienkost ein initial vergleichsweise hoher HbA1c und eine kurze Diabetesdauer sowie die Abwesenheit einer Insulintherapie, eine günstige Bewertung der Studienkost während der dreiwöchigen medizinischen Rehabilitation und eine erhöhte Compliance in der Umsetzung ernährungstherapeutischer Empfehlungen im Alltag.

Umsetzungsempfehlung:

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die geprüften Ernährungsformen im Einzelfall gleichsam effektiv sein können; dies unterstreicht den Bedarf an individuell ausgehandelten Ernährungsempfehlungen. Die untersuchten Kostformen eint der Verzicht auf gesüßte Getränke, die Meidung schnellwirksamer Kohlenhydrate und ein Verzicht auf industriell gefertigte Nahrungsmittel. Zur Steigerung der Alltags-Compliance sollten theoretische wie praktische Ernährungsschulungen im rehabilitativen Setting intensiviert und Angebote zur ernährungstherapeutischen Nachsorge entwickelt werden. Die Ergebnisse deuten weiterhin darauf hin, dass ernährungstherapeutische Ansätze möglichst unmittelbar nach der Diagnosestellung eingesetzt und – jenseits medizinischer Notfälle – einer Insulinbehandlung vorschaltet werden sollten.

Titel des Projektes:

BoP – Berufsorientierte Präventionsangebote für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben: Bedarfsanalyse

Projektmitarbeiter:

Projektmitarbeiter: Dr. Jörg Kittel, Brigitte Wiesner

Laufzeit:

1. Juli 2012 bis 30. Juni 2014

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Ein wichtiges Ziel präventiver Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die Reduzierung des Bedarfs an Rehabilitationsmaßnahmen nach § 10 SGB VI. Zentral erscheint daher die Klärung der Frage, welche Berufsgruppen im Einzelnen einen stark erhöhten Bedarf an Reha-Maßnahmen aufweisen und daher gezielt auf präventive Leistungen aufmerksam gemacht werden bzw. zur Teilnahme motiviert werden sollten.

Methodisches Vorgehen:

Über eine Analyse der bei der DRV Westfalen geführten Versichertenkonten wurde ermittelt, welche Berufsgruppen relativ häufig eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen bzw. mit einer Erwerbsminderungsrente assoziiert sind. Auf der Basis von explorativen Datenanalysen und qualitativen Interviews mit kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden wurden zudem tätigkeitsbezogene Faktoren extrahiert, die mit einem großen gesundheitlichen Gefährdungspotenzial bzw. hohen beruflichen Belastungen einhergehen.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse verdeutlichen eindrucksvoll, dass bestimmte Berufsgruppen sowohl eine hohe prozentuale Quote an medizinischen Reha-Maßnahmen als auch an bewilligten Erwerbsminderungsrenten aufweisen. Berufstätige dieser Gruppen nehmen allerdings sehr selten an Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise BETSI, teil. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass bestimmte Berufe mit spezifischen Risikofaktoren assoziiert sind. Ein Großteil der interviewten Rehabilitanden macht berufsbezogene Faktoren sowohl für die Entstehung ihrer Erkrankung als auch als Hindernis für ein gesünderes Verhalten (mit-) verantwortlich.

Umsetzungsempfehlung:

Es sollten Strategien entwickelt werden, um verstärkt Versicherte zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen zu motivieren, die eine besonders gesundheitsgefährdende und ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Ansätze, die dazu hilfreich sein könnten, sind die praktische Ausrichtung der Angebote auf die jeweiligen Zielgruppen, die Einbeziehung von Versicherten der potentiell gefährdeten Berufsgruppen bei der Konzeption und Gestaltung der Programme und die Durchführung der Maßnahmen zur Verhaltensprävention direkt am Arbeitsplatz. Da bestimmte Berufe mit spezifischen Risikofaktoren assoziiert sind, folgt, dass (betriebliche) Präventionsmaßnahmen immer auch individuen- und berufscentrierte Komponenten aufweisen sollten. Präventiv ausgerichtete Strategien sollten nicht nur auf eine Verhaltensprävention, sondern auch auf die Verhältnisprävention zielen. Anbieter von verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen sollten den tätigkeitsbezogenen Bedingungen Rechnung tragen und flexible, innovative Strategien nutzen. Anstrengungen aller beteiligten Akteure sind erforderlich, damit nicht – wie bisher – diejenige Klientel, die von Prävention besonders profitieren könnte, von ihr am schwierigsten erreicht wird. Bis heute ist die Teilhabe an berufsbegleitenden Präventionsmaßnahmen für die Versicherten in vielen gesundheitlich hoch belasteten Berufen nur sehr schwer zu realisieren.

Titel des Projektes:

BIKOR: Berufskraftfahrer in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. Nicht-interventionelle, prospektive Vergleichsstudie zwischen Rehabilitanden aus der Gruppe der Berufskraftfahrer mit Beschäftigten anderer Berufsgruppen hinsichtlich relevanter Outcomekriterien der Rehabilitationsbehandlung

Administration:

Universität Witten/Herdecke

Projektmitarbeiter:

Projektmitarbeiter: Dr. Jan Karoff, Tanja Losch

Laufzeit:

1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Berufskraftfahrer (BKF) bilden die größte Berufsgruppe mit erhöhtem Rehabilitationsbedarf im Versichertenkollektiv der DRV Westfalen. 71 % aller Rehabilitationen an BKF entfallen auf die Indikationen Orthopädie und Kardiologie, insbesondere die kardiale Belastung ist überproportional hoch. Zur Erklärung können neben einem hohen Männeranteil (92 %) berufsspezifische Belastungen erwogen werden, die sowohl primärpräventiv als insbesondere auch in der Sekundärprävention ungünstig wirken. Es erscheint fraglich, ob die im rehabilitativen Usual Care praktizierten Verfahren der Intention einer Begünstigung nachhaltiger Rehabilitationserfolge von BKF gerecht werden können.

Methodisches Vorgehen:

Mit einer prospektiven Vergleichsstudie werden BKF in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation erfasst und einer durch manuelle Matching-Verfahren (Kriterien: Alter, Geschlecht, Reha-Indikation) gewonnenen Vergleichsgruppe aus Rehabilitanden anderer Berufsgruppen hinsichtlich relevanter Outcomekriterien gegenübergestellt. Ziel ist die Analyse der gesundheitlich-beruflichen Situation von BKF hinsichtlich ihrer Eingangsvoraussetzungen in der Rehabilitation sowie der Verläufe gesundheitlicher Optimierung und sozialer wie beruflicher Teilhabe in der 1-Jahreskatamnese. Herangezogene Bewertungskriterien sind a. zu allen Messzeitpunkten mit IRES-24 (Indikatoren des Reha-Status – Kurzversion) und ausgewählten Dimensionen des IRES-3 (Langfassung) ermittelte Gesundheitsmaße und Risikofaktoren sowie der subjektive Gesundheitszustand (VAS-Skala), b. die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsbehandlung am Reha-Ende sowie c. die labor- und rehadiagnostischen Eingangsvoraussetzungen (inkl. Schlafapnoe-

Screening) zum Reha-Beginn. Die Untersuchung markiert einen Beitrag zur Bedarfsermittlung für die Entwicklung effektiver Versorgungsstrategien und nachhaltiger Leistungserbringung in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation einer gesundheitlich hoch belasteten Berufsgruppe. Die Studie ist von der Ethik-Kommission der Universität Witten/Herdecke unter dem Zeichen 100/2014 positiv beschieden worden.

Ergebnisse:

Im zehnmonatigen Rekrutierungszeitraum wurden 150 BKF identifiziert, von denen sich 129 Personen für eine Studienteilnahme entschieden haben. Häufigster Grund für einen Drop-Out ist die Non-response im Rahmen der Abschlussbefragung nach einem Jahr, der durch die Rekrutierung statistischer Zwillinge zu einem doppelten Ausschluss führt. Insgesamt liegen für beide Untersuchungsgruppen vollständige Daten von jeweils 64 Rehabilitanden vor (N = 128). Während die Identifikation geeigneter Kandidaten für das manuelle Matching in der Zusammenarbeit mit der Sozialberatung und behandelnden Ärzten umgesetzt werden konnte, gestaltete sich die Gewinnung statistischer Zwillinge beschwerlich und führte zu einer Verlängerung der Rekrutierungs- und Datenerhebungsphase. Derzeit befindet sich die Untersuchung im Stadium der Auswertung und steht kurz vor dem Abschluss.

Umsetzungsempfehlung:

Handlungsempfehlungen für das rehabilitative Usual Care können formuliert werden, sobald alle Auswertungsergebnisse vorliegen. Arbeitsmedizinischen Einsichten folgend wird erwartet, dass BKF im Rahmen ihrer Beschäftigung spezifischen psychosozialen Einflüssen sowie körperlichen Belastungen ausgesetzt sind und somit ein berufsbedingt erhöhtes gesundheitliches Risikoprofil aufweisen. Weiterhin ist davon auszugehen, dass BKF mit Problemen bei der Integration resp. Aufrechterhaltung (sekundär-) präventiver Strategien in den spezifischen (Berufs-) Alltag konfrontiert sind. Hier wären spezielle Nachsorgeangebote für BKF denkbar, deren Bedarf, Potenzial sowie konzeptionelle Anforderungen auf der Basis der Untersuchungsergebnisse diskutiert werden können.

Titel des Projektes:

SESBA: Nachhaltigkeit der Effekte psychologischer Interventionen bei depressiven und ängstlichen Rehabilitanden durch die Implementierung von Techniken der sensorischen Stimulation mit bifokaler Achtsamkeit

Projektmitarbeiter:

Projektmitarbeiter: Dr. Jörg Kittel, Brigitte Wiesner, Charlotte Vehoff B. Sc.

Laufzeit:

1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2017

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Ängstlichkeit und Depressivität sind mit der Genese und dem Verlauf der koronaren Herzkrankheit assoziiert. Im Setting der kardiologischen Rehabilitation lassen sich diese psychischen Faktoren positiv modifizieren. Allerdings kommt es bei vielen Rehabilitanden im poststationären Verlauf (wieder) zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes, sodass Strategien zur Förderung der Nachhaltigkeit der Rehabilitationseffekte dringend erforderlich sind. In der ambulanten Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen finden in den letzten Jahren zusehends Techniken Beachtung, die über sensorische Stimulationen in kurzer Zeit günstige Effekte erzielen (vgl. EMDR, PEP, EFT, WHEE, REMAP). Es soll daher überprüft werden, ob durch die Einbeziehung von Techniken der sensorischen Stimulation mit bifokaler Achtsamkeit die Effektivität der psychologisch geführten problem- und störungsorientierten Gruppenarbeit nachhaltig verbessert werden kann.

Methodisches Vorgehen:

Mit Hilfe einer prospektiven, randomisierten Kontrollgruppenstudie sollen die Effekte eines neuen Gruppeninterventionsprogramms evaluiert werden. Rehabilitanden, die im Rahmen der problem- und störungsorientierten Gruppenarbeit Techniken der sensorischen Stimulation vermittelt bekommen, werden mit Patienten verglichen, die das herkömmliche Schulungsangebot erhalten. Hauptzielkriterien sind Ängstlichkeit und Depressivität, die mit der HADS erfasst werden. Messzeitpunkte sind Anfang und Ende der Rehabilitation sowie sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation. Die Studie ist unter der Nummer DRKS00007850 registriert und von der Ethik-Kommission der Universität Witten/Herdecke unter dem Zeichen 25/2015 positiv beschieden worden.

Ergebnisse:

Zwischenauswertungen wurden hinsichtlich der Zielkriterien Angst, Depressivität und subjektiver Gesundheitszustand (VAS) durchgeführt. Während der Rehabilitation kann eine signifikante Reduktion der Ängstlichkeit und Depressivität sowie eine bedeutsame Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes gemessen werden. Belastbare Aussagen zum weiteren zeitlichen Verlauf und zu Gruppenunterscheiden können erst getroffen werden, wenn alle Daten vorliegen.

Umsetzungsempfehlung:

Empfehlungen für die Rehabilitationspraxis können erst nach dem Abschluss aller Auswertungen abgegeben werden. Es wird erwartet, dass hilfreiche Empfehlungen zur Konzeption psychologischer Gruppeninterventionen gewonnen werden können, um die Nachhaltigkeit dieser rehabilitativen Leistungen zu verbessern.



Abteilung Münster

Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Gartenstraße 194
48147 Münster

Telefon 0251 238-0
kontakt@drv-westfalen.de
www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de

Titel des Projektes:

PREA – Psychosomatische Rehabilitation: Strukturelle Einflussfaktoren auf das Antragsgeschehen sowie Veränderung des RehabilitandInnenkollektivs bzgl. der Behandlungsschwere im Zeitverlauf

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Elena Köckerling M. Sc.

Laufzeit:

15. Oktober 2014 bis 14. August 2016

Fachliche Beratung:

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Dr. Bettina Hesse

Kooperierende Einrichtungen:

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Dr. Jürgen Breckenkamp

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Unzureichende Behandlungskapazitäten im ambulanten Sektor und lange Wartezeiten auf eine Psychotherapie lassen eine Verlagerung der kurativen Behandlung in die Rehabilitation vermuten. Dem nachgehend wurde der Einfluss der ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung (ÄPV) und des regionalen Arbeitsmarkts (AM) auf das Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen in der Psychosomatik untersucht.

Zudem wird eine steigende Anzahl schwerwiegender psychosomatischer Reha-Fälle berichtet. Aus diesem Grund wurde die zeitl. Entwicklung der für den Reha-Erfolg relevanten Einflussfaktoren bei den RehabilitandInnen der DRV Westfalen ausgewertet. Zusätzlich wurde das aktuelle RehabilitandInnenkollektiv zur Vorbehandlung und weiteren Einflussfaktoren auf den Reha-Erfolg befragt.

Methodisches Vorgehen:

Daten des regionalen AM, der regionalen ÄPV und des Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen der DRV Westfalen in 2013 wurden deskriptiv und regressionsanalytisch ausgewertet, um Aufschluss über den Zusammenhang dieser Faktoren zu erhalten. Die statistisch nicht erfassten Ablehnungsdiagnosen wurden für eine Zufallsstichprobe von 15 Kreisen nacherhoben.

Die Auswertung der Entwicklung des Reha-Erfolgs und dessen Einflussfaktoren erfolgte deskriptiv anhand von Daten der abgeschlossenen psychosomatischen Rehabilitationsleistungen der DRV Westfalen der Jahre 2004 bis 2013. Mittels eines Fragebogens wurden Versicherte der DRV Westfalen, die eine psychosomatische Reha in 2015 bewilligt bekommen haben, vor Antritt der

Reha zur medizinisch/psychotherapeutischen Vorbehandlung und zu Merkmalen, die für den Reha-Erfolg relevant sind (z. B. Bildung, Symptomatik, subjektive Erwerbsprognose), befragt.

Ergebnisse:

Es bestehen deutliche regionale Unterschiede in der ÄPV und der AM in den untersuchten Kreisen. Bzgl. des AM konnten keine signifikanten Effekte auf das Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen gefunden werden. In Regionen mit einer schlechteren ÄPV besteht ein signifikant höheres relatives Risiko für hohe Antragszahlen (z. B. geringe Anzahl an Hausärzten: RR: 1,28; $p = 0,0166$) und gleichzeitig tendenziell ein niedrigeres relatives Risiko für hohe Ablehnungsquoten (schlechtere ÄPV insgesamt: RR: 0,84 ; $p = 0,0878$).

Bei den Einflussfaktoren auf den Reha-Erfolg zeigt sich im 10-Jahreszeitraum ein gemischtes Bild: Für den Reha-Erfolg ist als günstig zu bewerten, dass der Anteil der RehabilitandInnen mit ≥ 6 Monaten versicherungspflichtiger Beschäftigung in den letzten 12 Monaten vor Reha-Antrag gestiegen ist. Gleichzeitig stieg der Anteil der RehabilitandInnen, die ≥ 6 Monate vor dem Reha-Antrag arbeitsunfähig waren, was als prognostisch ungünstig gilt. Indikatoren des Reha-Erfolgs weisen Tendenzen zur Verschlechterung auf (z. B. Anstieg der AU-Entlassungen).

80 % der Befragten sind nach eigenen Angaben in fachärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung. Eine regelmäßige Psychotherapie erhalten jedoch nur 47 %. Fehlende Behandlung wurde am häufigsten mit fehlenden Behandlungsterminen begründet.

Zusammenfassung:

Die Analyse der Einflussfaktoren auf das Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen weist auf eine Kompensation fehlender ambulanter Versorgungskapazitäten durch die psychosomatische Rehabilitation hin. Dies ist ungünstig, da kurative Behandlungsanteile in die Rehabilitation verlagert werden und die rehabilitativen Ziele erst später fokussiert werden können. Die Befragung des RehabilitandInnenkollektivs zeigt ergänzend, dass weniger als die Hälfte der RehabilitandInnen eine psychotherapeutische Vorbehandlung aufweisen. Der Eindruck, dass der Anteil schwerwiegender Reha-Fälle zugenommen hat, kann nicht widerlegt werden.

Umsetzungsempfehlung:

Die Erfassung der Ablehnungsdiagnosen in den Statistiken der DRV wird empfohlen, da so umfangreichere regionale, diagnosespezifische Auswertungen ermöglicht würden. Die Rentenversicherung sollte zudem auf politischer Ebene auf eine Verbesserung der ambulanten ÄPV hinwirken.

Titel des Projektes:**OpAA: Optimierung der Verfügbarkeit und Verwendung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Arbeitsplatzkenntnissen in der medizinischen Rehabilitation****Projektmitarbeiter:**

Projektleitung: Jochen Heuer

Laufzeit:

1. Januar 2015 bis 30. Juni 2018

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Umfassende Kenntnisse über den Arbeitsplatz des Rehabilitanden sind eine grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Reintegration ins Arbeitsleben nach medizinischer Rehabilitation, ermöglichen sie doch eine berufsorientierte Ausrichtung der therapeutischen Leistungen im Rehabilitationsprozess und einen Reha-Entlassungsbericht, der präzise zum Arbeitsplatz Stellung nimmt und von Nutzerseite (Betriebsärzte, Reha-Fachberater/weiterbehandelnde Ärzte) direkt für die Wiedereingliederung verwendbar ist. Diese beiden Aspekte sind unabdingbar für die medizinisch-berufliche Orientierung in der Rehabilitation (MBOR). In der Regel sind aber die Arbeitsplatzkenntnisse in den Reha-Kliniken eher gering. Die Reintegrationschancen sind dementsprechend zum Nachteil von Rehabilitand und Kostenträger nicht optimal. Um diese Defizite zu beheben, wurden im Zuge der KoRB-Studien Instrumente entwickelt, die standardmäßig die fehlenden Arbeitsplatzkenntnisse für Ärzte, Therapeuten und Sozialarbeiter in den Reha-Kliniken bereitstellen sollen. Im Einzelnen sind dies ein aus der Reha-Klinik zu verschickender Rehabilitandenfragebogen zum Arbeitsplatz, ein Formular zur routinemäßigen Erfassung des zuständigen Betriebsarztes sowie Informationsmaterial zur Rolle des Betriebsarztes, um eine bessere Compliance des Rehabilitanden für die Einbeziehung der Arbeitsmediziner in den Rehabilitationsprozess zu erzielen. Vor diesem Hintergrund und mit den genannten Instrumenten zielt die OpAA-Studie darauf ab, den Reha-Kliniken routinemäßig ausreichende Kenntnisse über die Arbeitsplätze der Patienten zur Verfügung zu stellen um eine individualisierte arbeitsplatzbezogene Therapie und einen E-Bericht, der konkret Aussagen zum Arbeitsplatz machen kann zu ermöglichen, damit eine solide Basis für MBOR zu schaffen und die Wiedereingliederungschancen nach einer medizinischen Rehabilitation zu erhöhen.

Methodisches Vorgehen:

OpAA ist eine zweiphasige qualitative Studie, die in Phase 1 die Praktikabilität und Eignung der einzusetzenden Instrumente empirisch überprüft und einen Objektivitätscheck der Patientenangaben im Fragebogen zum Arbeitsplatz in Form des paarweisen Ausfüllens (Rehabilitand und Betriebsarzt als Rater zu

jeweils demselben Arbeitsplatz) und Berechnung der Paardifferenzen (Interrater-Reliabilität) vorsieht. Im Mittelpunkt der Phase 2 stehen die Implementierung des geprüften Instrumentariums in den klinischen Alltag, um für alle potenziellen Nutzer umfassende Arbeitsplatzkenntnisse zur Verfügung zu stellen und die Überprüfung der tatsächlichen Verwendung dieses Arbeitsplatzwissens. Den methodischen Rahmen setzt eine formative Evaluation, die darauf abzielt, identifizierte Schwächen zu revidieren und mit Fortschreiten der Projektarbeit ein modifiziertes Vorgehen umzusetzen. Ergebnis beider Phasen ist die Manualisierung des Vorgehens.

Ergebnisse:

Der Fragebogen zum Arbeitsplatz wurde in 15 Betrieben dahingehend überprüft, ob die Angaben des Patienten im Fragebogen auf etwa dem gleichen Niveau und mit der gleichen Zuverlässigkeit erfolgen, die durch ein Ausfüllen seitens des Betriebsarztes erzielt werden würde. Die Objektivität der Patientenangaben und damit die Güte des Fragebogens wurden anhand der Übereinstimmung von Patienten- (Mitarbeiter-) und Betriebsarzturteil zu demselben Arbeitsplatz geprüft. Die Übereinstimmung von Mitarbeiter- und Betriebsarzturteil war in der Regel hoch bis sehr hoch. Es ist damit gelungen, ein Instrument zu entwickeln, das den Reha-Einrichtungen medizinisch verwertbares Wissen über den Arbeitsplatz ohne die – insbesondere im Falle von Beschäftigten aus kleineren und mittleren Unternehmen bis 250 Mitarbeitern (KMU) häufig schwierige – Mitwirkung der Betriebsärzte routinemäßig bereitstellen kann. Nachdem die Validität und die Güte der Patienten-/Mitarbeiterangaben im Fragebogen bestätigt wurde, wird das Instrument für den Einsatz in den Rehabilitationskliniken adjustiert und individualisiert. Ziel ist eine Best-Practice-Dokumentation zur Arbeitsplatz-/Berufsanamnese.

Zusammenfassung und Ausblick:

Mit dem OpAA-Fragebogen zum Arbeitsplatz ist ein Instrument entstanden, das valide Patientenangaben zum Arbeitsplatz liefert und bereits vor Reha-Beginn in den Einrichtungen vorliegt. Nach der Überprüfung der Einsetzbarkeit im klinischen Alltag, der diagnosespezifischen Präzisierung und der klinikbezogenen Individualisierung sollten die Kliniken in die Lage versetzt sein, näher am Arbeitsplatz zu therapieren und ein E-Bericht zu erstellen, der – wo erforderlich – klare und operationalisierbare sozialmedizinische Empfehlungen für die Werks- und Betriebsärzte sowie die Reha-Fachberater bereitstellt. Damit können verbesserte Chancen auf Wiedereingliederung und Erhalt des Arbeitsplatzes nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erwartet werden. Darüber hinaus wurde eine Methode entwickelt, die es den Reha-Einrichtungen ermöglicht, routinemäßig die Kontaktdaten des zuständigen Betriebsarztes zu erfassen, ein für Beschäftigte aus KMU bislang ungelöstes Problem.

Titel des Projektes:

**ZEMI – Zeitlich befristet Erwerbsminderungsrenten:
Gibt es eine Chance auf Return to work?**

Projektmitarbeiter:

Projektleitung: Elena Köckerling M. Sc

Projektmitarbeiterin: Monika Schaidhammer-Placke

Laufzeit:

15. August 2016 bis 14. August 2018

Fachliche Beratung:

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Dr. Bettina Hesse

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Die zeitliche Befristung von Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) impliziert eine Besserungsmöglichkeit des Gesundheitszustandes bzw. die Chance auf Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit. Diese Phase ist daher von Interesse für die Rehabilitationsforschung. Bislang ist nicht bekannt, wie viele ErwerbsminderungsrentnerInnen derzeit ohne koordinierte Unterstützung den Weg zurück ins Erwerbsleben schaffen. In verschiedenen Projekten der Abteilung Münster des IfR wurden jedoch bereits Charakteristika von EM-RentenantragstellerInnen und EM-RentenbezieherInnen sowie Maßnahmen und Einstellungen dieser Personengruppen zur Rückführung in das Erwerbsleben untersucht. In Projekten anderer Forschungseinrichtungen wurde Einflussfaktoren und förderlichen Maßnahmen zur Rückführung in das Erwerbsleben nachgegangen. Es konnten bisher jedoch keine Erfolge erzielt werden, die Anlass zu einer dauerhaften Implementierung von Fördermaßnahmen gaben.

Methodisches Vorgehen:

Anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sollen die vorhandenen erwerbsbiografischen Verläufe und die damit in Verbindung stehenden Charakteristika der zeitlich befristeten EM-RentnerInnen ausgewertet werden. Die bisher existierenden Interventionsansätze und deren Ergebnisse werden im Rahmen eines systematischen Reviews erfasst. Vertiefende Informationen zu diesen Interventionen werden durch leitfadengestützte ExpertInneninterviews mit den InitiatorInnen generiert. Eine abschließende ExpertInnendiskussion soll eine Bewertung der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlung ermöglichen.

Erwartete Ergebnisse:

Durch die Datenanalyse kann ein aktuelles, klares Bild der Charakteristika von zeitlich befristeten EM-RentnerInnen gewonnen werden und durch das Review kann ein Überblick über bereits durchgeführte Projekte und Maßnahmen für die Rückführung der Zielgruppe ins Erwerbsleben geschaffen werden. Diese Informationen sind von großer Bedeutung für die strategische Planung des Umgangs mit zeitlich befristeten EM-RentnerInnen.

Zusammenfassung:

Im Rahmen des Projektes ZEMI sollen die Entwicklungen von Personen in einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente hinsichtlich einer Rückkehr ins Erwerbsleben nachgezeichnet werden. Vorhandene Projekte zur Rückführung von ErwerbsminderungsrentnerInnen ins Erwerbsleben sollen identifiziert werden, um Lösungsansätze für das weitere Vorgehen mit zeitlich befristeten ErwerbsminderungsrentnerInnen mit Blick auf die Rückführung ins Erwerbsleben erarbeiten zu können.



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

Titel des Projektes:**SOLEB – Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung einer Handlungshilfe für die Praxis****Projektmitarbeiter:**

Projektleitung: Dr. Bettina Hesse, Dr. Susanne Dibbelt,
Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Dr. Michael Körner

Projektmitarbeiter: Dipl.-Psych. Sebastian Hermes,
Monika Schaidhammer-Placke

Laufzeit:

1. Oktober 2015 bis 30. November 2017

Projektidee, wissenschaftlicher Stand:

Im Projekt wird indikationsübergreifend die Praxis der Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation und die damit verbundenen Herausforderungen und Probleme auf Produzentenseite (Reha-Kliniken), auf Nutzerseite (DRV: Sozialmedizinischer Dienst, Referenten der Leistungsabteilungen, Reha-Fachdienst; MdK; Sozialrichter; Medizinischer Dienst der Agentur für Arbeit) und auf Kundenseite (Rehabilitanden) untersucht. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation ist immer wieder Gegenstand der Diskussion bei den Nutzern und Anlass zu Beschwerden von Rehabilitanden. Die Ärzte in den Reha-Kliniken stehen vor der täglichen Herausforderung, den Anforderungen der Begutachtungsleitlinien, der verschiedenen Nutzergruppen und der Rehabilitanden bei der Formulierung des Leistungsvermögens gerecht zu werden. Gleichzeitig müssen sie in ihrem eigenen Handeln die manchmal widersprüchlichen Anforderungen von Behandlungsauftrag und Begutachtungsauftrag in Einklang bringen. Vor diesem Hintergrund zielt das Projekt SOLEB darauf ab, den Reha-Kliniken eine Handlungshilfe (Leitfaden) für den praktischen Umgang mit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zur Verfügung zu stellen. Darin werden die verschiedenen Nutzerperspektiven vorgestellt und zentrale Aspekte der Leistungsbeurteilung aufbereitet und mit Beispielen guter Praxis unterlegt. Hierzu gehören: die Integration der Leistungsbeurteilung in den Rehabilitationsprozess, die Einbindung des Reha-Teams in die Leistungsbeurteilung, die Patientenedukation zur Leistungsbeurteilung, der Umgang mit typischen Konfliktsituationen, das Assessment der Leistungsfähigkeit, die Formulierung des Leistungsbildes, die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in die Aufgabe der Leistungsbeurteilung.

Methodisches Vorgehen:

SOLEB ist eine mehrphasige qualitative Studie. Es wurden zum einen leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Nutzergruppen (Vertreter sozialmedizinischer Dienste, Verwaltungsjuristen der DRV, Sozialrichter, Gutach-

ter) geführt. Zum anderen wurden Mitarbeiter verschiedener Professionen aus Reha-Einrichtungen befragt, die sich in besonderem Maße mit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung auseinandersetzen oder diese als besondere Herausforderung erleben. In einem Rundschreiben wurden 644 Reha-Einrichtungen gebeten, einen Fragebogen zur Praxis der Leistungsbeurteilung zu beantworten und Materialien zur Verfügung zu stellen, die sie im Zusammenhang mit der Leistungsbeurteilung einsetzen. Zur Erfassung der Rehabilitandenperspektive werden anonymisierte Beschwerdeschreiben ausgewertet, die in einem festgelegten Zeitraum bei der DRV Westfalen eingehen. Die Ergebnisse aller Schritte fließen in den Leitfaden ein. Der Leitfadentwurf wird abschließend in einer Expertengruppe diskutiert und bei Bedarf modifiziert.

Erste Ergebnisse:

Die Datenerhebungsphase wurde im August 2016 abgeschlossen. Mit 19 Nutzern und 34 Klinikmitarbeitern wurden Interviews durchgeführt. 15 Reha-Einrichtungen haben Materialien zur Verfügung gestellt. Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 14 % (n = 93). In den Nutzerinterviews wurden neben übergreifenden auch nutzergruppenspezifische Anforderungen an die Leistungsbeurteilung deutlich. Die Interviews mit Klinikmitarbeitern und die zur Verfügung gestellten Materialien werden derzeit ausgewertet. Die Grundstruktur des Leitfadens ist erstellt. Die Ergebnisse der Nutzerinterviews werden auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2017 in Frankfurt vorgestellt.

Zusammenfassung:

Mit den bisherigen Projektarbeiten ist es gelungen, die Perspektive aller an der sozialmedizinischen Beurteilung Beteiligter – sei es als Ersteller, sei es als Nutzer – in den Blick zu nehmen und systematisch anhand von Anforderungen, Barrieren und Ressourcen zu beschreiben. Die Daten liefern eine hervorragende Grundlage für die Erstellung der geplanten Handlungshilfe zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in Rehabilitationseinrichtungen.

Umsetzungsempfehlung:

Einmal erstellt wird die Handlungshilfe zur sozialmedizinischen Beurteilung eine gute Unterstützung der Behandler in der medizinischen Rehabilitation sein. Sie sollte in den Einrichtungen verteilt werden und verfügbar sein. Eine Weiterentwicklung in Form von inhaltlichen Updates und einer Online-Version könnte in Folgeprojekten geleistet werden.



Deutsche
Rentenversicherung

Westfalen