



**VFR**

# Forschungsbericht

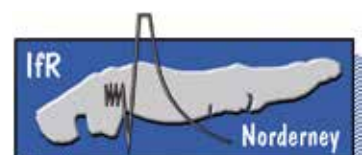
## Ausgabe 2018

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

### **Fotografie:**

Bildarchiv Deutsche Rentenversicherung Westfalen

# **Forschungs- bericht**

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

## Inhaltsverzeichnis

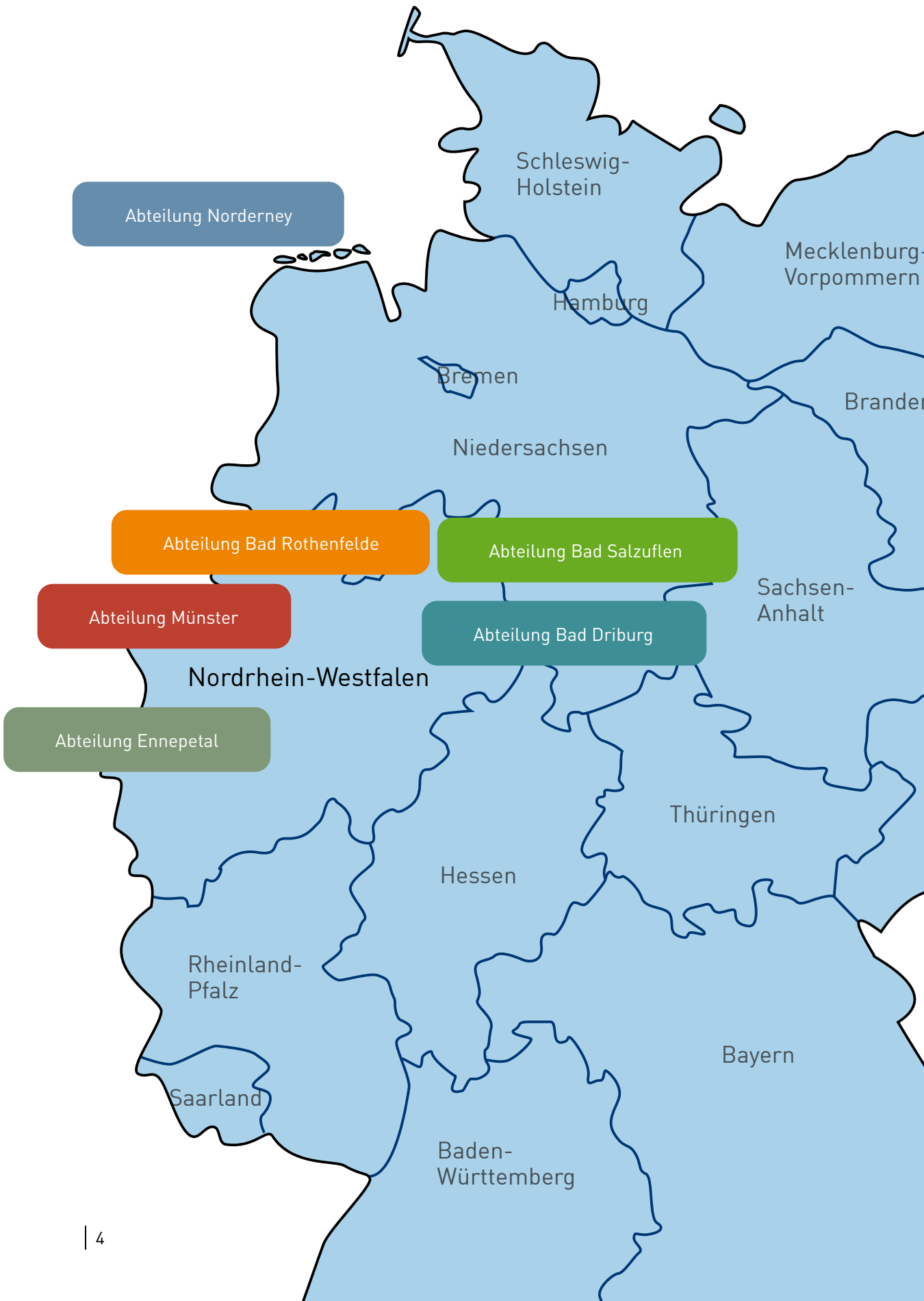
<b>Vorwort</b>	6
<b>Abteilung Bad Driburg</b>	
- 30 Jahre Institut für Rehabilitationsforschung-Driburg	10
- Konzeption, Implementierung und Machbarkeit einer Studie zur Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform (Website) für verschiedene medizinische Indikationen – zunächst für Patienten mit Adipositas und/oder Diabetes mellitus Typ 2 – RoReNa 1	12
- Rosenberg Reha-Nachsorge (RoReNa2): Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform für adipöse PatientInnen	14
<b>Abteilung Bad Rothenfelde</b>	
- 25 Jahre Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland	18
- Projekt Pro MBOR – Formative Prozessevaluation der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im MBOR Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde	22
- Projekt FIBRO-PROFI: Versorgung von Rehabilitanden mit Fibromyalgie in der stationären Rehabilitation: Diagnostische Zugänge, Rehabilitationskonzepte und sozialmedizinische Verläufe	24
- NeHOR: Netzwerk Hausärzte/Orthopäden – Rehabilitation	26
- Projekt PREZO – Partizipative Reha-Ziele Online: Reha-Ziel-Bearbeitung bei Reha-Vorbereitung, Reha-Aufenthalt und Reha-Nachsorge	28
<b>Abteilung Bad Salzuflen</b>	
- 12 Jahre Rehabilitationsforschung an der Salzetalklinik	32
- FaM – Fatigue Management in der onkologischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation strukturierter Schulungs- und Nachsorgemodule zur Bewältigung der tumorassoziierten Fatigue	36
- Berufliche Reintegration aus der Perspektive der Patienten – Mehrfallstudie zur Charakterisierung der Schnittstellen und Rollen der Akteure im Übergang von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung (RePaRo)	38
- EmoR – Entlassungsmanagement in der onkologischen Rehabilitation: Analyse der Nachsorgeplanung und der schnittstellenübergreifenden Versorgungspfade onkologischer Rehabilitanden	40

**Abteilung Ennepetal**

- Rehabilitationsforschung an der Klinik Königsfeld 44
- GERKO – Evaluation der (Ganzkörper-) Elektromyostimulation ((WB-) EMS) im Rahmen der stationären Rehabilitation kardiologischer und orthopädischer Patienten mittels randomisiert-kontrollierter Studie 48

**Abteilung Münster**

- 20 Jahre Rehabilitationsforschung der Abteilung Münster 52
- Optimierung der Verfügbarkeit und Verwendung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Arbeitsplatzkenntnissen in der medizinischen Rehabilitation (*OpAA*) 56
- SOLEB – Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung einer Handlungshilfe für die Praxis 58
- Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work? (ZEMI) 60



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

### Vorstand:

Professor Dr. Bernhard Greitemann, 1. Vorsitzender  
Werner Eppert, stellv. Vorsitzender  
Dr. Birgit Leibbrand, stellv. Vorsitzende  
Prof. Dr. Marthin Karoff  
Dr. Harald Fischer

### Geschäftsführer:

Franz-Josef Muhmann

## Institut für Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

### Leiter des Instituts:

Professor Dr. Bernhard Greitemann, Klinik Münsterland

### Abteilungen des IfR:

#### Abteilung Bad Driburg

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

#### Abteilung Ennepetal

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

#### Abteilung Bad Rothenfelde

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

#### Abteilung Münster

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

#### Abteilung Bad Salzuflen

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

#### Abteilung Norderney

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

## 30 Jahre Rehabilitationsforschung am Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung – eine Bestandsaufnahme

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vor 30 Jahren gründete die damalige Landesversicherungsanstalt (LVA) Westfalen an der Klinik Norderney den Verein zur Förderung der internistisch-pneumonologisch-allergologischen Rehabilitationsforschung e. V., den heutigen VFR. Zum damaligen Zeitpunkt waren die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Art der Durchführung, den Wirkungsgrad und die Verbesserungsmöglichkeiten von Rehabilitationsmaßnahmen sehr begrenzt. Rehabilitationsforschung war an den Universitäten nur rudimentär oder gar nicht implementiert. Auf Anregung des damaligen Leiters der Klinik Norderney, Herrn Prof. Dr. Jürgen Fischer, haben Vorstand und Vertreterversammlung der Landesversicherungsanstalt Westfalen zusammen mit der Geschäftsführung modellhaft dieses, damals noch kleine Institut gegründet, um gezielt Rehabilitationspraxis weiterentwickeln und wissenschaftlich deren Wert und Bedeutung nachweisen zu können. Zum damaligen Zeitpunkt hat die Rehakommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger im Abschlussbericht der Kommission darauf hingewiesen, dass die derzeitige Rehabilitationsforschung sowohl von Forschungsdefiziten wie auch von mangelnder Transparenz gekennzeichnet war. Zielsetzung des Institutes war es daher von Anbeginn praxisorientierte, kliniknahe Rehabilitationsforschung an einer rentenversicherungseigenen Klinik durchzuführen, die Umsetzung von Forschungsergebnissen in enger Kooperation mit dem Träger der damaligen LVA Westfalen zu erproben, um dadurch das Rehabilitationsangebot zu verbessern.

Die Schwerpunkte der Rehabilitationsforschung wurden damals wie folgt formuliert:

- Weiterentwicklung effizienter integrierter Rehabilitationskonzepte durch sinnvolle Einbindung aller am Rehabilitationsgeschehen beteiligter Berufsgruppen.
- Ermittlung der funktionellen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen bei chronischen Erkrankungen.
- Ermittlung von Kriterien zur Rehabilitationsbedürftigkeit.
- Weiterentwicklung einer aussagekräftigen Diagnostik im Zusammenhang mit der Rehabilitation.
- Weiterentwicklung der Konzepte zur Gesundheitsbildung.
- Ermittlung des Einflusses der Rehabilitation auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.
- Erarbeitung qualifiziert begründeter, objektiver Kriterien zur sozialmedizinischen Begutachtung.
- Überprüfung der Gültigkeit der Konzepte zur Primärprävention.



- Ermittlung der Ursachen und Entstehungszusammenhänge chronischer Erkrankungen sowie deren Verläufe.
- Interventionsforschung.
- Entwicklung fundierter Konzepte zur Weiterbildung von Ärzten, nicht ärztlichen akademischen Berufsgruppen sowie Assistenzpersonal auf dem Gebiet der Rehabilitationswissenschaften.

Liest man sich die damals festgeschriebenen Schwerpunkte der Rehabilitationsforschung einmal genau durch, so haben sie an Aktualität auch heute nichts verloren. Das 1988 gegründete Institut wurde in den Folgejahren unterstützt durch verschiedene andere Rentenversicherungsträger, so die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd und das Niedersächsische Staatsbad Norderney. Im weiteren Verlauf wurden dann an den anderen eigenen Kliniken der damaligen LVA Westfalen (Bad Driburg, Bad Rothenfelde, Bad Salzufen, Ennepetal, später auch an der Abteilung Sozialmedizin der Hauptverwaltung) weitere Abteilungen gegründet. Auf Veranlassung des Bundesrechnungshofes wurde im Jahre 1996 die Struktur des Vereins geändert. Der VFR ist nun ein selbständiger eingetragener Verein, die Chefärzte und Abteilungsleiter der Institute sind die maßgeblichen Protagonisten im Verein selbst. Die Arbeit des VFR und der Forschungsmitarbeiter kann als ausgesprochen erfolgreich und effizient bezeichnet werden. Viele Ergebnisse flossen direkt in die Versorgung ein. Zahlreiche Auszeichnungen und Preise unterstreichen die wissenschaftliche Akzeptanz der Forschung des IfR, etliche Forscher konnten an Universitäten im Rahmen der Kooperationen promovieren oder sogar habilitieren.

Im Rahmen dieses Jubiläumsjahresbandes haben wir es uns zur Aufgabe gestellt, neben der bereits üblichen Darstellung der derzeitigen Forschungsaktivitäten, auch für jede Abteilung einen kleinen Rückblick zu machen mit Darstellung so genannter Leuchtturm-Projekte der Abteilungen. An diesen soll insbesondere auch der Punkt der Umsetzung von Forschungsergebnissen dargestellt werden. Forschung kann nur dann etwas bewirken, wenn sie letztendlich auch in der Praxis akzeptiert und angewandt wird. Hierzu bietet sich eben speziell eine sehr praxisnahe, Klinik-angebundene Forschung an. Wir sind der Überzeugung, dass dies mit dem VFR in 30 Jahren Forschung musterhaft gelungen ist. Vorstand des Vereins und die Geschäftsführung wünschen viel Spaß beim Lesen.



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





## **Abteilung Bad Driburg**

Klinik Rosenberg  
Hinter dem Rosenberge 1  
33014 Bad Driburg

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

## 30 Jahre Institut für Rehabilitationsforschung-Driburg

### Mitarbeiter der Abteilung:

Leitung: Dr. Harald Fischer  
Mitarbeiter: Dr. Bénédicte Jolivet, Anne Schäfer, Maria Pauli,  
Karin Barwich

### Nachschulung

Seit den 90er Jahren beschäftigt sich die Abteilung in Bad Driburg schwerpunktmäßig mit der Verbesserung der Nachhaltigkeit der Reha bei Stoffwechselkrankheiten, insbesondere bei Diabetes und Übergewicht. In einem ersten Projekt wurde die Wirksamkeit einer „Booster-Schulung“ (s. g. Nachschulung) von 14 Tagen 12 Monate nach dem Grund-Heilverfahren bei Patienten mit Diabetes getestet. Hauptergebnis war eine Verringerung der Risikofaktoren (Übergewicht, Hypercholesterinämie und erhöhter Blutdruck) bei den nachgeschulten Patienten. Über 2 Jahre sinkt der Anteil berufsfähiger Patienten in der Therapiegruppe um 13 % und in der Kontrollgruppe um 22 %, Frührentner werden in der Therapiegruppe 9 %, in der Kontrollgruppe 19 % (alles gemessen nach 2 Jahren). Es folgte die Evaluierung eines ähnlichen Verfahrens bei Patienten mit Adipositas. Eine relevante Gewichtsabnahme von 5 % lag bei etwa 24 % aller Rehabilitanden nach 2 Jahren vor. Es ließ sich weiter signifikant auf etwa 34 % Erfolgsrate steigern, wenn ein entsprechendes Nachschulungsverfahren nach einem Jahr angeboten wurde. Dieses Nachschulungsverfahren bei Diabetes und/oder Adipositas wird seit über 20 Jahren in der Klinik Rosenberg erfolgreich durchgeführt und wird von ca. 150 bis 200 Patienten pro Jahr in Anspruch genommen.

### Adipositas

Des Weiteren führten wir eine 10-Jahres-Katamnese bei Patienten mit Adipositas durch. Im Vergleich zu einer gematchten Stichprobe der Rentenversicherung mit Versicherten ohne Adipositas konnten wir Informationen zur Häufigkeit von EU-Renten und zur Mortalität von Patienten mit Adipositas im 10-Jahres-Verlauf gewinnen. Hierbei zeigte sich, dass im Vergleich zu nicht adipösen DRV-Versicherten unsere ehemaligen Patienten mit Adipositas nach 10 Jahren mehr als doppelt so häufig verstorben (6,9 % vs. 3 %) und mehr als doppelt so häufig Bezieher einer EU-Rente sind (6,9 vs. 2,5 %). Die besten Langzeiterfolge mit einer dauerhaften Gewichtsreduktion erzielten weibliche Versicherte ohne feste Partnerschaft bei Erst-Reha-Verfahren, die schlechteste Prognose bezüglich Mortalität hatten Adipöse mit zusätzlichen Hinweisen für Gefäß- bzw. Alkoholproblemen.

### Psychodiabetologie

Psychische Belastungen bei Diabetes mellitus erhöhen das Risiko der Frühberentung deutlich. In einem dreistufigen Prozess wurde für diese Patienten ein neuartiges Konzept entwickelt. Die erste Studie zeigte, dass das Inte-

resse an psychologischer Betreuung bei unseren Reha-Patienten mit Diabetes hoch ist, 4 von 5 Patienten nehmen ein solches Angebot wahr. Ein Vorteil vor allem im Vergleich zum „Standard-Reha-Programm“ zeigte sich nach einem Jahr bei psychisch besonders belasteten Patienten: Sowohl die Diabeteseinstellung (gemessen am HbA1c) als auch das psychische Wohlbefinden haben sich 12 Monate nach Intervention deutlich gebessert. Die Zufriedenheit der Patienten war außerordentlich hoch. Es folgte die Evaluation in einer randomisierten Studie bei Patienten mit Diabetes und hohen psychischen Belastungen. Die Ergebnisse zeigten, wie sinnvoll und notwendig ein spezielles Konzept für diese Patientengruppe ist. Sechs Monate nach der Teilnahme am neuen Konzept waren positive Effekte auf die depressive Symptomatik und das Wohlbefinden nachzuweisen. Die Resonanz auch bei potentiellen Zuweisern ist ausgesprochen positiv, da hier eine Versorgungslücke im Grenzbereich zwischen Somatischer Medizin und Psychosomatik geschlossen wird.

### **Reha-Nachsorge bei Mangelernährung**

Aufgrund der Indikation Gastroenterologie und Onkologie finden sich in der Klinik Rosenberg neben vielen morbid Adipösen auch ausgesprochen viele mangelernährte Patienten, ca. 400 Patienten pro Jahr. Eine prospektive randomisierte Studie untersuchte den Effekt auf eine telefonische Reha-Nachsorge bei mangelernährten Patienten mit Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Sowohl in der Kontroll- als auch der Interventionsgruppe waren die Effekte auf Gewicht und Ernährungszustand während der Reha erfreulich, in der Nachbetreuungsphase ergab sich bei den telefonisch weiter betreuten Patienten eine bessere Umsetzung des empfohlenen Ernährungsverhaltens, aber keinen Einfluss auf die Entwicklung des Ernährungszustandes nach der Reha. Dies lässt sich einerseits aus dem wahrscheinlich schon recht guten ernährungsmedizinischen Betreuungsangebot während der Reha erklären, andererseits ist auch der natürliche Krankheitsverlauf (Rezidive, notwendige Chemotherapie) durch die Nachsorge nicht beeinflussbar.

Als positives Ergebnis dieser Studie hat sich ein noch besseres Screening der Patienten auf Mangelernährung in der Initialphase der Reha ergeben. Teils natürlich auch durch Verschiebung im Patientenspektrum, teils als Folge dieser Studie werden nun etwa 400 bis 500 Patienten pro Jahr bezüglich Mangelernährung betreut, vorher etwa 250 pro Jahr.

**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 – RoReNa 1**

**Beteiligte:**

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 z. T. 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 wurde 3 Monate online nachbetreut. Nach 3 Monaten wurden beide Gruppen über ihr Körpergewicht und ihre Zielerreichung mittels Fragebogen postalisch befragt.

**Ergebnisse:**

Von den 106 befragten Patienten sind 84 % mindestens 1 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 wünsch-

ten 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. Während der ersten Testphase haben sich 24 (73 %) Patienten von zuhause aus auf der Website eingeloggt. Die Intensität der Nutzung variierte sehr stark. Der Rücklauf der verschickten Fragebögen betrug 73 %. 22 von 24 beurteilten die Website insgesamt als sehr hilfreich oder hilfreich. Am besten wurde das Führen der Gewichtskurve beurteilt. Für die zweite Testphase (KG und IG) wurden 117 (IG: 59; KG:58) Patienten eingeschlossen. Die Online-Nachbetreuung der IG dauerte 3 Monate. 43 (73 %) Teilnehmer haben die Seite genutzt. Im Durchschnitt haben die Patienten innerhalb der 3 Monate 12x ihr Gewicht eingegeben und 25 Bewegungseinheiten eingetragen. Der Rücklauf des Fragebogens nach 3 Monaten betrug 92 (79 %). Eine Gewichtsreduktion von 10 % im Vergleich zum Aufnahmegewicht erreichten die Patienten der IG doppelt so häufig wie die der KG (40 % vs 20 %).

#### **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 wurde die Website optimiert. In einer zweiten Testphase wurde die Website auf Akzeptanz, Adhärenz und Wirksamkeit anhand Kontroll- und Interventionsgruppe getestet. 40 % waren an der Studienteilnahme interessiert, ca. 75 % nutzten die Seite. Ein positiver Effekt der Intervention zeigte sich beim Gewichtsverlauf.

#### **Umsetzungsempfehlung:**

Im Anschluss an diese Pilotstudie wird zurzeit eine Evaluationsstudie durchgeführt. 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.

**Titel des Projektes:**

## **Rosenberg Reha-Nachsorge (RoReNa2): Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform für adipöse PatientInnen**

**Beteiligte:**

Projektleitung: Dr. Harald Fischer

Projektmitarbeiter: Dr. Bénédicte Jolivet, Rosemarie Hillebrand,  
Maria Pauli, Karin Barwich

**Laufzeit:**

1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2019

**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 z. T. positive Auswirkungen auf den langfristigen Erfolg zeigten.

Im Rahmen einer Pilotstudie (Projekt 313) wurde die internetbasierte Reha-Nachbetreuungs-Plattform „RoReNa“ (<https://rorena-rosenberg.de/>) für adipöse PatientInnen mit oder ohne Diabetes Typ 2 konzipiert und implementiert. Diese soll in der vorliegenden Studie evaluiert werden.

Außerdem soll die Website in einem Teilprojekt erweitert werden, sodass sie von einer größeren Patientengruppe genutzt werden kann. Zusätzlich zu der bisherigen Zielgruppe sollen durch die Erweiterung auch orthopädische PatientInnen mit Nebendiagnose Adipositas davon profitieren können.

**Methodisches Vorgehen:**

In dem Teilprojekt wird eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse in Form einer Literaturrecherche und Interviews durchgeführt. Entsprechend der Ergebnisse werden anschließend neue Inhalte auf der Website eingefügt.

Bei dem Hauptprojekt handelt es sich um eine prospektive und randomisiert kontrollierte Studie. Die StudienteilnehmerInnen werden in vier Reha-Kliniken in Bad Driburg rekrutiert: Klinik Rosenberg, Klinik Berlin, Marcus-Klinik und Caspar-Heinrich-Klinik.

Mit allen StudienteilnehmerInnen werden bei Reha-Ende persönliche konkrete Ziele für die folgenden zwölf Monate vereinbart und schriftlich fixiert. Zudem erhalten alle TeilnehmerInnen eine Internet-Schulung: Die Kontrollgruppe (A) lernt, wie sie im Internet seriöse Homepages finden kann. Die Interventionsgruppe (B) wird in die passwortgeschützte Reha-Nachsorge-Plattform „RoReNa“ eingeführt und erhält eine einjährige internetbasierte Reha-Nachbetreuung.



Die Datenerhebung erfolgt bei Reha-Beginn, bei Reha-Ende sowie sechs und zwölf Monate nach Reha-Ende postalisch. Hauptzielgröße ist das Körpergewicht. Als Nebenzielgrößen werden der BMI, die Zielerreichung mittels Fragebogen, Lebensqualität (SF12), HbA1c (bei Patienten mit Diabetes) und sozialmedizinische Parameter (Berufsstatus, AU-Zeiten) erhoben, sowie der Zeitaufwand für die Betreuung.

### **Ergebnisse:**

*Teilprojekt:* Die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse ergab, dass die Inhalte der RoReNa-Website auch für die meisten orthopädischen PatientInnen passend sind. Da einige der Sportübungen für manche Patienten kontraindiziert wären, entscheiden die zuständigen Ärzte welche Patienten an der Studie teilnehmen können. Weitere Sportübungen werden zurzeit auf der Website eingepflegt. Außerdem können die Patienten neben ihrem Körpergewicht, ihrem Bauchumfang und ihrer körperlichen Aktivität nun auch täglich ihre Schritte eingeben.

*Hauptprojekt:* Die Rekrutierung läuft nun zusätzlich zur Klinik Rosenberg auch in den drei Kooperationskliniken. Bisher nehmen 277 PatientInnen an der Studie teil, 141 in Gruppe A und 136 in Gruppe B. Die ProbandInnen weisen folgende Hauptdiagnosen auf: 182 Adipositas, 64 Diabetes Typ 2 und 31 orthopädische Diagnosen.

Die Befragung nach sechs Monaten hat bisher bei 161 stattgefunden, davon sind 128 (80 %) Fragebögen zurückgekommen. 93 haben bereits den Fragebogen nach zwölf Monaten bekommen, davon haben ihn 69 (74 %) zurückgeschickt und damit die Studie beendet.

### **Zusammenfassung:**

Die internetbasierte Reha-Nachbetreuungs-Plattform „RoReNa“ ist erweitert worden und wird nun auch von orthopädischen PatientInnen mit Adipositas genutzt. In einer randomisiert kontrollierten Studie wird zurzeit geprüft, ob eine einjährige Reha-Nachbetreuung über die Website dazu führt, dass die PatientInnen ihr Körpergewicht langfristig besser reduzieren und ihre Ziele besser erreichen.

### **Umsetzungsempfehlung:**

Sollte sich ein Effekt der Online-Nachsorge bestätigen, stünde ein spezifisches Instrument zur Verbesserung der Nachhaltigkeit der Reha für PatientInnen mit Adipositas mit oder ohne Diabetes Typ 2 sowie für orthopädische PatientInnen mit Adipositas zur Verfügung.





## Abteilung Bad Rothenfelde

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

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

## 25 Jahre Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland

Seit Inbetriebnahme der Klinik Münsterland wird an dieser Abteilung des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney konsequente Rehabilitationsforschung mit Umsetzungsaspekten betrieben. In Kürze werden die Projekte der Abteilung beschrieben, die in die Versorgungsroutine übernommen wurden. Alle Projekte und Produkte (Broschüren, Manuale und Webseiten) der Abteilung Bad Rothenfelde (seit 2001) sind auf der Website unter dem folgenden Link zu finden:

IfR Bad Rothenfelde: Forschung an der Klinik

[https://muensterland.deutsche-rentenversicherung-reha-zentren.de/Muensterland/de/Navigation/Meine\\_Klinik/Forschung%20an%20der%20Klinik%20Muensterland/Forschung\\_an\\_der\\_Klinik\\_node.html](https://muensterland.deutsche-rentenversicherung-reha-zentren.de/Muensterland/de/Navigation/Meine_Klinik/Forschung%20an%20der%20Klinik%20Muensterland/Forschung_an_der_Klinik_node.html)

### Rehabilitation des chronischen Rückenschmerzes

Der Erfolg orthopädischer Rehabilitationsmaßnahmen beim chronischen Rückenschmerz wurde aufgrund einer mangelnden Datenlage über die Ergebnisse in der rehabilitationswissenschaftlichen Szene sehr kritisch diskutiert. Die Klinik Münsterland führte zu diesem Thema eine erste pseudorandomisierte Studie zur Effektivität eines multimodalen interdisziplinären Behandlungsprogramms bei chronischem Rückenschmerz durch (**IOPKO-Studie<sup>1</sup>**). In Kooperation mit der Universität Bielefeld wurde ein Behandlungsprogramm erarbeitet, bei dem sich somatische und psychologische Therapiebausteine gegenseitig ergänzen und aufeinander aufbauen. Im Rahmen der Studie konnte erstmals auch ein halbes Jahr nach Beendigung der Rehabilitation eine Überlegenheit der Interventionsgruppe hinsichtlich des Reha-Erfolges nachgewiesen werden. Diese Studie führte zu einer erheblichen Änderung der Rehabilitationsprogramme in vielen Rehabilitationseinrichtungen. Dies erfolgte insbesondere dadurch, dass im Rahmen einer weiteren Studie (**RUM-Studie<sup>2</sup>**) die Umsetzbarkeit eines derartigen Programms auch auf andere Behandlungseinrichtungen, inklusive der gewünschten therapeutischen Erfolge, nachgewiesen werden konnte. Das hier erarbeitete Behandlungsprogramm wurde daher auch in die Datenbank des Würzburger Zentrums für Patientenschulungen aufgenommen. Im Rahmen einer Übersicht von Morfeld et al. (2010) wurde das IopKo-Programm als eines der effektivsten Rehabilitations-Programme bei chronischem Rückenschmerz dargestellt.

Im weiteren Verlauf wurden Projekte mit einem Fokus auf die berufliche Reintegration und mit (neben den medizinischen) beruflich-orientierten rehabilitativen Inhalten durchgeführt. Die Klinik Münsterland ist Schwer-

<sup>1</sup> Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Konzept der Klinik Münsterland – Weiterentwicklung und Evaluation  
<sup>2</sup> Rückenfit-Umsetzung

punktzentrum für medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR), die in Modellprojekten sowohl Basisangebote der MBOR als auch erweiterte Maßnahmen (MBOR B und MBOR C) erstmals eingeführt und wissenschaftlich begleitet hat.

Anlässlich der Eröffnung des Zentrums für medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR) 2014 in Bad Rothenfelde wurde die Umsetzung von MBOR-B-Maßnahmen in drei kooperierenden Einrichtungen im Rahmen der Studie **ProMBOR**<sup>3</sup> formativ evaluiert. Anhand von Interviews, Mitarbeiterbefragungen sowie klinikinternen und klinikübergreifenden Fokusgruppen wurden Optimierungspotentiale identifiziert, fundierte Problem-Analysen erstellt und praxisnahe Lösungen entwickelt, die anschließend umgesetzt wurden. Im Abschlussbericht werden Empfehlungen sowohl für die Umsetzung von MBOR-B-Maßnahmen als auch für die Kooperation von Einrichtungen formuliert. Die im Projekt Pro MBOR durchgeführten Maßnahmen haben zu faktischen Verbesserungen der Abläufe, zu größerer Zufriedenheit der Mitarbeiter und zur Entwicklung neuer Interventionskonzepte und Kooperationsmodelle geführt.

### **Kommunikation, Rehabilitationsziele, Information der Rehabilitanden**

Die Kommunikation mit Rehabilitanden und die partizipative Vereinbarung von Reha-Zielen bilden weitere Forschungsschwerpunkte.

Im Rahmen der Projekte P.A.INT<sup>4</sup> und OPTIPAR<sup>5</sup> wurden Trainingskonzepte für Ärzte und Pflegekräfte entwickelt, die speziell an die Erfordernisse der stationären Rehabilitation angepasst sind. Durch ein zweitägiges Kommunikationstraining konnte die durch die Patienten bewertete Qualität der Arzt-Patient-Interaktion signifikant verbessert werden. Außerdem konnte in beiden Projekten gezeigt werden, dass die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion in den untersuchten Reha-Einrichtungen in positivem Zusammenhang mit Behandlungsergebnissen steht: Je besser die Qualität, desto größer fällt der Reha-Erfolg auch mittelfristig aus.

In den Projekten „Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation“ (**PARZIVAR I und II**) wurde in Kooperation mit der SEVERA (vormals AQMS) am Universitätsklinikum Freiburg (Dr. Manuela Glattacker) eine Intervention zur partizipativen Vereinbarung und Weiterentwicklung teilhabeorientierter Reha-Ziele entwickelt und Behandler darin trainiert, mit Rehabilitanden Reha-Ziele gemeinsam zu erarbeiten und im Verlauf der Rehabilitation weiterzuentwickeln. Die Rehabilitanden der Studiengruppe, vor allem der 2. PARZIVAR-Studie, bewerteten die Qualitätsaspekte der partizipativen Zielvereinbarung (Beteiligung an der Erarbeitung der Ziele, die persönliche Bedeutung und die Weiterverfolgung der Ziele im Laufe der Rehabilitation) häufiger als gegeben als die Rehabilitanden der Kontrollgruppe. Auch zeigten sich überlegene Effekte der PARZIVAR-Intervention auf die Qualität der Kommunikation zwischen Behandler und Patient sowie auf Lebensqualität

<sup>3</sup> Formative Prozessevaluation der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im MBOR Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde

<sup>4</sup> Patient-Arzt-Interaktion in der stationären medizinischen Rehabilitation

<sup>5</sup> Optimierung pflegerischer Patientenkontakte

und Schmerzverarbeitung. Ebenfalls in Kooperation mit der SEVERA (vormals AQMS; Frau Dr. Glattacker u. a.), finanziert und begleitet durch die DRV Bund, wurden im Rahmen des Projektes „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung (HAZI)“ Praxisbeispiele und Handlungshilfen entwickelt und gesammelt, die Rehabilitationskliniken und das ärztliche, pflegerische und therapeutische Team in der konkreten Umsetzung von guter Reha-Zielarbeit unterstützen können. Das Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung ist seit 2015 online verfügbar unter: <https://www.reha-ziele.de/> und wird von der Abteilung Bad Rothenfelde regelmäßig aktualisiert.

Rehabilitanden erwarten häufig noch eine „Kur und Erholungsmaßnahme“, wenn sie in die Rehabilitation kommen. Wenn sie stattdessen intensive Trainingsprogramme absolvieren müssen, kann dies zu Unzufriedenheit, geringer Compliance und Spannungen führen.

Das Projekt **RE.IN**<sup>6</sup> zielte daher auf eine angemessene Reha-Vorbereitung: Für verschiedene Diagnosegruppen (Arthrose, Endoprothesenimplantationen, chronischer Rückenschmerz, Amputationen) wurden spezifische Informationsbroschüren entwickelt, durch die die Patienten in leicht verständlicher Form auf den Ablauf der Reha, auf Schwerpunkte der Therapien, auf erforderliche Vor- und Nachbereitungen seitens der Patienten eingestimmt wurden. Die diagnosegruppen-spezifischen Informationsbroschüren haben bei den Patienten eine hohe positive Akzeptanz erfahren. Kliniken der DRV Westfalen-Gruppe haben sich bei der Erstellung eigener Patienteninformationsbroschüren an den Broschüren aus dem Projekt RE.IN orientiert.

### Prävention, Nachsorge

Im Bereich der Prävention entwickelte die Klinik Münsterland im Rahmen eines Forschungsprogramms unter Federführung der Deutschen Rentenversicherungen Bund, Westfalen und Baden-Württemberg das berufs begleitende Präventionsprogramm „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern“ (**BETSI**), welches in mehreren Einrichtungen in Deutschland zunächst erprobt sowie mit guten Ergebnissen evaluiert wurde und nunmehr als Routine-Angebot der DRV im Bereich der Prävention verstetigt wurde. Insbesondere verbesserte sich durch das BETSI-Programm die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (die Überzeugung der Patienten, bis zum Rentenalter im Arbeitsprozess zu verbleiben). Diese hat sich als valider Prädiktor des Verbleibs bzw. der Reintegration in den Beruf erwiesen (Mittag & Raspe, 2003).

Das BETSI-Programm wird seit 2009 regelmäßig in der Klinik Münsterland durchgeführt, mehrheitlich mit Betriebsangehörigen regionaler Betriebe, die das Programm gerne nutzen.

In dem Projekt **TENOR**<sup>7</sup> wurde ein modulares Konzept für telefonische Nachsorgegespräche bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz und medizinisch-beruflichem Reha-Bedarf entwickelt und erprobt. Die rando-

<sup>6</sup> RE.IN: Verbesserung der Vorbereitung von orthopädischen Rehabilitanden auf die Rehabilitation durch diagnosegruppenspezifische Information im Vorfeld

<sup>7</sup> Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation: Evaluation eines Care-Management-Konzepts durch Sozialberater für MBOR-Patienten

misiert-kontrollierte Evaluationsstudie konnte zeigen, dass eine strukturierte telefonische Nachsorge, bei der die Rehabilitanden an gemeinsam vereinbarte Ziele erinnert wurden, den langfristigen Rehabilitationsverlauf stabilisieren konnte.

### Sonstige Forschungsprojekte

Die Akzeptanz der Rehabilitation im Bereich der Haus- und Fachärzte steht immer wieder in der Diskussion. Dies war Grund für eine Studie (Projekt **NEHOR**<sup>8</sup>), bei der die Haus- und orthopädischen Fachärzte in Westfalen-Lippe zur Akzeptanz, zur Effektivität der Rehabilitation, zu Kenntnissen der Rehabilitationsangebote (Prävention, Nachsorge, etc.) befragt wurden. Aus diesem (noch laufenden) Projekt haben sich Ansatzpunkte zur Verbesserung der Nahtstellen zwischen Akutmedizin, Rehabilitation und Nachsorge, aber auch zu den Verwaltungsorganen der DRV ergeben.

Das Projekt **PRO-FI**<sup>9</sup> widmet sich einem problematischen Krankheitsbild, das erhebliche Unsicherheit bei Kostenträgern, Verwaltungsorganen und Behandlern verursacht, der Fibromyalgie. Aus diesem Projekt entsteht ein Manual, das Rehabilitationskliniken, aber auch Verwaltungseinrichtungen eine strukturierte Annäherung an dieses Krankheitsbild ermöglicht und somit einen Weg eröffnet, eine möglichst effektive Therapie bei diesen schwer betroffenen Patienten einzuleiten.

In einer weiteren Studie hat sich die Klinik Münsterland im Rahmen einer internationalen multizentrischen Studie unter Federführung der Universität Maastricht in den Niederlanden mit dem Thema „Phantomschmerz“ nach Gliedmaßenverlusten beschäftigt. Es konnte die hohe Effektivität der Phantomschmerzbehandlung mittels der Spiegeltherapie durch Physiotherapeuten nachgewiesen werden. Aus diesen Forschungsergebnissen heraus wurde eine App entwickelt, die es Patienten, die eine Spiegeltherapie in Kliniken erhalten haben, ermöglicht, diese eigenständig zu Hause fortzuführen.

Die Forschung an der Klinik Münsterland hatte von Beginn an einen hohen Stellenwert. Im Rahmen zahlreicher Forschungsprojekte haben wir zahlreiche Verbesserungen der Rehabilitation in der Klinik selbst, aber auch deutschlandweit einführen können.

### Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Institutsleiter

### Literatur:

Kann bei der Projektleitung erfragt werden.

<sup>8</sup> Netzwerk Hausärzte / Orthopäden - Rehabilitation

<sup>9</sup> Versorgung von Rehabilitanden mit Fibromyalgie in der stationären Rehabilitation: Diagnostische Zugänge, Rehabilitationskonzepte und sozialmedizinische Verläufe

**Titel des Projektes:**

## **Projekt Pro MBOR – Formative Prozessevaluation der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im MBOR Kompetenzzentrum Bad Rothenfelde**

**Beteiligte:**

Projektmitarbeiter: Susanne Dibbelt, Bernhard Greitemann, Edith Wulfert, Danilo Postin; IfR Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland, Jochen Bauer, Tarig Sharief; Parkklinik; Median-Kliniken, Hans-Christian Purucker, Rudolf Schulte; Klinik Teutoburger Wald, DRV Braunschweig-Hannover

**Kooperierende Einrichtungen:**

Reha-Klinikum Bad Rothenfelde (Klinik Münsterland und Klinik Teutoburger Wald); Parkklinik Bad Rothenfelde, Median-Kliniken; MBOR Kompetenzzentrum

**Laufzeit:**

1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Das Zentrum für medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR), das im September 2014 in Bad Rothenfelde eröffnet wurde, hält auf einer Fläche von über 2.000 Quadratmetern eine Vielzahl simulierter Arbeitsplätze vor, darunter Werkstätten, Büros, eine Autowerkstatt, eine Pflegestation sowie ein komplettes Haus im Rohbau, an dem Maurer- und Dachdeckerarbeiten trainiert werden können. Ein nach neuesten Erkenntnissen ausgestatteter Workpark erlaubt eine differenzierte Diagnostik sowie das Training spezifischer Bewegungen. Das Kompetenzzentrum wird von drei Reha-Einrichtungen in Kooperation betrieben, wobei derzeit jede Klinik die eigenen Rehabilitanden in bestimmten Zeitfenstern versorgt. Ziel des Projektes Pro MBOR war es, die Abläufe und die Qualität der Maßnahmen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) in drei Rehabilitationseinrichtungen und in dem Kompetenzzentrum für arbeitsplatzbezogenes Training formativ zu evaluieren.

**Methodisches Vorgehen:**

Anhand von Interviews, Mitarbeiterbefragungen sowie klinikinternen und klinikübergreifenden Fokusgruppen wurden Optimierungspotentiale identifiziert.

**Ergebnisse:**

### **Klinikinterne Fokusgruppen**

In den klinikinternen Fokusgruppen wurden Ein- und Ausschlusskriterien



für das Arbeitsplatztraining präzisiert, Einführungsvorträge und Flyer zur Patienteninformation erstellt und 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: (1) ein Training für LKW-Fahrer, (2) ein Training für Büroarbeitsplätze, (3) ein interdisziplinärer Vortrag „Chronischer Schmerz“ sowie (4) ein psychologisches Training zur Konflikt- und Stressbewältigung.

### **Schriftliche Befragung der Mitarbeiter**

Zur Evaluation der Fokusgruppenarbeit und der daraus folgenden Maßnahmen wurden die Mitarbeiter aus den Berufsgruppen der Bewegungstherapeuten, Ärzte, Psychologen, Sozialdienst vor und nach der Fokusgruppenarbeit (Insgesamt N= 79/52) zur ihrer Einschätzung der Abläufe im MBOR Zentrum und der Klinikkooperation befragt. In der zweiten Befragung zeigten sich die Mitarbeiter signifikant zufriedener mit den Abläufen und den Qualitätsaspekten der MBOR.

#### **Zusammenfassung:**

Die im Projekt Pro MBOR durchgeführten Maßnahmen zur Prozessevaluation haben zu faktischen Verbesserungen der Abläufe, zu größerer Zufriedenheit der Mitarbeiter und zur Entwicklung neuer Interventionskonzepte und Kooperationsmodelle geführt. Dabei wurden Synergiepotentiale, aber auch Barrieren deutlich. Insgesamt hat sich der intensivierete Austausch zwischen den Kooperationspartnern als förderlich erwiesen und weitere Kooperationsbereiche erschlossen. Seit 2017 werden von den beteiligten Einrichtungen auch Maßnahmen zu MBOR Stufe C angeboten (Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven für Patienten, die an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz nicht mehr arbeiten können).

#### **Umsetzungsempfehlung:**

Die beteiligten Einrichtungen sollten die Fokusgruppenarbeit (im Sinne eines Qualitätszirkels) fortsetzen und die notwendigen Klärungen zur Umsetzung der Kooperation (u. a. Bedarfsplanung, Meldeverfahren, Vergütungsmodus, Qualitäts- und Notfallmanagement, Dokumentationsverfahren) vornehmen.

**Titel des Projektes:**

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

**Beteiligte:**

Projektmitarbeiter: Susanne Dibbelt, Edith Wulfert, Sarah Clark,  
Saskia Wiewel, Bernhard Greitemann

**Laufzeit:**

1. Juli 2016 bis 30. November 2018

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Nach wie vor gilt das Fibromyalgiesyndrom (FMS; ICD M79.70) als eine schwierig zu stellende und zu behandelnde Diagnose. Mittels einer längsschnittlichen Befragung von 180 Rehabilitanden sollten die folgenden Fragen beantwortet werden: (1) Wie häufig lässt sich die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms (FMS; ICD M79.70), die in ärztlichen Gutachten zum Reha-Antrag genannt wird, im Lauf des Reha-Aufenthaltes bestätigen? (2) Unterscheiden sich sozialmedizinische Merkmale von Patienten mit (bestätigter) FMS-Diagnose von Merkmalen anderer Patientengruppen mit chronischen Schmerzen (Erwerbstätigkeit, AU-Tage, subjektive Erwerbsprognose, Rentenwunsch)? (3) Unterscheiden sich orthopädische, rheumatologische und psychosomatische Reha-Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effekte auf den somatischen und psychosozialen Status von Rehabilitanden mit Fibromyalgie? (4) Welche Screening-Instrumente und Patientenmerkmale sagen ein (im Laufe des Reha-Verfahrens bestätigtes) FMS am besten vorher?

Die Ziele des Projektes PRO-FI bestehen (a) in der Überprüfung der Vordiagnose Fibromyalgie (FMS; ICD M79.70), (b) in der Schärfung des Profils der Erkrankung im Vergleich zu ähnlichen Störungen, (c) in der Erstellung eines Leitfadens für Behandler in Reha-Einrichtungen zum diagnostischen, therapeutischen und gutachterlichen Umgang mit dem Fibromyalgiesyndrom und (d) in der Überprüfung der oft geäußerten Annahme, Personen mit FMS hätten gravierendere berufliche Probleme als Personen mit anderen Schmerzsyndromen. 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 Depres-

sion) häufiger sind als ohne Beteiligung der Diagnose FMS.

### **Methodisches Vorgehen:**

#### *Patientenbefragung*

Um die Fragestellungen zu beantworten, wurde eine Befragung von 195 Rehabilitanden und ihren Behandlern durchgeführt. An der Befragung nahmen 4 orthopädische, 3 psychosomatische und 2 rheumatologische stationäre Reha-Einrichtungen teil. Geeignete Patienten wurden von leitenden Ärzten der Kooperationseinrichtungen anhand der Kernsymptome des FMS sowie der in den Reha-Anträgen und ärztlichen Gutachten genannten Diagnosen ausgewählt. Rehabilitanden, die die Einschlusskriterien erfüllten und bereit waren, an der Studie teilzunehmen, wurden zu drei Messzeitpunkten befragt: (1) vor Reha-Antritt (t1), (2) 2 Wochen nach (t2) und sowie (3) sechs Monate nach Entlassung (t3) u. a. zu den folgenden Aspekten befragt:

- FMS bezogene Symptomatik
- Physischer und psychischer Gesundheitsstatus (nach SF36 und IRES 3)
- Berufliche Situation, Arbeitsfähigkeit und subjektive Erwerbsprognose
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

#### *Leitfaden zum FMS für die Rehabilitation*

Ein Leitfaden zur Versorgung von Rehabilitanden mit (Verdacht auf) Fibromyalgie wurde erstellt und von Experten geprüft. Dieser soll Behandler in der Rehabilitation kurz und verständlich über das Krankheitsbild FMS informieren und auf der Grundlage der S3-Leitlinie diagnostische Prinzipien und evidenzbasierte Maßnahmen zur Behandlung der Fibromyalgie darstellen.

### **Zusammenfassung:**

Die im Projekt PRO-FI durchgeführten Maßnahmen sollten die diagnostischen und therapeutischen Zugänge zu diesem Krankheitsbild in der Rehabilitation klären und schärfen. Mit der Befragung von Rehabilitanden und Behandlern wurde ein breites methodisches Spektrum genutzt, um fundierte Empfehlungen für Behandler und Einrichtungen abzuleiten. Der Leitfaden soll Kliniken zur Verfügung gestellt werden.

### **Literatur:**

Kann bei der Projektleitung erfragt werden.

**Titel des Projektes:**

**NeHOR: Netzwerk Hausärzte/Orthopäden – Rehabilitation**

**Beteiligte:**

Projektleitung: Stephanie Fröhlich

Projektmitarbeiter: Ralph Niemeyer

**Laufzeit:**

1. Juli 2016 bis 30. Juni 2019

**Wissenschaftlicher Stand:**

Haus- und Fachärzte sind wichtig für den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme. Sie sind oft verantwortlich für die Antragstellung und die weitere Begleitung nach der Maßnahme. Eine möglichst frühzeitige Zuweisung sowie eine gute Nachbetreuung sind wichtige Grundlagen für den nachhaltigen Erfolg einer Rehabilitation. Das Bild, dass viele Ärzte von der orthopädischen 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). Auch aktuell wird der Austausch zwischen den beteiligten professionellen Akteuren am Reha-Prozess (Hausärzte, Kostenträger, Rehaklinik) 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: 1. Schriftliche Querschnittsbefragung von niedergelassenen Hausärzten und Orthopäden in Westfalen-Lippe, 2. Expertengespräche zur Priorisierung von Vorschlägen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements sowie Erstellen eines Umsetzungsplans.

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

**Ergebnisse:**

468 niedergelassene Ärzte haben den Fragebogen der schriftlichen Querschnittsbefragung ausgefüllt zurückgesendet.

Die antwortenden Ärzte wünschen sich vor allem mehr Informationen über MBOR. Von großem Interesse sind auch die Entscheidungsgrundlagen für die Ablehnung bzw. Bewilligung von Reha-Anträgen. Über die verhaltensmedizinische Orthopädie (VMO), Prävention und psychosomatische Nachsorge möchten sie ebenfalls mehr Auskünfte erhalten. Die Auswertung der qualitativen Daten zu Wünschen und Lösungsmöglichkeiten der bestehenden Herausforderungen in der Zusammenarbeit erbrachte viele Ansatzpunkte.

Sie betreffen u. a. die Antragsstellung, Kommunikation, Transparenz, Flexibilisierung & Modernisierung, Behandlungskonzepte, Entlassbriefe, Nachsorge und Personal.

In einer ersten Expertenrunde mit Vertretern der niedergelassenen Ärzte, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Rehakliniken wurden Maßnahmen zur Schulung der niedergelassenen Ärzte sowie zur Verbesserung der Kommunikation priorisiert. Aktuell läuft die Planung für eine weitere Expertenrunde.

#### **Zusammenfassung:**

Trotz guter Bewertung für durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, gibt es bei den Hausärzten und Orthopäden in Westfalen-Lippe deutliche Informationslücken zum Thema Rehabilitation, die geschlossen werden sollten. In der 1. Expertenrunde wurden Maßnahmen zur Schulung der niedergelassenen Ärzte sowie zur Verbesserung der Kommunikation priorisiert.

#### **Umsetzungsempfehlung:**

Dieses Projekt beinhaltet abschließend Handlungsempfehlungen sowie einen Umsetzungsplan priorisierter Verbesserungsvorschläge für die Nahtstellen zwischen Hausärzten/Orthopäden und Rentenversicherung sowie zw. Hausärzten/Orthopäden und Rehakliniken.

#### **Literatur:**

Kann bei der Projektleitung erfragt werden.

**Titel des Projektes:**

## **Projekt PREZO – Partizipative Reha-Ziele Online: Reha-Ziel-Bearbeitung bei Reha-Vorbereitung, Reha-Aufenthalt und Reha-Nachsorge**

**Beteiligte:**

Projektmitarbeiter: Susanne Dibbelt, Edith Wulfert, Saskia Wiewel, Bernhard Greitemann

**Laufzeit:**

PREZO I: 1. Juli 2018 bis 30. Juni 2018

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Zunehmend nutzen Versicherte und Rehabilitanden Online-Medien. Die bessere Verfügbarkeit und Vernetzung von Informationen über Online Medien (z. B. einer Website oder einer Handy-Applikation) trägt zu höherer Akzeptanz und Nutzung bei (Sander et al., 2017).

Im Rahmen des Projektes Partizipative Reha-Ziele Online (PREZO) erhalten Rehabilitanden die Möglichkeit, in einem geschützten Bereich einer Webseite ihre Reha-Ziele mithilfe eines kontextsensitiven Online-Dialogs nach PARZIVAR vor dem Reha-Aufenthalt zu entwickeln. Ergebnis dieses Dialogs sind individuelle, konkrete und teilhabebezogene Reha-Ziele, die Rehabilitanden und Behandlern in der Reha-Einrichtung (wenn möglich online) zur Verfügung stehen und während der Reha weiterentwickelt werden sollen. Mithilfe der Anwendung soll zudem der Nachsorgeplan erstellt und von den Rehabilitanden und ggf. Behandlern nachverfolgt werden.

Neben der Dialog-Applikation sollen auf der Website auch Informationen zur Reha und Krankheitsbildern sowie Screening-Fragebögen zugänglich sein.

In den Projekten PARZIVAR I und II wurde eine Intervention einschließlich Dialogleitfäden und Dokumentationshilfen für die Entwicklung, Anpassung und Nachverfolgung von Reha-Zielen entwickelt und mit guten Ergebnissen evaluiert. Diese dienen als Grundlage für das Projekt PREZO.

**Methodisches Vorgehen:**

Zunächst soll die Website und der Dialog für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen entwickelt und erstellt werden. Nach Entwicklung, Onlinestellung und einer ersten Erprobung von PREZO soll die Effektivität dieser Intervention in einem weiteren Projektabschnitt mit einer kontrolliert-randomisierten Studie evaluiert werden (PREZO II).

**Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:**

Im Sinne eines Umsetzungsprojektes werden die Ergebnisse der Projekte PARZIVAR I und II (Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation) für das Medium Internet und Smartphone für eine Routinenutzung in Reha-Einrichtungen aufbereitet.

**Literatur:**

Kann bei der Projektleitung erfragt werden.







## Abteilung Bad Salzuflen

Salzetalklinik  
Alte Vlothoer Straße 1  
32105 Bad Salzuflen

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

## 12 Jahre Rehabilitationsforschung an der Salzetalklinik

Seit 2004 ist die Salzetalklinik ein Zentrum für onkologische und orthopädische Rehabilitation der DRV Westfalen. 2006 wurde die Salzetalklinik erneut zu einer forschenden Abteilung des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney und begann nach und nach aktuelle Themen aus der onkologischen und orthopädischen Rehabilitation in anwendungsorientierte Forschung umzusetzen.

Unser Motto: Forschung mit und für die Rehabilitation.

### Rehabilitation und Forschung

#### Sport und Bewegungsförderung

Neben den medizinischen Therapien gelten heutzutage Sport und Bewegung aufgrund ihrer gesundheitsfördernden Auswirkungen auf Physis und Psyche als entscheidende Therapieform bei Tumorerkrankungen. Noch vor 15 Jahren war unter Medizinern die Vorstellung verbreitet, dass für die Genesung an Krebs erkrankter Menschen körperliche Schonung angezeigt ist und Sport sogar gesundheitliche Gefahren mit sich bringen kann. Nordic Walking stand in dem Verdacht, eine mögliche sekundäre Lymphödembildung der betroffenen Seite bei Brustkrebspatientinnen zu stimulieren.

Es begann also mit der **Nordic-Walking-Studie**, einer randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie. Mit dieser Studie konnte für die onkologische Rehabilitation erstmalig gezeigt werden, dass der Stockeinsatz beim Nordic Walking keinen wesentlichen Einfluss auf die Ausbildung eines Armlymphödems bei Brustkrebspatientinnen hat.

Die Ergebnisse der **Nordic Walking Studie** trugen dazu bei, Vorbehalte gegenüber dem Einsatz von Nordic Walking, aber auch anderer Sportarten, bei Brustkrebspatientinnen abzubauen. Entsprechend wurde Nordic Walking nach Abschluss der Studie als Therapieangebot für Brustkrebspatientinnen in der Salzetalklinik sowie den vier Kooperationskliniken eingeführt.

Für die Gesundheit von Rehabilitanden nahezu aller Indikationen ist es darüber hinaus wichtig, dass Sport und Bewegung integrale Bestandteile des Alltags werden und sich Menschen von ihren eher körperlich inaktiven Gewohnheiten lösen. Zur Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils wurde die vielbeachtete und ausgezeichnete **INOP-Studie** (INOP=Individuelle Nachsorge onkologischer Patienten) durchgeführt, deren Interventionen auf volitionale Strategien der Handlungs-/Bewältigungsplanung sowie der Handlungskontrolle basieren. Die Wirksamkeit dieser INOP-Intervention wurde mit Hilfe einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie bei Brustkrebspatientinnen überprüft.

Ergebnisse: Die INOP-Intervention förderte nachhaltig die körperliche Aktivität und Gesundheit, denn die Interventionsgruppe war 12 Monate nach der Rehabilitation im Durchschnitt zwei Stunden pro Woche körperlich aktiver

als die Kontrollgruppe. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war zudem die Interventionsgruppe in ihren Alltagsaktivitäten und ihrer Mobilität signifikant weniger eingeschränkt und sie schätzte ihre Lebensqualität und Funktionsfähigkeit im Beruf jeweils signifikant höher ein.

Die INOP-Intervention ist seit 2013 ein erfolgreiches Standardangebot für onkologische Patienten der Salzetalklinik. Ferner wurde die INOP-Intervention als Praxisbeispiel in das Arbeitshandbuch Reha-Ziele (<http://www.reha-ziele.de>) aufgenommen und für alle Rehabilitationseinrichtungen online gestellt. Ergebnisse der Studie wurden mehrfach ausgezeichnet z. B. mit dem 1. Posterpreis sowohl auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2012 als auch auf der Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie (DGHO), 2013 im Bereich „AYA und Langzeitüberleben“ oder als „Best-of-Beitrag“ im Bereich „Versorgungsstrukturen/Qualitätssicherung“ auf dem Deutschen Krebskongress 2012.

### Prävention in Zusammenarbeit mit der Bau-BG

Muskuloskelettale (MSK) Erkrankungen sind vor allem auf äußere Einflüsse, d. h. vorwiegend mechanische Belastungen zurückzuführen. Speziell in der Bauwirtschaft lassen sich Erkrankungen des MSK-Systems mit den Belastungen und Bedingungen der Tätigkeit begründen. Die sich langsam, aber progressiv entwickelnden Krankheitsverläufe bewirken Einschränkungen der Funktions- und Leistungsfähigkeit, gefährden die Arbeitsfähigkeit und somit die Existenz der Betroffenen stark. Das Frühberentungsrisiko von Bauhandwerkern ist um 40 % höher als das von allen deutschen rentenversicherten Männern. Für die spezielle Berufsgruppe der Bauhandwerker wurde von der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft ein „RehaBau“-Programm entwickelt. Die generelle Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des Programms konnte belegt werden, jedoch ohne den Vergleich mit einer Kontrollgruppe bzw. ohne Randomisierungsverfahren. Im Rahmen der **NABEOR-Studie**, einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie mit prospektivem Longitudinaldesign, konnte beeindruckend gezeigt werden, dass RehaBau-Teilnehmer im Vergleich zu orthopädischen Rehabilitanden einen verbesserten Gesundheitszustand sowie eine verbesserte körperliche und berufliche Funktionsfähigkeit erzielen konnten. Das auf grundsätzlich körperlich tätige Berufsgruppen adaptierte Rehabilitationsprogramm wurde als Praxisbeispiel in die von der DRV Bund initiierten und der Universität Würzburg erstellten und regelmäßig gepflegten Datenbank „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation“ aufgenommen.

### Schulungsmodule für die onkologische Rehabilitation

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt in der Salzetalklinik liegt in der Entwicklung bedarfsorientierter Schulungsmodule für onkologische Patienten mit den Zielen Compliance, Kompetenzen und Fähigkeiten zum berufsbezogenen Selbstmanagement (**BIOR**) und krankheitsbezogenen Selbstmanage-

ment (**FaM**) der Rehabilitanden zu fördern. Die Entwicklung und Implementierung bedarfsorientierter Schulungsmodul in das Gesamtkonzept der Klinik erfolgte mit dem Reha-Team der Salzetalklinik. Für diese Entwicklungsprozesse liegen für Rehabilitationskliniken Handlungsempfehlungen vor.

Die BIOR-Studie (Berufsorientierte Intervention für onkologische Rehabilitanden) befasste sich mit einer der Kernaufgaben der medizinischen Rehabilitation und zwar der Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Teilhabe. Dies war umso wichtiger, da für die onkologische Rehabilitation nur wenige evaluierte medizinisch-beruflich orientierte Interventionen existierten. Das Schulungsmodul Perspektive Job beinhaltet beruflich orientierte Basis- und Kernangebote für die Sozialberatung, Sport-/Ergotherapie, Psychologie, Ernährungsberatung sowie Arbeitsplatztrainings für Büro- und Reinigungskräfte. Perspektive Job wurde von den Rehabilitanden akzeptiert, überaus positiv bewertet und sie profitierten poststationär hinsichtlich einer guten Vorbereitung zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, einer verbesserten beruflichen Funktions-/und Leistungsfähigkeit sowie einem verbesserten Umgang mit beruflichen Belastungen. Mit Perspektive Job steht ein tragfähiges und wirksames MBOR-Modul für die onkologische Rehabilitation und Nachsorge zur Verfügung. Es ist seit 2015 in das Gesamtkonzept der Salzetalklinik integriert. Ergebnisse der Studie wurden auf dem Deutschen Krebskongress 2016 als „Best-of-Beitrag“ im Bereich „Rehabilitation and long term burden in social medicine“ ausgezeichnet.

Die **FaM**-Studie (Fatigue-Management in der onkologischen Rehabilitation) zielte darauf ab für die tumorassoziierte Fatigue, eine der häufigsten Komorbiditäten von Krebspatienten, bedarfsorientierte Schulungsmodul zu entwickeln und mittels einer sequentiellen Interventions-/Kontrollgruppenstudie zu evaluieren. Die Fatigue-Management-Module konnten erfolgreich in die Routineversorgung implementiert werden und wurden insgesamt positiv bewertet. Sie förderten das Selbstmanagement der Patienten im Umgang mit den Fatigue-Beschwerden und wirkten sich mittelfristig positiv auf die allgemeinen, körperlichen und mentalen Fatigue-Symptome aus.

Seminareinheiten des FaM-Moduls werden in der Routineversorgung der Salzetalklinik eingesetzt. Ergebnisse der FaM-Studie sind auf dem Deutschen Krebskongress, Berlin 2018, als „Best-of-Beitrag“ im Bereich „Rehabilitation and long term burden in social medicine“ ausgezeichnet worden. Auch international fanden beide Module (Perspektive Job und FaM) große Beachtung i. R. des internationalen Rehakongresses (ISPRM 2018) in Paris.

### **Orthopädische Rehabilitation und Return to work**

Nachdem landauf landab die Wirksamkeit von MBOR-Behandlung für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen hinlänglich nachgewiesen werden konnte und MBOR-Konzepte in den von der DRV belegten Kliniken vorgehalten werden mussten, beschäftigte man sich in der Salzetalklinik im nächsten Schritt mit der Optimierung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation und der Implementierung entsprechender Prozesse und

Maßnahmen (**OptiPro-Projekt**). Das Vorhaben zielte auf die Konzipierung, Implementierung und Evaluierung eines MBOR-Behandlungskonzeptes. Dem MBOR-Prozessmodell folgend, wurden Zugang und Screening sowie eine berufsbezogene Diagnostik optimiert, bedarfsgerechte Therapiebestandteile wie bspw. eine Belastungserprobung, ein Arbeitsplatz- und Ergonomietraining in der Klinik entwickelt und mündeten im Übergang in Angebote von Nachsorge und beruflicher Wiedereingliederung. Insbesondere von der Optimierung der MBOR-Ablaufprozesse und der damit einhergehenden Ressourcensteuerung, d. h. der Ausrichtung an Patientenbedürfnissen und -bedarf, konnte die klinische Praxis profitieren.

### **Schnittstelle, Patientenperspektive und Nachsorge**

Im **RePaRo-Projekt** wird die Forschung in der Schnittstelle von orthopädischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung konsequent weitergeführt. Hierbei ist die Schnittstellenproblematik bereits hinreichend bekannt. Forschungsstudien beschäftigten sich in der Vergangenheit jedoch ausschließlich mit den entsprechend beteiligten Akteuren wie Hausarzt, Betriebsarzt, Arbeitgeber uvm. sowie deren Sichtweisen. Mit dem RePaRo-Projekt wird erstmals auch die Perspektive der Patienten, der eigentlichen Hauptperson im Rehabilitationsprozess, ins Zentrum des Interesses gerückt. Dem Projekt liegt das praktische Interesse zu Grunde, dass nur individuell passgenaue, bedarfs- und bedürfnisgerechte Beratungs- und Unterstützungsleistungen entwickelt und etabliert werden können, wenn sie sich an der tatsächlichen, aber auch subjektiv empfundenen Bedarfs- und Problemlage orientieren.

Reha braucht Nachsorge, um letztendlich Reha-Erfolge langfristig zu verstetigen, übrigens auch aus Sicht der Patienten.

In den onkologischen Projekten wurden verschiedene Nachsorgestrategien erprobt. Insbesondere hat sich im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung (BIOR-Studie) und der langfristigen Bewegungsförderung (INOP-Studie) eine strukturierte telefonbasierte Nachsorge bewährt, da hierüber Rehabilitanden nach Entlassung aus der Klinik bei der Umsetzung ihrer Vorhaben Unterstützung fanden und viele Reha-Empfehlungen ansonsten „im Sande verlaufen“ wären.

Dies zukünftig, nicht nur unter Studienbedingungen, sondern auch im Rehabilitationsalltag umsetzen zu können wäre ein erklärtes Ziel, das sich aus diesen Ergebnissen ableiten lässt.

Forschung an und mit der Salzetalklinik, Ende offen.

**Dr. Birgit Leibbrand**  
Stv. Vorsitzende des  
Vereins zur Förderung  
der Rehabilitations-  
forschung e. V. Norderney

**Dr. Heike Kähnert**

**Philipp Preßmann**

**Titel des Projektes:**

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

**Beteiligte:**

Projektleitung: Dr. Heike Kähnert

Projektmitarbeiterin: Juliane Maschke

**Laufzeit:**

1. Januar 2015 bis 30. Juni 2017

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Die tumorassoziierte Fatigue stellt die häufigste Komorbidität einer Krebserkrankung dar. Sie geht mit physischen, psychischen sowie kognitiven Erschöpfungszuständen einher, die die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft stark einschränken können. Zur Bewältigung einer Fatigue sind individuell abgestimmte multimodale Therapieansätze wesentlich. Hauptziel der FaM-Studie war somit die Entwicklung der bedarfsorientierten Fatigue-Management (FaM) Module Therapie und Nachsorge für die onkologische Rehabilitation durch das Reha-Team sowie deren Evaluation.

**Methodisches Vorgehen:**

Die Entwicklung der FaM-Module erfolgte in zehn Expertensitzungen durch das Reha-Team. Die qualitativen und quantitativen Daten wurden in einer Methodentriangulation erhoben. Durchgeführt wurden: Experteninterviews mit dem Ziel, den Entwicklungsprozess und die FaM-Module aus Sicht der Mitarbeiter bewerten zu lassen. Gruppeninterviews vor und nach Einführung der FaM-Module mit dem Ziel, vergleichende Informationen zur Bewertung fatigueorientierter Therapien aus Patientensicht zu erhalten. Rehabilitandenbefragungen vor (Kontrollgruppe: KG) und nach (Interventionsgruppe: IG) Einführung der FaM-Module zu fünf Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 1-, 3- und 6-Monatskatamnese) mit dem Ziel, erste Aussagen zu den Auswirkungen der Module zu erhalten (Pilotstudie). Eine Befragung der weiterbehandelnden Ärzte mit dem Ziel, Aussagen zum Entlassungsbericht und zu den Nachsorgeempfehlungen treffen zu können.

**Ergebnisse:**

Die Entwicklung bedarfsorientierter FaM-Module wurde erfolgreich abgeschlossen. Das kontinuierliche Arbeiten in den Expertengruppen förderte die Teamentwicklung und festigte eine kooperative, aber auch wertschätzende Zusammenarbeit. Für das FaM-Modul Therapie wurden Angebote für die Bereiche Sport, Ergotherapie, Psychologie, Ernährungsberatung sowie ein Arzt-Vortrag entwickelt. Dieses Modul konnte gewinnbringend in die Routineversorgung implementiert werden. Einzig die differentialdiagnosti-

sche Abklärung einer Fatigue gestaltete sich nach Aussagen der Ärzte als problematisch.

Die Pilotstudie wies hinsichtlich der allgemeinen, körperlichen und mentalen Fatigue-Symptome, aber auch der Lebensqualität bis zur 3-Monatskatamnese signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe nach. Auch die Nachsorge-Angebote (Fatigue-Flyer, zwei Motivationsschreiben und die Einbindung der weiterbehandelnden Ärzte) wurden durchgängig positiv und als praxisrelevant bewertet. Die Mehrheit der weiterbehandelnden Ärzte beurteilte die Rehabilitation für ihre Patienten als erfolgreich und bewertete die Nachsorgeempfehlungen aus dem Entlassungsbericht als verständlich, praxisnah und hilfreich für die Weiterbehandlung. Jedoch sollten diese individueller formuliert werden und detaillierte Beschreibungen der Maßnahmen enthalten (z. B. Bewegungswochenplan). Ergebnisse der FaM-Studie sind auf dem Deutschen Krebskongress, Berlin 2018 als „Best-of-Beitrag“ im Bereich „Rehabilitation and long term burden in social medicine“ ausgezeichnet worden.

#### **Zusammenfassung:**

Mit dem Reha-Team konnten Fatigue-Management Module für die stationäre Rehabilitation und Nachsorge entwickelt und erfolgreich in die Routineversorgung implementiert werden. Die FaM-Module wurden insgesamt positiv bewertet. Sie förderten das Selbstmanagement der Patienten im Umgang mit den Fatigue-Beschwerden und wirkten sich mittelfristig positiv auf die allgemeinen, körperlichen und mentalen Fatigue-Symptome aus.

#### **Umsetzungsempfehlung:**

Die Studienergebnisse verdeutlichen die Bedeutung des Reha-Teams für die Konzeption neuer Therapieangebote, sodass empfohlen werden kann, das Reha-Team in entsprechenden Prozessen mit einzubeziehen. Hierfür liegen Handlungsempfehlungen vor. Für eine langfristige Implementierung der FaM-Module in die Routineversorgung sollten diese jedoch ergänzt werden, indem ein Anamnese-Leitfaden zur differentialdiagnostischen Abklärung einer Fatigue sowie berufsbezogene Bewältigungsstrategien für Fatigue-Patienten mit aufgenommen werden. Empfohlen wird, diese überarbeiteten FaM-Module in einer randomisierten kontrollierten Studie hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überprüfen. Das Forschungsdesign sollte neben der Effektivität auch ökonomische Analysen mit beinhalten, um Aussagen zur Effizienz und Wirtschaftlichkeit treffen zu können.

**Titel des Projektes:**

**Berufliche Reintegration aus der Perspektive der Patienten –  
Mehrfallstudie zur Charakterisierung der Schnittstellen und Rol-  
len der Akteure im Übergang von medizinischer Rehabilitation  
und beruflicher Wiedereingliederung (RePaRo)**

**Beteiligte:**

Projektleitung: Philipp Preßmann

Projektmitarbeiter: Jascha Matejek

**Laufzeit:**

1. September 2016 bis 28. Februar 2019

**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 uvm. 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 RehaFutur rückt der Patient als die Hauptperson im Rehabilitationsprozess stärker in den Fokus. 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. 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 Rehabilitationsaufenthaltes 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.

### **Ergebnisse:**

Der Forschungsprozess dauert derzeit noch an. Die erhobenen Fälle befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Nachbefragung von Patienten und Akteuren des Überganges. Die parallel laufenden Auswertungsarbeiten zeigen jedoch bereits einige Teilergebnisse auf. Ein Aspekt zeigt, dass soziale Unterstützung bzw. Hilfen durch ein soziales Netzwerk positive Auswirkungen auf den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung haben. Dabei treten vor allem Partner und Familie als „Förderer/Unterstützer“ auf. Im Übergang nach medizinischer Rehabilitation hat seitens professionell agierender Akteure der Hausarzt eine Schlüsselrolle aus der Sicht von Rehabilitanden/innen inne. Durch die krankheitsbedingt häufigen Besuche/Kontakte besteht in der Regel ein Vertrauensverhältnis, sodass Hausärzte als ständige Begleiter wahrgenommen werden. Hausärzte empfinden die Kommunikation und Kooperation mit der medizinischen Rehabilitation als unzureichend. Die vollständigen Ergebnisse werden nach Abschluss der Studie vorliegen.

### **Zusammenfassung:**

Durch das 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.

### **Umsetzungsempfehlungen:**

Ein vorhandenes soziales Netzwerk bzw. soziale Unterstützer sollten während medizinischer Rehabilitation sowohl frühzeitig als auch substanziell mit eingebunden werden, da dadurch die Wiedereingliederungsprognose verbessert werden kann. Gleichfalls erscheint eine Einbindung sozialer Unterstützer sowie das Aufzeigen der eigenen Grenzen für Beratungs- und Unterstützungsleistungen in Hausarzt-Konzepten ebenso sinnvoll wie auf die Befähigung von Patienten hinzuwirken, eigene Entscheidungen selbst zu treffen.

**Titel des Projektes:**

**EmoR – Entlassungsmanagement in der onkologischen Rehabilitation: Analyse der Nachsorgeplanung und der schnittstellenübergreifenden Versorgungspfade onkologischer Rehabilitanden**

**Beteiligte:**

Projektleitung: Dr. Heike Kähnert

Projektmitarbeiterin: Jana Niemann

**Laufzeit:**

1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2019

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Eine Tumorerkrankung kann zu physischen und psychischen Langzeitfolgen führen, die die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft stark einschränken können. Um Patienten umfassend und langfristig zu unterstützen, müssen ihnen bedarfsorientierte Versorgungsangebote in den stationären und ambulanten Sektoren zur Verfügung gestellt werden. Die Versorgungskontinuität zwischen diesen Sektoren ist jedoch aufgrund von Schnittstellenproblemen nicht immer gewährleistet. Mangelnde Transparenz, unzureichende Kommunikation und Kooperation werden hierfür verantwortlich gemacht. Eine sektorenübergreifende Nachsorgeplanung sollte die Versorgungskontinuität onkologischer Patienten langfristig sicherstellen. Für die Versorgung onkologischer Patienten übernimmt die medizinische Rehabilitation mit ihrer Diagnostik, zielorientierten Behandlungsplänen und Empfehlungen für eine ICF-orientierte Nachsorge eine bedeutsame Funktion und stellt im Kontext des Entlassungsmanagements ideale Ausgangsbedingungen bereit.

Allerdings existieren zurzeit nur unzureichende Informationen über das Entlassungsmanagement hinsichtlich einer patienten- und bedarfsorientierten Nachsorgeplanung und deren Auswirkungen auf die gesundheitliche und berufliche Situation und Versorgungspfade der Patienten nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation. Nicht umfassend geklärt sind ferner die Formen der Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik und den Akteuren im ambulanten Sektor, insbesondere niedergelassene Haus- und Fachärzte. Zu diesen Themenbereichen will die EmoR-Studie Antworten finden.

**Methodisches Vorgehen:**

Die Studie gliedert sich in zwei aufeinander aufbauende Untersuchungsphasen (A und B).

Phase A stellt die Erhebungsphase dar. Reha-Ärzte, Therapeuten, weiterbehandelnde Ärzte und Rehabilitanden werden schriftlich befragt und/oder (telefonisch) interviewt mit dem Ziel einer umfassenden Bestandsaufnahme und Bewertung des Entlassungsmanagements, des Reha-Entlassungsbe-

rechts, den Schnittstellen(-problemen) und den Steuermechanismen während und nach Abschluss einer Rehabilitation. Zudem werden Rehabilitanden mit den Diagnosen Brustkrebs, Systemerkrankung, gastrointestinale Tumore zu den Messzeitpunkten Ende der Rehabilitation, drei, sechs und neun Monate nach Klinikentlassung schriftlich befragt mit dem Ziel, Aussagen zur Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen, den Versorgungspfaden einschließlich fördernder und hemmender Faktoren und den Krankheits- und Erwerbsverläufen treffen zu können. Die Daten werden in drei onkologischen Rehabilitationskliniken erhoben.

Untersuchungsphase B: Die aufbereiteten Ergebnisse relevanter Problemfelder aus Untersuchungsphase A bilden die Diskussionsgrundlage eines Expertenworkshops. Hier werden Vertreter aller Teilnehmergruppen schlussendlich Handlungsempfehlungen für ein patientenorientiertes Entlassungsmanagement erarbeiten.

#### **Erwartete Ergebnisse:**

Die Datenerhebungen in den drei Rehabilitationskliniken werden im September 2018 und in der ambulanten Versorgung im Juni 2019 abgeschlossen sein.

Nach Abschluss der Studie werden von den befragten Akteuren gemeinsam erarbeitete Handlungsempfehlungen für ein patientenorientiertes Entlassungsmanagement hinsichtlich Inhalten, Steuerung und Dokumentation zur Verfügung stehen. Es werden Lösungsvorschläge für eine schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Sektoren und zudem aus Sicht onkologischer Rehabilitanden detaillierte Informationen über die Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen und der Versorgung in Verbindung mit den Erwerbsverläufen vorliegen.

#### **Zusammenfassung und Umsetzungsempfehlung:**

Über die EmoR-Studie soll das Entlassungsmanagement onkologischer Rehabilitationskliniken untersucht werden, um einerseits Bedingungen einer effektiven Versorgung onkologischer Rehabilitanden im stationären und ambulanten Bereich sowie einer zielorientierten Zusammenarbeit zwischen Reha-Kliniken und niedergelassenen Ärzten zu identifizieren. Andererseits sollen die Auswirkungen einer patienten- und bedarfsorientierten Nachsorgeplanung analysiert werden. Die aus der Studie abgeleiteten Erkenntnisse bilden die Basis für die Entwicklung bedarfs- und bedürfnisorientierter Versorgungskonzepte onkologischer Patienten während und nach Abschluss einer Rehabilitation. Die Effektivität und Effizienz dieser Konzepte müssten daraufhin in einer weiteren Studie überprüft werden.





## Abteilung Ennepetal

Klinik Königsfeld  
Holthäuser Talstraße 2  
58256 Ennepetal

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

## Rehabilitationsforschung an der Klinik Königsfeld

Schon bald nach Gründung des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney wurde auch in der Klinik Königsfeld in Ennepetal eine Abteilung des Instituts eingerichtet. Da Rehabilitationskliniken primär keine universitären Forschungseinrichtungen sind, lag der thematische Schwerpunkt im Bereich der Versorgungsforschung. Diesbezüglich bieten Rehabilitationskliniken Vorteile. Der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik dauert in der Regel 3 bis 4 Wochen, Patienten mit einer bestimmten Diagnose sind in ausreichender Zahl vorhanden. An drei Beispielen soll ein Teil der Forschungsaktivitäten der Klinik Königsfeld dargestellt werden:

### Ambulante/teilstationäre Rehabilitation

Schon 1995 wurde in der Klinik Königsfeld erstmalig in Deutschland in größerem Umfang an einer Rehabilitationsklinik auch ambulante Rehabilitation angeboten. Grundlage dafür war eine Machbarkeitsstudie im Bereich der kardiologischen Rehabilitation, die in Kooperation mit Herrn Prof. Dr. Müller Fahrnow von der Charité Berlin durchgeführt wurde.

Für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen existieren Standards und Leitlinien, die für stationäre und ambulante Patienten gleichermaßen gelten. Studienteilnehmer konnten sich für das eine oder andere Setting entscheiden. Die beiden Gruppen wiesen jedoch einige Unterschiede auf. Ambulante Patienten in dieser Studie waren:

1. Jünger
2. Überwiegend männlichen Geschlechts
3. Weniger körperlich durch die Erkrankung limitiert
4. Fühlten sich weniger psychisch belastet
5. Beruflich besser gestellt.

Im Verlauf kam eine Individualisierung der Rehabilitation hinzu, eine ambulante nach verkürzter stationärer Phase und die Indikation wurde um die orthopädische Indikation erweitert. Damit stieg die Zahl der Teilnehmer am ambulanten Programm, was aber auch durch die Lage der Klinik in einem Ballungszentrum begünstigt wurde. Auch konnten Patienten nach Ende der Phase II Rehabilitation, wenn sie im näheren Umfeld der Klinik lebten, an einer Herzsportgruppe im an der Klinik beheimateten Sportverein teilnehmen.

Die ambulante Rehabilitation ist heute in Deutschland etabliert und hat sich auch in der Klinik Königsfeld zu einem wichtigen Standbein entwickelt.

### Nachsorge

Im Jahre 2000 wurde von uns die Studie „Intensivierte Nachsorge (INA) – ein Verfahren zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach Herzinfarkt und/oder Bypassoperation“ veröffentlicht. Eine Gruppe erhielt kein spezielles Nachsorgeangebot, die andere konnte parallel zur stufenweisen Wiedereingliederung an zwei Tagen pro Woche ein ambulantes Therapieangebot in

der Klinik Königsfeld wahrnehmen. Die Zuordnung zur jeweiligen Gruppe erfolgte nach Entfernung des Wohnorts zur Klinik, so dass wir damit „quasi“ eine Randomisierung erreichen konnten. Die Ergebnisse waren in der Interventionsgruppe sehr erfolgreich. Dies sowohl bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung, als auch bei der Häufigkeit einer Berentung. Lange Zeit war dies die einzige Studie in diesem Bereich. Dafür erhielten wir den „Pro-Corde“ Wissenschaftspreis der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (DGPR).

Im Verlauf folgte zu diesem Thema noch die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) geförderte BERUNA-Studie, bei der zusätzlich zur Nachsorge schon während der stationären Rehabilitation ein zusätzliches Angebot zur Förderung der beruflichen Integration durch Psychologie und Sozialdienst angeboten wurde. Vielleicht in gewissen Grenzen eine Art Vorläufer zum heutigen MBOR-Konzept. Auch pflegten wir schon in den 1990er Jahren für bestimmte Patienten einen Austausch mit dem Berufsförderungswerk in Dortmund, indem wir Patienten zur Arbeitsbelastungserprobung dort vorstellten. Auch wurden bereits in dieser Zeit Ergebnisse veröffentlicht, die positive Effekte der stufenweisen Wiedereingliederung auf die berufliche Integration zeigten.

In diesen Themenbereich passen die BETSI-Studie (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) und die BOP-Studie (Entwicklung berufsorientierter Präventionsangebote für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben). BETSI war ein Kooperationsprojekt von DRV Bund, DRV Westfalen und DRV Württemberg und wurde in Kliniken der drei Rentenversicherungsträger durchgeführt. BETSI ist eine Art „präventive Rehabilitation“, was Versicherte direkt ansprechen soll und von den Kliniken organisiert und von den Firmen den Teilnehmern vermittelt wird.

### **Neue Therapiekonzepte**

In weiteren Studien wurde untersucht, inwieweit sich bestimmte berufliche Belastungen, wie zum Beispiel bei Berufskraftfahrern, auf das Risikoprofil auswirken und ob häufiger als bei Nicht-Berufskraftfahrern ein Schlaf-Apnoe-Syndrom vorliegt. Berufskraftfahrer sind unter den Patienten der DRV Westfalen sehr häufig vertreten, so dass sich aus den Ergebnissen sehr gut Konsequenzen für Diagnostik und Therapie während der Rehabilitation ableiten lassen (Berufskraftfahrer in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation (BIKOR): Nicht-interventionelle, prospektive Vergleichsstudie zwischen Rehabilitanden aus der Gruppe der Berufskraftfahrer mit Beschäftigten anderer Berufsgruppen hinsichtlich relevanter Outcomekriterien der Rehabilitationsbehandlung).

In der REHOP-Studie (Rehabilitation nach Herzoperationen. Prospektive Vergleichsstudie zwischen bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden hinsichtlich relevanter Outcomekriterien) konnte unter anderem durch das Erfassen der verordneten Therapien im Vergleich mit den Therapiewün-

schen der Patienten das Therapiekonzept für bypass- und herzkloppenoperierte Patienten angepasst werden. Solche Änderungen in den Konzepten hatten natürlich auch das Ziel, die Patientenzufriedenheit zu verbessern.

Autogenes Training ist bei vielen Patienten inzwischen bekannt, was vor allem bei Männern gelegentlich zu einer ablehnenden Haltung führt. Eine Alternative stellt die Technik der sensorischen Stimulation mit bifokaler Achtsamkeit (sog. Klopfen) dar, was wir in einer randomisierten Studie im Vergleich zum autogenen Training evaluierten. Beide Techniken stellten sich im Ergebnis als gleichwertig dar, so dass eine Alternative als Therapie in der Rehabilitation zur Verfügung steht (Nachhaltigkeit der Effekte psychologischer Interventionen bei depressiven und ängstlichen Rehabilitanden durch die Implementierung von Techniken der sensorischen Stimulation mit bifokaler Achtsamkeit (SESBA): Eine Interventionsstudie).

Unter anderem wurde auch eine randomisierte Studie zur Optimierung der Ernährungstherapie durchgeführt. So überprüften wir bei Typ II Diabetikern die Effekte einer Low Carb Kost im Vergleich zu einer von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) empfohlenen Leitlinien-Kost. Unter Low Carb lagen auch noch sechs Monate nach Ende der Rehabilitation bessere Ergebnisse bei der Gewichtsreduktion und bei Laborparametern, wie z. B. dem HbA1c-Wert vor. Hier bestätigte sich unsere Arbeitshypothese, dass Low Carb für Diabetiker zumindest eine gute Alternative zur bisher üblichen Kost bei Diabetikern darstellt (Diabetes-Intervention mit kohlenhydratreduzierter Ernährung (DIKE): Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie zum Vergleich von kohlenhydratreduzierter Kost mit leitliniengemäßer Diabetikerkost in der Therapie des Diabetes mellitus-Typ-2). In der aktuellen Literatur häufen sich derzeit Hinweise auf die Richtigkeit unserer Hypothesen.

### Zusammenfassung

Wesentlich zum Erfolg der Rehabilitationsforschung in den Kliniken der DRV Westfalen hat die Unterstützung der jeweiligen Vorstände und Geschäftsführungen beigetragen, ohne die der Erfolg in der Form nicht möglich gewesen wäre. Unabdingbar war auch der Wunsch in den Kliniken, Rehabilitationsforschung zu integrieren und Mitarbeiter zum wissenschaftlichen Arbeiten zu motivieren. Die Gründung des Institut für Rehabilitationsforschung und des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney war aus Sicht der Kliniken eine äußerst sinnvolle Entscheidung.

Die Ergebnisse der durchgeführten Studien konnten vielfach in den Alltag transferiert werden, führten so zur Verbesserung der Therapieangebote und damit auch der Patientenzufriedenheit.

So wurden in der Klinik Königsfeld auf der Basis der durchgeführten Studien eine Nachsorge schon ab dem Jahr 2000 eingeführt, des Weiteren war die Klinik Königsfeld die erste Rehabilitationsklinik, die ambulante kardiologische Rehabilitation einführte. Die DIKE-Studie (Diabetes-Intervention mit kohlenhydratreduzierter Ernährung: Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie zum Vergleich von kohlenhydratreduzierter Kost mit leitlinien-



gemäßiger Diabetikerkost in der Therapie des Diabetes mellitus-Typ-2) führte in der Klinik zu der Entscheidung, unseren Patienten eine solche Kost alternativ zur üblichen DDG-konformen Kost anzubieten. Nicht nur diese exemplarisch ausgewählten Studien zeigen, dass der Transfer von Ergebnissen aus wissenschaftlichen Studien in den klinischen Alltag sehr gut gelingen kann.

Gleichzeitig bieten Studien die Möglichkeit, die Therapiekonzepte und damit die Arbeit in den Kliniken zu evaluieren und tragen damit zur Qualitätssicherung bei.

**Prof. Dr. Marthin Karoff**

Institutsleiter der Abteilung Königsfeld bis April 2017

**Titel des Projektes:**

**GERKO – Evaluation der (Ganzkörper-) Elektromyostimulation ((WB-) EMS) im Rahmen der stationären Rehabilitation kardiologischer und orthopädischer Patienten mittels randomisiert-kontrollierter Studie**

**Administration:**

Universität Witten/Herdecke

**Beteiligte:**

Projektleitung: Prof. Dr. med. Frank C. Mooren, Dipl. Sportwissenschaftler

Projektmitarbeiter: Marc Teschler, Dr. Bettina Begerow

**Laufzeit:**

1. April 2018 bis 30. März 2020

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Mit der relativ neuen, alternativen Trainingstechnologie der Ganzkörper-Elektromyostimulation (whole-body-electromyostimulation, WB-EMS) bietet sich für den Rehabilitationsprozess eine zeiteffektive und gelenkschonende Trainingsmethode, die in diesem Setting von der Forschung bisher kaum Berücksichtigung erfahren hat. WB-EMS erweist sich laut Studienlage als adäquate Trainingsalternative zu herkömmlichem (Kraft-) Training und zeichnet sich durch Verbesserung der Körperzusammensetzung (Muskelaufbau, Körperfettreduktion) aus. Signifikante Steigerungen der Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Alterskohorten bekräftigen den Einsatz von WB-EMS im Reha-Prozess mit positiven Einfluss auf eine weitere selbstständige, aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – einem der Kernziele der Rehabilitation.

Eben durch die Effekte auf den Muskel und dessen Funktionalität erscheint WB-EMS gerade im Hinblick auf die steigende Prävalenz von Sarkopenie und den (meist) dekonditionierten Zustand im Rehabilitationsprozess als geeignetes Trainingselement, dessen Wirkungen nach einem 4-wöchigen Training untersucht werden sollen.

**Methodisches Vorgehen:**

Über ein randomisiertes Kontrollgruppendesign werden 150 sarkopenische Rehabilitationspatienten in die Studie integriert. Einschlusskriterium ist das Sarkopenie-Kriterium „skelettaler Muskelindex (SMI)“ der FNIIH, definiert als  $\leftarrow 0,789$  (Männer) und  $\leftarrow 0,512$  (Frauen) (Berechnung der appendikulären Muskelmasse geteilt durch den BMI).

Die eingeschlossenen Patienten werden drei Gruppen zugelost, wobei Gruppe 1 zusätzlich zum „gewöhnlichen“ Reha-Training additiv 1,5x/Woche je 20 min WB-EMS appliziert bekommt. Gruppe 2 durchläuft das gleiche Proto-

koll mit einer Teil-Stimulation (nur Beine und Gesäß). Für Kontrollgruppe 3 werden die auch während einer WB-EMS-Session durchgeführten leichten Körperbewegungen im herkömmlichen Training 1,5x/Woche zusätzlich mit eingebaut.

Hauptzielkriterium des Projektes ist die Muskelkraft und -funktion. Als Nebenzielparameter dienen die Ausdauerleistungsfähigkeit, Körperzusammensetzung (BIA-Analyse), Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und Nachhaltigkeit, die über Fragebögen abgefragt werden.

### **Ergebnisse:**

Aufgrund der bisherig kurzen Laufzeit liegen derzeit leider noch keine Ergebnisse des noch anlaufenden Projektes vor. Die gesamte Thematik erweist sich jedoch dahingehend als spannend, da die Effekte von WB-EMS in einem 4-wöchigen Zeitfenster des Rehabilitationsprozesses noch nie untersucht worden sind.

### **Umsetzungsempfehlungen:**

Empfehlungen für den Rehabilitationsprozess lassen sich erst nach dem Abschluss des Projektes inklusiver aller Auswertungen und statistischen Analysen abgeben. Dennoch wird erwartet, dass das Konzept der Implikation von WB-EMS in die Rehabilitation durchaus nachhaltig die rehabilitative Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen kann.





## Abteilung Münster

Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
Gartenstraße 194  
48147 Münster

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

## 20 Jahre Rehabilitationsforschung der Abteilung Münster

1998 begann die Forschungsaktivität der Abteilung Münster. Aufgrund der engen Verbindung mit der Abteilung Sozialmedizin in der Hauptverwaltung der DRV Westfalen standen und stehen in den bislang 12 Projekten Fragen der Versorgungsforschung und des sozialmedizinischen Arbeitsfeldes im Vordergrund.

### Versorgungsforschung

- Rehabilitation und Frühberentung bei jüngeren Antragstellern mit psychischen Erkrankungen
- Evaluation der psychosomatischen Reha-Nachsorge der DRV Westfalen (PRN I und II)
- Kooperation Rehabilitation und Betrieb (KoRB I und II)
- Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern? (ARenta)
- Psychosomatische Rehabilitation: Strukturelle Einflussfaktoren auf das Antragsgeschehen sowie Veränderungen des Rehabilitandenkollektivs im Zeitverlauf (PREA)
- Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work? (ZEMI)
- Zielgruppenansprache, Zielgruppendifferenzierung, Ausgestaltung und Qualitätssicherung von Präventionsangeboten der gesetzlichen Rentenversicherung (ZZAQ) – laufend

In drei Projekten (Rehabilitation und Frühberentung ..., ARenta, ZEMI) wurde das Erwerbsminderungsrentengeschehen untersucht. Neben epidemiologischen Auswertungen standen dabei prognostische Fragen, Rehabilitationsmöglichkeiten und das weitere Schicksal von EM-Rentenantragstellern und zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentnern im Mittelpunkt. Drei Projekte beschäftigten sich mit der rehabilitativen Versorgung. Dazu gehörten die wissenschaftliche Begleitung eines innovativen Nachsorgekonzeptes (PRN) und die Untersuchung von Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Betriebsärzten und Arbeitgebern (KoRB). Zudem wurden Einflüsse von Arbeitsmarkt und kurativer Versorgung auf die Beantragung von Teilhabeleistungen untersucht (PREA). Im aktuellen 7. Projekt wird die Entwicklung präventiver Angebote begleitet (ZZAQ). Exemplarisch werden drei Projekte etwas ausführlicher dargestellt:

### Rehabilitation und Frühberentung bei jüngeren Antragstellern mit psychischen Erkrankungen

Fragestellung/Vorgehen:

Ziel des Projektes war es, wissenschaftlich basierte Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten und zur Reintegration von Rentnern in das Erwerbsleben zu entwickeln. Hierzu wurden Reha-

bilitations- und Rentenstatistiken und Versichertenakten ausgewertet, Zeitrentner interviewt und eine Expertentagung durchgeführt.

Ausgewählte Ergebnisse:

- Einer EM-Berentung gehen eine lange Krankheitsentwicklung und eine berufliche und soziale Desintegration voraus. Eine Rückkehr in das Erwerbsleben bei zeitlich befristeten EM-Renten gelingt kaum ( $\leftarrow 6\%$ ). Früherkennung und Prävention sind deshalb von herausragender Bedeutung.
- Die sozialmedizinische Beurteilung des Rehabilitationspotentials und der Reintegrationsprognose erscheint angesichts der geringen Reintegrationsquoten zu optimistisch. Die Entwicklung eines Instruments zum systematischen Abgleich von Prognoseindikatoren und möglichen therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen wird empfohlen. (Dies wurde im IREPRO-Projekt umgesetzt.)
- Die Entwicklung eines ambulanten Reha-Managements für Rentenantragsteller und Zeitrentner mit guter Besserungsprognose ist sinnvoll.
- Der Betreuungsbedarf von Zeitrentnern und Versicherten mit abgelehnten EM-Rentanträgen bedarf einer tiefergehenden wissenschaftlichen Untersuchung. (Diese wurde im ARenta-Projekt umgesetzt.)
- Die Handlungsempfehlungen zu Prävention, Begutachtung und Rehabilitation sind auch heute noch relevant.
- Die Arbeit wurde 2003 mit dem Zarnekow-Preis für Rehabilitationsforschung ausgezeichnet.

### **Kooperation Rehabilitation und Betrieb (KoRB)**

Fragestellung/Vorgehen:

Aufgabe der KoRB-Studie war es herauszufinden, welche konkreten Problemlagen an der für den Rehabilitationserfolg so wichtigen Schnittstelle zwischen Rehabilitationskliniken und kleinen und mittleren Betrieben aus Sicht der wichtigsten Akteure bestehen und welche Lösungsmöglichkeiten denkbar sind. Dazu wurden repräsentativ für Westfalen-Lippe 697 Arbeitgeber befragt, 458 Betriebsräte, 73 Betriebsärzte, 47 Ärzte in Reha-Kliniken und 3.509 Versicherte der DRV Westfalen.

Ausgewählte Ergebnisse:

- Das Bild der Rehabilitation ist bei allen Befragungsgruppen, insbesondere bei den Unternehmern, positiv.
- Bei allen Untersuchungsgruppen besteht ein Informationsdefizit zu medizinischen wie beruflichen Rehabilitationsleistungen.
- Arbeitgeber wünschen sich einen „Kümmerer“, der im Falle einer schwerwiegenden oder andauernden Mitarbeitererkrankung institutionsübergreifend tätig wird.
- Für eine systematische Erkennung von Rehabilitationsbedarf gibt es in KMU keine geeigneten Strukturen. Auch Betriebsärzte können aufgrund ihrer geringen Präsenz in KMU diesbezüglich nicht als valide Quellen gelten.
- Gleichzeitig besteht in den Rehabilitationseinrichtungen ein hoher Be-

- darf an Arbeitsplatzkenntnissen/Arbeitsplatzbeschreibungen für Patienten aus KMU.
- Die arbeitsplatzbezogenen Informationen im Reha-Entlassungsbericht sind daher oft unpräzise und unzureichend und können den Arbeitsplatz des Rehabilitanden gefährden.
  - Für die wichtigsten Problemkonstellationen wurden in der KoRB2-Studie Lösungen erarbeitet.
  - KoRB wurde 2009 mit dem Forschungspreis der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet.
  - Im Rahmen der KoRB-Studien erfolgten 10 Publikationen und es wurden 28 Vorträge gehalten.

### **Psychosomatische Rehabilitation: Strukturelle Einflussfaktoren auf das Antragsgeschehen sowie Veränderungen des Rehabilitandenkollektivs im Zeitverlauf (PREA)**

Fragestellung/Vorgehen:

Mittels Auswertung von Routinedaten der DRV Westfalen wurde der Frage nachgegangen, ob die regionale medizinische Versorgung und der Arbeitsmarkt im Zusammenhang mit dem Antrags- und Ablehnungsgeschehen der psychosomatischen Rehabilitation stehen. Außerdem wurde untersucht, ob sich die Behandlungsschwere (operationalisiert durch den Indikator des Reha-Erfolgs) von psychosomatischen Rehabilitanden in einem 10-Jahreszeitraum (2004-2013) verändert hat.

Ausgewählte Ergebnisse:

- Es konnten Hinweise gewonnen werden, dass eine Kompensation fehlender ambulanter Versorgungskapazitäten durch die psychosomatische Rehabilitation erfolgt: Regionen mit einer niedrigen Anzahl an Hausärzten weisen beispielsweise ein höheres relatives Risiko für eine Antragstellung und gleichzeitig ein niedrigeres Risiko für eine höhere Ablehnungsquote auf.
- Zusammenhänge des Arbeitsmarkts mit dem Antrags- und Ablehnungsgeschehens konnten nicht festgestellt werden.
- Sowohl positive als auch negative Einflussfaktoren auf den Reha-Erfolg haben in dem untersuchten 10-Jahreszeitraum zugenommen.
- Während der Anteil von Entlassungen mit einem Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im 10-Jahreszeitraum nur gering schwankt (min: 86,4 %, max: 89,3 %), steigt der Anteil der arbeitsunfähig entlassenen Rehabilitanden im gleichen Zeitraum von 37,1 % in 2004 auf 49,3 % in 2013.
- PREA wurde 2017 mit dem Forschungspreis der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet.

### **Sozialmedizin in Rehabilitation und Begutachtung**

- Projekt zur Erfassung von Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung bei Erwerbsminderungsrenten (PEgL)
- Berentung aufgrund leichter oder transitiver psychischer Störungen



- (BaltS)
- Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Bewertung der Reintegrationsprognose und der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Rentenantragstellern mit psychischen Störungen (IREPRO)
  - Optimierung der Verfügbarkeit und Verwendung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Arbeitsplatzkenntnissen in der medizinischen Rehabilitation (*OpAA*)
  - Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung einer Handlungshilfe für die Praxis (SOLEB) – laufend

Die Projekte beschäftigen sich mit Fragen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in Rehabilitation und Begutachtung. In zwei Projekten wurden Aspekte des sozialmedizinischen Entscheidungsprozesses im EM-Rentenverfahren untersucht (PegL, BaltS). In zwei Projekten wurden Hilfsmittel zur Unterstützung des sozialmedizinischen Entscheidungsprozesses entwickelt, die über die Projektlaufzeit hinaus Nutzen haben (IREPRO, *OpAA*), ebenso im aktuell laufenden 5. Projekt (SOLEB). Exemplarisch wird ein Projekt etwas ausführlicher dargestellt:

### **Projekt zur Erfassung von Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung bei Erwerbsminderungsrenten (PEgL)**

Fragestellung/Vorgehen:

Anhand 8 orthopädischer und 8 psychiatrisch/psychosomatischer Fallvignetten wurden kontextuelle und intrapersonale Einflussfaktoren auf die gutachterliche Einschätzung des Leistungsvermögens im Erwerbsminderungsrentenverfahren untersucht.

Ausgewählte Ergebnisse:

- Die Gutachterübereinstimmung bzgl. der Frage, ob ein Leistungsvermögen von unter 6 Stunden oder 6 Stunden und mehr vorliege, lag bei den orthopädischen Gutachtern (n=94) je nach Fall zwischen 77 % und 96 % und bei den psychiatrischen Gutachtern (n=101) zwischen 64 % und 88 %.
- Hinweise, dass das gutachterliche Neutralitätsgebot durch die persönliche Grundhaltung der Gutachter verletzt wird, wurden nicht gefunden.
- In beiden Fachdisziplinen wurde der gutachterliche Untersuchungsbe fund als wesentliche Quelle für die Urteilsbildung benannt.
- Die Gutachter formulieren Informations- und Schulungsbedarf bzgl. des Konstrukts „Allgemeiner Arbeitsmarkt“. Dieser ist die Referenzfläche für die Leistungsbeurteilung.
- Eine der Fallvignetten konnte im Rahmen eines Blended E-Learning Szenarios in der sozialmedizinischen Lehre der Ruhr-Universität Bochum erfolgreich eingesetzt werden.

**Dr. Michael Körner**  
Abteilungsleiter

Titel des Projektes:

## **Optimierung der Verfügbarkeit und Verwendung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Arbeitsplatzkenntnissen in der medizinischen Rehabilitation (*OpAA*)**

**Beteiligte:**

Projektleitung: Jochen Heuer

**Laufzeit:**

1. Januar 2015 bis 30. Juni 2018

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Ziel der *OpAA*-Studie ist es, erstmals routinemäßig umfassende Informationen über die Arbeitsplätze aller Patienten für Rehabilitationseinrichtungen bereitzustellen. In der Regel sind 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. Mit der *OpAA*-Studie sollen diese Instrumente überprüft und implementiert werden. Erwartet werden verbesserte Chancen auf Wiedereingliederung und Erhalt des Arbeitsplatzes nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

**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.

**Ergebnisse:**

Der in den KoRB-Studien vorentwickelte Patientenfragebogen zum Arbeitsplatz wurde im *OpAA*-Projekt finalisiert und in 15 Betrieben auf die Objektivität der Patientenangaben und damit seine Validität 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. Zur Überprüfung der Verständlichkeit und Eindeutigkeit des Fragebogens zum Arbeitsplatz wurden bis zur Sättigung des Informationsflusses 6 Mitarbeiter-Interviews geführt und 32 Mitarbeiter-Fragebögen erhoben. Die Mitarbeiter zeigten keinerlei Verständnisprobleme. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit lag bei ca. 20 Minuten. Als generelles Fazit kann somit gelten: Der Fragebogen zum Arbeitsplatz ist in Betrieben zuverlässig einsetzbar.

Die Umsetzungsphase in den Kliniken lief aufgrund unterschiedlicher Voraussetzungen mit entsprechend differenzierter Vorgehensweise. In Klinik A (Orthopädie) wird eine elektronische Patientenakte (EPA) mit verschiedenen redundanten Informationsquellen eingesetzt. Das IfR entwickelte daher einen neuen „Patientenfragebogen zur orthopädischen Rehabilitation“. Das neue Instrument wurde an 100 Patienten erprobt, die Ergebnisse werden zurzeit ausgewertet. Klinik B (Psychosomatik, Kardiologie) arbeitet mit einer elektronischen Berufsanamnese, die durch Fragen und Themen aus dem *OpAA*-Fragebogen ergänzt und vervollständigt wurde und bereits in der veränderten Form zum Einsatz kommt. Die beteiligte Klinikgruppe berät über den Einsatz des durch den *OpAA*-Fragebogen modifizierten und ergänzten Web-Check-Ins für mehrere ihrer Einrichtungen. Weitere Reha-Einrichtungen haben um Überlassung des *OpAA*-Fragebogens gebeten, um die hauseigene Arbeitsplatzanamnese zu ergänzen.

#### **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. Die Überprüfung der Einsetzbarkeit im klinischen Alltag ist noch nicht komplett abgeschlossen. Es steht aber zu erwarten, dass nach der vorgenommenen diagnosespezifischen Präzisierung und der klinikbezogenen Individualisierung die Kliniken bessere Voraussetzungen haben werden, näher am Arbeitsplatz zu therapieren und einen 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:**

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

**Beteiligte:**

Projektleitung: Dr. Bettina Hesse, Dr. Susanne Dibbelt  
Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Dr. Michael Körner  
Projektmitarbeiter: Dipl.-Psych. Kirsten Bollmann  
Monika Schaidhammer-Placke

**Laufzeit:**

1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2018

**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 ein mehrphasiges qualitatives Projekt. Zum einen wurden in Interviews Bedürfnisse der Nutzer und der Reha-Mitarbeiter erfragt, zum anderen per Fragebogen die Praxis der Leistungsbeurteilung in den Klini-

ken erhoben. Diese Ergebnisse fließen in den Leitfaden ein. Anstelle der zunächst geplanten Printversion des Leitfadens wird eine Website erstellt ([www.leistungsbeurteilung-reha.de](http://www.leistungsbeurteilung-reha.de)), auf die Mitarbeiter von Reha-Einrichtungen überall und jederzeit unkompliziert zugreifen können. Eine Website bietet den Vorteil, dass sie zeitnah an aktuelle Entwicklungen angepasst werden kann. Sie ermöglicht eine effizientere Handhabung als ein Druckprodukt (z. B. durch Querverweise, Suchfunktion). Es wird daher erwartet, dass die Website auf breiter Basis genutzt wird. In die Website sind zusätzlich Möglichkeiten der Durchführung von Onlinebefragungen und der Einrichtung eines Diskussionsforums integriert. Die Website wird in mehreren Phasen erarbeitet, nach jeder Phase Experten vorgelegt und bei Bedarf modifiziert.

### **Ergebnisse:**

Die Datenerhebungsphase wurde im August 2016 abgeschlossen. Die Ergebnisse wurden auf den Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien 2017 und 2018 vorgestellt.

Der erste Teilabschnitt der Website-Erstellung ist abgeschlossen. Es wurden Inhalte online gestellt und sowohl von ärztlichen als auch nichtärztlichen Reha-Mitarbeitern ein Experten-Feedback eingeholt. Die Themen für den zweiten Teilabschnitt sind in Bearbeitung. Auch nach diesem Teilabschnitt werden Reha-Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen um ein Feedback gebeten, bevor nach Einarbeitung aller Korrekturen die Webseite Ende 2018 endgültig online gehen wird.

### **Zusammenfassung:**

Mit den bisherigen Projektarbeiten ist es gelungen, die Perspektive aller an der sozialmedizinischen Beurteilung Beteiligten in den Blick zu nehmen und systematisch anhand von Anforderungen, Barrieren und Ressourcen zu beschreiben. Die Daten bilden die Grundlage für die geplante Handlungshilfe zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und deren Umsetzung als Website. Die Entwicklung ist bereits zur Hälfte abgeschlossen, die Website wird ab Ende 2018 für alle Reha-Mitarbeiter online frei verfügbar sein.

### **Umsetzungsempfehlung:**

Einmal erstellt, wird die Website [www.leistungsbeurteilung-reha.de](http://www.leistungsbeurteilung-reha.de) eine gute Unterstützung der Behandler in der medizinischen Rehabilitation sein. Eine Weiterentwicklung in Form eines in die Website integrierten E-Learning-Moduls ist als Folgeprojekt geplant.

**Titel des Projektes:**

**Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work? (ZEMI)**

**Beteiligte:**

Projektleitung: Elena Köckerling, MSc

Projektmitarbeiterin: Monika Schaidhammer-Placke, MA

**Laufzeit:**

15. August 2016 bis 14. August 2018

**Fachliche Beratung:**

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Dr. Bettina Hesse

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, PD Dr. Odile Sauzet

**Projektidee, wissenschaftlicher Stand:**

Die zeitliche Befristung von Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) impliziert eine Besserungsmöglichkeit des Gesundheitszustandes bzw. die Chance auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit. Bislang ist nicht bekannt, wie viele Erwerbsminderungsrentner\*innen (EMR) derzeit ohne koordinierte Unterstützung den Weg zurück ins Erwerbsleben schaffen. Dass die Rückkehr von EMR ins Erwerbsleben sinnvoll und daher unterstützenswert ist, kann aus verschiedenen Perspektiven aufgezeigt werden: Für die Deutsche Rentenversicherung als Kostenträger bedeutet die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, dass vorzeitige EM-Rentenzahlungen wegfallen und ggf. neue Beiträge aus sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen eingehen und somit zur Stabilität des Finanzierungssystems beitragen. Auch für die EMR bietet die Rückkehr ins Erwerbsleben Vorteile: Es besteht dadurch wieder die Möglichkeit, die psychosozialen Funktionen von Erwerbstätigkeit, wie z. B. den Austausch mit Kolleg\*innen, Strukturierung des Alltags oder Anerkennung der geleisteten Arbeit, zu erfahren. Zudem sind EMR in erhöhtem Maß von Armut bedroht. Es ist außerdem davon auszugehen, dass EMR ähnlich wie Arbeitslose auch von Stigmatisierung betroffen sind und ihnen unterstellt wird, „nicht arbeitswillig“ zu sein.

**Methodisches Vorgehen:**

Anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung wurden die erwerbsbiografischen Verläufe sowie soziodemografische, gesundheitliche und ökonomische Merkmale der zeitlich befristeten EMR ausgewertet. Die bisher existierenden nationalen und internationalen Interventionsansätze und Erfahrungen zu „Return to Work (RTW) aus der EM-Rente“ wurden durch einen systematischen Review erfasst. Die Ergebnisse wurden anschließend im Rahmen einer Gruppendiskussion mit relevanten Stakeholdern und mit Blick auf Implikationen für EMR in Deutschland aufgearbeitet. Die Auswer-

tung der Gruppendiskussion erfolgte inhaltsanalytisch.

### **Ergebnisse:**

Die deskriptive Datenanalyse hat gezeigt, dass von den untersuchten Personen, die 2006 zum ersten Mal eine zeitlich befristete EM-Rente erhalten haben (N=9.789), 5,9 % (N=577) ein RTW in einem der sieben Folgejahre erreichen konnten. Es konnte in der Regressionsanalyse außerdem festgestellt werden, dass sowohl soziodemografische Merkmale der EMR, als auch Kennzeichen der Gesundheit und der Erwerbssituation in signifikanten Zusammenhängen mit der Wahrscheinlichkeit auf ein RTW auf den ersten Arbeitsmarkt stehen. In den systematischen Review wurden 72 Dokumente eingeschlossen. Es konnten nationale und internationale Informationen zu Unterstützungsmaßnahmen in Modellprojekten gefunden werden. Es hat sich gezeigt, dass es bisher keine langfristig erfolgreichen Maßnahmen gibt, die das RTW von EMR fördern. Die erfolgreichsten Maßnahmen umfassen eine Kombination aus finanziellen Anreizen und Langzeitbegleitung (z. B. Casemanagement). Darüber hinaus konnten Untersuchungen der Ist-Situation identifiziert werden, die bspw. Aufschluss darüber gaben, dass bei bis zur Hälfte der EMR durchaus Motive für ein RTW vorhanden sind, es jedoch an der Umsetzung in den meisten Fällen scheitert. Es wurden personenbezogene und systembezogene Barrieren untersucht, sowie drei zentrale Herausforderungen benannt:

- 1) Die RTW-orientierte Ausrichtung des EM-Rentensystems stärken
- 2) Kooperation der Behörden untereinander verbessern
- 3) Zusammenarbeit von Behörden, Arbeitgebern und Gesundheitsprofessionen verbessern.

### **Zusammenfassung und Ausblick:**

Das ZEMI-Projekt hat aufgezeigt, dass ein RTW aus der zeitlich befristeten EM-Rente nur in wenigen Fällen erreicht wird und Unterstützungsmaßnahmen daher sinnvoll erscheinen. Die nationalen und internationalen Erfahrungen haben gezeigt, dass eine Kombination aus finanziellem Anreiz und Langzeitbegleitung am erfolgversprechendsten sind. Praxis-Herausforderungen bestehen primär in der übergreifenden Zusammenarbeit von Stakeholdern, weshalb der Aufbau von festen Strukturen zum frühzeitigem Austausch und Einleitung von Fallmanagements gefordert wird.













Deutsche  
Rentenversicherung  
Westfalen