

# 35. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Fairsorgt in der Reha?

Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen

vom 24. bis 26. März 2026 in Leipzig



Herausgeber:  
Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund

# **35. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium**

**Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung**

**Deutsche Rentenversicherung Bund**

**Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland**

in Zusammenarbeit mit

**Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)**

## **Wissenschaftliche Leitung**

Dr. Marco **Streibelt**, Dr. Susanne **Weinbrenner**

Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Thorsten **Meyer-Feil**

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

## **Programmkomitee**

Prof. Dr. V. **Arling** (Aachen), Prof. Dr. M. **Bassler** (Nordhausen),  
Prof. Dr. H. **Baumeister** (Ulm), Prof. Dr. C. **Bergelt** (Greifswald),  
Prof. Dr. M. **Bethge** (Lübeck), Prof. Dr. E. M. **Bitzer** (Freiburg),  
Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. D. **Busch** (Berlin),  
Prof. Dr. C. **Dockweiler** (Siegen), Prof. Dr. W. **Göhner**, (Freiburg),  
Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg),  
Dr. D. **Herbold** (Bad Gandersheim), PD Dr. Aike **Hessel** (Bremen),  
Dr. H.-J. **Hesselschwerdt** (Bad Krozingen), Prof. Dr. A. **Kobelt-Pönicke** (Laatzen),  
Prof. Dr. R. **Koczulla** (München), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald),  
Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow), Prof. Dr. G. **Krischak** (Friedrichshafen),  
Dr. K. **Mattukat** (Halle/Saale), Prof. Dr. A. **Mehnert-Theuerkauf** (Leipzig),  
Prof. Dr. A. **Menzel-Begemann** (Münster), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal),  
Prof. Dr. K. **Nebe** (Halle/Saale), Prof. Dr. S. **Neuderth** (Würzburg),  
Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen),  
Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Prof. Dr. T. **Schaumberg** (Nordhausen),  
Prof. Dr. M. **Schuler** (Bochum), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach),  
Dr. Natalie **Schüz** (Bremen), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand),  
Prof. Dr. U. **Seifart** (Marburg), A. **Stoye** (Halle/Saale),  
Prof. Dr. S. **Tophoven** (Düsseldorf), Prof. Dr. H. **Völler** (Rüdersdorf),  
Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. P. **Warschburger** (Potsdam),  
Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg),  
Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel), Prof. Dr. M. A. **Wirtz** (Freiburg)

## **Kongresskomitee**

Katrin **Parthier** (Leitung); Tim **Spiegel**, Jana **Honczek**, Nina Jasmin **Lindner**,

Melanie **Schweda** (Organisation); Tim **Krüger**, Selina **Teindl** (Wissenschaft)

Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Lokales Kongresskomitee**

Kristin **Ristow**, Antje **Dahlendorf**, Sophie **Jähn**, Nicole **Typiak**, Dr. Kerstin **Mattukat**,  
Anja **Stoye**

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

## **Vorwort**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Teilnehmende,  
zum 35. Reha-Kolloquium in Leipzig heißen wir Sie herzlich willkommen!

„Fairsorgt in der Reha? Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen“. Unter diesem Motto steht unser diesjähriges Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Im Mittelpunkt steht in diesem Jahr also die Frage, wie eine offene, diversitätssensible und gerechte Gestaltung von Teilhabeleistungen gelingt. Dies mag für einige ein „alter Hut“ sein. Doch gerade in der heutigen Zeit ist die Berücksichtigung von Vielfalt in der sozialen Absicherung und in der Versorgung der Menschen kein Allgemeinplatz. Der Legitimationsdruck auf die sozialen Sicherungssysteme und auf die gesundheitliche Versorgung steigt. Eine effiziente, mithin also kostengünstige und gleichermaßen effektive Leistungserbringung steht im Mittelpunkt eines Diskurses, der im Schatten einer angespannten Haushaltslage geführt wird.

Das schließt sich nicht aus! Rehabilitation ist kein „Nice-to-have“, sondern ein zentraler Hebel sozialer Sicherung und gesellschaftlicher Teilhabe. Reha hat eine wichtige gesellschaftliche Funktion! Chancengleichheit und faire Versorgung bedeuten deshalb im Reha-Kontext nicht, allen identische Leistungen anzubieten, sondern Angebote so auszugestalten, dass sie an unterschiedliche Bedarfe, Kontexte und Lebenslagen anschließen. Das schließt bei der Betrachtung auch Faktoren wie soziale Lage, Alter, Geschlecht oder auch Bildung und ihre Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung mit ein.

„Fairsorgt“ ist dabei kein Zustand, sondern eine kontinuierliche Aufgabe. Sie fordert uns heraus, Gewohntes zu hinterfragen, Perspektiven zu erweitern und unterschiedliche Sichtweisen konstruktiv miteinander zu verbinden. Sie eröffnet die Chance, die Rehabilitation als lernendes System weiterzuentwickeln. Wer mit multiplen Belastungen in die Rehabilitation eintritt, startet häufig mit ungünstigeren Voraussetzungen für stabile Teilhabe. Was bedeutet das für unseren Zugang? Wie müssen unsere Leistungen ausgestaltet sein, um allen Menschen eine besonders „faire“ Versorgung anbieten zu können? Wer braucht im Anschluss eine weiterführende Begleitung, wer aber auch nicht?

Das diesjährige Rahmenthema des Reha-Kolloquiums lenkt den Blick also auf die Passgenauigkeit des aktuellen Angebotes in Deutschland auf unterschiedliche Lebens- und Bedarfslagen. Damit kommen wir weg von der Frage: „Ist Reha wirksam?“ hin zu der Frage: „Für wen ist welche Form der Reha wirksam?“ Eine faire Versorgung berücksichtigt, dass gesundheitliche Chancen und Verläufe nicht für alle gleich sind und dass Rehabilitation dort besonders wirksam ist, wo sie differenziert, zielgruppensensibel und evidenzbasiert gestaltet wird.

Und nicht zuletzt entsteht Chancengerechtigkeit durch verlässliche und zugängliche Strukturen, die Menschen in kritischen Phasen unterstützen und Perspektiven eröffnen. Gerade vor dem Hintergrund aktueller Debatten über Kosten, Effizienz und Priorisierung in sozialen Sicherungssystemen lohnt der Blick auf das, was Rehabilitation leisten kann: Teilhabe ermöglichen, gesundheitliche Chancen verbessern, langfristig gesellschaftliche Folgekosten vermeiden und damit eine Stärkung

der sozialen Sicherung in Deutschland. Hierfür stehen wir, und das Reha-Kolloquium bietet den fachlichen Rahmen, diesen Anspruch mit Inhalt zu füllen.

Wir wünschen Ihnen einen erkenntnisreichen Kongress, lebhafte Diskussionen und inspirierende Begegnungen!

Dr. Susanne Weinbrenner      Dr. Marco Streibelt      Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil



### **Hinweise zu den Beitragsinhalten und Angaben**

Für den Inhalt der Beiträge sowie für Personen- und Institutionenangaben sind die Beitragsautorinnen und -autoren verantwortlich. Für die Richtigkeit der Angaben wird keine Gewähr übernommen.

### **Hinweise zu Interessenkonflikten**

Die Erstautorinnen und -autoren der präsentierten Vorträge und Poster wurden nach möglichen Interessenkonflikten und Fördermitteln gefragt. Sofern Interessenkonflikte und/oder Fördermittel angegeben wurden, werden diese am Ende der jeweiligen Kurzbeiträge aufgeführt.

### **Hinweise zur Genderschreibweise**

Den Autorinnen und Autoren der im vorliegenden Heft abgedruckten Beiträge war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Arbeit, Betrieb, Inklusion.....</b>                                                                                                                                                                                                                                              | <b>29</b> |
| Betriebliche Einschätzungen zu Inklusionshürden und -maßnahmen<br><i>Anna-Maria Fischer; Karolin Hiesinger; Laura Pohlan.....</i>                                                                                                                                                   | <i>29</i> |
| Burnout vorbeugen durch Resilienz – Einblicke aus einer sechsmonatigen<br>Längsschnittstudie<br><i>Viktoria Arling; Veneta Slavchova; Jens Knispel .....</i>                                                                                                                        | <i>31</i> |
| How to be a role model – Führungskräfte mit Behinderungen als Vorbilder im<br>Arbeitsleben<br><i>Karoline Rhein; Rebecca Groß; Jana F. Bauer; Marie Heide; Jana Buckermann;<br/>Lea Helmrich; Mathilde Niehaus.....</i>                                                             | <i>34</i> |
| Mobbing am Arbeitsplatz in Deutschland: Neue Evidenz und Perspektiven für<br>Prävention und Rehabilitation<br><i>Margrit Löbner; Franziska Welzel; Franziska Jung; Alexander Pabst; Antonia Buß;<br/>Hermann Burr; Uwe Rose; Andreas Seidler; Steffi G. Riedel-Heller.....</i>      | <i>36</i> |
| Präsentismus und der Umgang mit chronischer Erkrankung am Arbeitsplatz:<br>Entwicklung einer digitalen Handlungshilfe<br><i>Mathilde Niehaus; Marie Heide; Carlotta Grupe .....</i>                                                                                                 | <i>37</i> |
| <b>Berufliche Rehabilitation: Prozesse und Verläufe .....</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>40</b> |
| Arbeitgebende zwischen Nähe und Distanz – Eine explorative Mixed-Methods-<br>Studie über das Wissen, die Erfahrungen und die Erwartungen von Arbeitgebenden<br>im Prozess der beruflichen Rehabilitation<br><i>Christopher Grobys; Heike Ohlbrecht; Carsten Detka .....</i>         | <i>40</i> |
| Charakteristiken diskontinuierlicher Verläufe in beruflichen<br>Rehabilitationsmaßnahmen – Eine retrospektive Analyse des RehaAssessments® in<br>Berufsförderungswerken<br><i>Regina Weißmann; Verena Kakuschke; Joachim Thomas.....</i>                                            | <i>42</i> |
| Fehlzeiten als Lern- und Anpassungsphasen: Qualitative Prozessanalysen von<br>diskontinuierlichen Verläufen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in<br>Berufsförderungswerken<br><i>Stefan Dreßke; Nathalie Glamann; Carsten Detka; Heike Ohlbrecht .....</i>                | <i>44</i> |
| Umgang der Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit sozialen Bedarfen von<br>Rehabilitand*innen in der beruflichen Rehabilitation<br><i>Harald Zellner; Nadja Freymüller; Tobias Knoop; Thorsten Meyer-Feil.....</i>                                                                      | <i>46</i> |
| Zur Zuweisungspraxis von Reha-Fachberatenden als Teil beruflich-habitueller Profile<br>– Eine Mixed-Methods-Studie zu den impliziten Zuweisungspraktiken in die<br>Berufsförderungswerke von Reha-Fachberatenden<br><i>Christopher Grobys; Heike Ohlbrecht; Carsten Detka .....</i> | <i>50</i> |
| <b>Berufliche Rehabilitation: Strukturen, Zielgruppen, Digitalisierung .....</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>53</b> |
| Berufliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken: Digitalisierung und neue<br>Voraussetzungen der Rehabilitand*innen?<br><i>Christoph Burzlaff; Frauke Mörike .....</i>                                                                                                          | <i>53</i> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Die Teilnehmendenstruktur in der beruflichen Rehabilitation: Psychisch erkrankte Menschen im Fokus<br><i>Janett Görke; Nico Seifert; Marco Streibelt</i> .....                                                                                                                                                             | 55        |
| Optionen und Perspektiven der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen in der beruflichen Rehabilitation. Qualitative Befunde aus Bayern<br><i>Stefan Zapfel; Clemens Kraetsch</i> .....                                                                                                                               | 57        |
| Teilzeitmaßnahmen in der beruflichen Rehabilitation: Bedarf, Einflussfaktoren und Gestaltungsperspektiven<br><i>Felix Hussenöeder; Ines Conrad; Steffi Riedel-Heller</i> .....                                                                                                                                             | 59        |
| Zukunftsorientierte Berufsfelder in der beruflichen Rehabilitation – Teilhabe sichern im digitalen Wandel<br><i>Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock</i> .....                                                                                                                                                          | 61        |
| <b>Bewegungstherapie und bewegungsbezogene Versorgungsforschung</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>64</b> |
| Bewegungstherapie und Krafttraining in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung 2023. Eine Analyse von KTL-Daten<br><i>Lukas Born</i> .....                                                                                                                                                       | 64        |
| Herzangst, Alltagsaktivität und Sportaktivitätsmuster nach kardiologischer Reha: Ergebnisse einer RCT-Studie<br><i>Stephan Kinkel; Jana Strahler; Wiebke Göhner-Barkemeyer</i> .....                                                                                                                                       | 66        |
| Langfristige Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer klinikübergreifenden qualitativen Analyse von Rehabilitand*innen-Perspektiven<br><i>Johanna Popp; Eva Grüne; David Victor Fiedler; Wolfgang Geidl; Gorden Sudeck; Klaus Pfeifer</i> .....                                           | 68        |
| Prädiktoren einer erhöhten sportlichen Aktivität nach einer verhaltensmedizinisch-orientierten orthopädischen Rehabilitation (VOR). Eine explorative Sekundäranalyse<br><i>Magali Luisa Jahn; Meike Südmeier; Nikolaus Ballenberger; Kai Lorenz; Scott Gissendanner; Gorden Sudeck; Dirk Möller; Beate Muschalla</i> ..... | 71        |
| Unterstützungsbedarfe für die Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Bewegungstherapeut*innen<br><i>Leon Matting; Florian Langhirt; Klaus Pfeifer; Andrés Jung; Wolfgang Geidl; Gorden Sudeck</i> .....                                                                                      | 73        |
| <b>Digitale und hybride Angebote in Rehabilitation und Prävention</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                | <b>76</b> |
| Gruppendynamische Prozesse in stationären und app-gestützten Interventionsphasen: Erkenntnisse aus einem hybriden psychosozialen Präventionsprogramm<br><i>Jan Gehrmann; Johannes Stephan; Ananda Stullich; Matthias Richter</i> .....                                                                                     | 76        |
| Niedrigere Motivation, höhere Teilnahme? Motivationsverläufe in digitalen versus konventionellen Präventionsprogrammen<br><i>Benedikt Broda; Anna Pelegrina; Jakob Hedin; Detlef Schmidt; Darko Jekauc</i> .....                                                                                                           | 78        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nutzungsverhalten, Adhärenz, Engagement und eHealth Literacy in einem hybriden Präventionsprogramm: Eine Mixed-Methods-Studie zu RV-Fit-Psychische-Gesundheit<br><i>Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Ananda Stullich; Matthias Richter</i> .....                          | 80  |
| Psychosomatische Hybrid-Reha in der Praxis: Erwartungen, Adhärenz und Zufriedenheit<br><i>Jana Langbrandtner; Ruth Deck</i> .....                                                                                                                                        | 82  |
| Zusammenhang psychosozialer Charakteristika und digitaler Gesundheitskompetenz (erhoben mit der eHLUS) in einer hybriden Präventionsleistung (RV-FIT-Psychische-Gesundheit)<br><i>Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Monika Sinha; Ananda Stullich; Matthias Richter</i> .. | 84  |
| <b>Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit im Kontext von Gesundheit und Teilhabe</b> .....                                                                                                                                                                                   | 87  |
| Arbeitslos ist nicht gleich arbeitslos: Arbeitslosentypen nach De Witte im LeiTAR-Projekt<br><i>Celine-Chantal Elster-Kann; Beate Muschalla</i> .....                                                                                                                    | 87  |
| Chronische Erkrankungen im Handwerk: Bedarfe, Barrieren und Empfehlungen<br><i>Ernst von Kardorff; Kristina Enders; Wolfgang Hien; Niklas Tibbe; Antonia Höfs; Amy Stelter</i> .....                                                                                     | 90  |
| Ein Blaufeuer für erwerbstätige mit psychischen Belastungen und Arbeitsplatzproblematik – Analysen zur Wirksamkeit<br><i>Michael Schuler; Silvan Renz; Christian Gerlich; Ina Pamperin; Nadine Vorsatz; Heiner Vogel</i> .....                                           | 92  |
| Ergebnisse der Evaluation aus der Perspektive der Teilnehmenden zum rehapro-Modellprojekt „agil in Wolfsburg“ – ein Mixed-Methods-Ansatz<br><i>Laura Haas; Sebastian Bernert</i> .....                                                                                   | 94  |
| Fragmentierung von Teilhabeleistungen und ihre Auswirkungen auf die Verstetigung rechtskreisübergreifender Projekte<br><i>Feline Zocher</i> .....                                                                                                                        | 96  |
| <b>Fairsorgt in der Reha?</b> .....                                                                                                                                                                                                                                      | 99  |
| Arbeit-Familien-Konflikte und ihre Bedeutung für die Psychosomatische Rehabilitation<br><i>Helen Bindels; Hanah Miluczenko; Matthias Bethge; Michael Schuler</i> .....                                                                                                   | 99  |
| Chancengleichheit sichern: Strukturen und Verfahren im Umgang mit Beschwerden von Rehabilitand*innen zu rassistischer Diskriminierung<br><i>Tuğba Aksakal; Fabian Erdsiek; Kübra Annac; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska</i> ...                                       | 101 |
| Chancengleichheit und gerechter Zugang zur medizinischen Rehabilitation?<br><i>Maria Mader; Lia Seibel; Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Anna Brinkmann; Oliver Razum</i> .....                                                                                          | 103 |
| Exklusionsrisiken und -faktoren bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit<br><i>Betje Schwarz</i> .....                                                                                                                                                                       | 105 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Rehalisierung: Positive Erfahrungen von Menschen mit vorbestehenden<br>Behinderungen in der medizinischen Rehabilitation<br><i>Anna Brinkmann; Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Lia Seibel; Oliver Razum</i> .....                                                                                                                    | 108        |
| <b>Fallmanagement, Beratung &amp; Steuerung</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>111</b> |
| Entwicklung und Evaluation eines Manuals zur Identifikation und Beratung von<br>Patienten in der medizinischen Rehabilitation mit LTA-Bedarf<br><i>Jens Knispel; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling</i> .....                                                                                                                             | 111        |
| Evaluation von Fallmanagement in der Rehafachberatung bei neun<br>Rentenversicherungsträgern – Ergebnisse aus Versichertenbefragungen und<br>Falldokumentationen<br><i>Julia Klinger; Sebastian Ehlen</i> .....                                                                                                                       | 114        |
| Gelingt eine berufliche Reintegration aus der Erwerbsminderungsrente heraus? –<br>Ergebnisse aus dem rehapro-Modellprojekt FREEMI.<br><i>Jens Knispel; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling</i> .....                                                                                                                                       | 116        |
| Mitarbeiter:innen der Berufsförderungswerke im Fallmanagement der DRV<br>Mitteldeutschland im Spannungsfeld unterschiedlicher Akteur:innen<br><i>Kathleen Rechlin; Philipp Überall; Sandra Schmitz; Thorsten Meyer-Feil</i> .....                                                                                                     | 119        |
| Reflexive Praxis im Fallmanagementprozess – Ein Einblick in die qualitative<br>Evaluation des Forschungsprojektes „FaKT“<br><i>Madelaine Saalman; Christopher Grobys; Julia Hille; Heike Ohlbrecht</i> .....                                                                                                                          | 121        |
| <b>Familie im Fokus: Kinder- und Jugendreha, pflegende Angehörige</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>123</b> |
| Die Unsichtbaren stärken - Perspektiven von Anbieter:innen auf junge informell<br>Pflegende<br><i>Petra Gierer; Irén Horváth</i> .....                                                                                                                                                                                                | 123        |
| Evaluation des Projekts „Starke Geschwister!“ - Unterstützungsangebote für<br>gesunde Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher<br><i>Melanie Jagla-Franke; Lars Schlüter; Leonard K. Kulisch; Charlotte Sievert;<br/>Marlen Förderer; Kerstin Kowalewski; Gabriele Helga Franke;<br/>Christa Engelhardt-Lohrke</i> ..... | 125        |
| Interprofessionelle neuropädiatrische Erstbefundung als Schlüssel für<br>personenzentrierte Rehabilitation: Familien verstehen, gemeinsam handeln, Erfolge<br>feiern<br><i>Melanie Hessenauer; Gaby Kirsch; Steffen Berweck; Jenni Janssen;<br/>Thomas Nastulla; Birgit Prodingen</i> .....                                           | 127        |
| Phasenspezifische Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe erwerbstätiger<br>pflegender Angehöriger – Ergebnisse aus dem Projekt „beLAnge-Pflege“<br><i>Kerstin Thümmel; Bernd Schmitz; Georg Lindinger; Feline Zocher</i> .....                                                                                                   | 129        |
| Pilotierung des Modellprojekts ZuKiJu - Ergebnisse der Prozessevaluation<br><i>Franziska Carow, Hannes Banaschak, Matthias Bethge</i> .....                                                                                                                                                                                           | 131        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Gesundheitskompetenz.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>134</b> |
| LeKER – Ein Rahmenkonzept mit Arbeitsmaterialien für Lehrküchenveranstaltungen<br>in der medizinischen Rehabilitation<br><i>Anne Schumacher; Angelina Heumüller; Felicitas Härlin; Andrea Reusch;<br/>Christian Toellner; Sigrid Hahn.....</i>                                                | <b>134</b> |
| Reha passt: Eine Website zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von<br>Rehabilitand*innen<br><i>Paula Rubertus; Roland Küffner; Sarah Niedermeier; Heiner Vogel;<br/>Matthias Lukaszik .....</i>                                                                                               | <b>136</b> |
| Relevanz der Gesundheitskompetenz für den Rehabilitationsverlauf in der dualen<br>Rehabilitation<br><i>Karin Meng; Peter Eisermann; Klaus Herrmann; Sabine Jendrosch; Volker Köllner;<br/>Jödis Kroll; Christoph Reichel; Gerhard Sütfels; Robert Wessbecher;<br/>Natascha Scheller .....</i> | <b>139</b> |
| Strukturiert vorbereitet – Eine Gesprächsvorbereitung für die Reha-Zwischenvsiste<br>zur Unterstützung des Übergangsmanagements<br><i>Madeline Richter; Clara Schwarze; Hans-Dieter Wolf; Petra Seidel; Heiner Vogel .....</i>                                                                | <b>141</b> |
| Was ist klimabezogene Gesundheitskompetenz und wie kann man sie messen? Ein<br>Konzeptmodell und systematisches Review<br><i>Nadine Sänger; Betje Schwarz; Michelle Jandl; Annika Wilke; Bettina Wollesen.....</i>                                                                            | <b>143</b> |
| <b>Innovationswerkstatt - System .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>147</b> |
| Flexibilisierung medizinischer Rehabilitation – im Spannungsfeld zwischen<br>Bewährtem und Innovation<br><i>Kristina Kulisch .....</i>                                                                                                                                                        | <b>147</b> |
| Gesundheitskommunikation im Handwerk neu denken – Kurzvideos als<br>niedrigschwelliger Zugang zu Prävention und Rehabilitation<br><i>Niklas Tibbe; Ernst von Kardorff; Antonia Höfs; Amy Stelter; Wolfgang Hien;<br/>Kristina Enders .....</i>                                                | <b>150</b> |
| Können Rehalots*innen Zugangschancen zu Kinder- und Jugendreha und<br>Teilhabemöglichkeiten erhöhen?<br><i>Katharina Nettekoven; Miriam Martin .....</i>                                                                                                                                      | <b>152</b> |
| Strukturelle Verankerung akademischer Therapieberufe: Ein Modell zur<br>Fachkräftesicherung und Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation<br><i>Christopher Röck.....</i>                                                                                                                    | <b>154</b> |
| Zwischen Beteiligung und Systemgrenzen: Partizipativer Co-Design-Prozess in einer<br>öffentlichen Organisation<br><i>Anna-Lena Moeckl; Sarah Jasiok; Feline Zocher; Sahin Dünder; Andreas Kögel.....</i>                                                                                      | <b>156</b> |
| <b>Innovationswerkstatt - Praxis .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>159</b> |
| Integration ausländischer Pflegefachkräfte in der neurologischen Frührehabilitation –<br>Eine quantitative Erhebung mit praxisorientierten Handlungsempfehlungen<br><i>Astrid Vinerica .....</i>                                                                                              | <b>159</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Neue Wege in der psychosomatischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse der Familienorientierten Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten (FER)<br><i>Hanah Miluczenko; Helen Bindels; Martin Sack; Veronika Zweckerl; Paul Bruckmann; Daniel Gerlach; Theresa Kergaßner; Stephen Aita; Annina Thiller; Michael Schuler</i> ..... | 161        |
| Patientenzentrierte Kommunikationsfertigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale des Behandlungsteams in der traumatologischen Rehabilitation - eine explorative Analyse<br><i>Martin Schindl; Harald Zipko</i> .....                                                                                                                         | 163        |
| Problemorientierte Ganganalyse in der Rehabilitation nach TEP: Potenzial zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs<br><i>Juliane Pietschmann; Helen Müller; Jasmin Sonntag; Rica Gerdesmeyer; Thomas Jöllenbeck</i> .....                                                                                                              | 166        |
| Therapeutische Aspekte der Ästhetik in der psychosomatischen Rehabilitation – Explorative Studie zur Wahrnehmung und Versprachlichung von Erlebnisprozessen in einer gruppentherapeutischen Intervention mit Bildmeditation<br><i>Friedbert Herm</i> .....                                                                              | 168        |
| <b>Instrumente im Kontext von Teilhabe, Rehabilitation und Sozialmedizin</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>171</b> |
| Das telefonisch assistierte Fragebogen-Interview für Menschen mit hochgradigem Sehverlust - Inklusive Befragungsmethode der BEiFall-Studie<br><i>Philipp Überall; Sandra Schmitz; Kathleen Rechlin; Thorsten Meyer-Feil</i> .....                                                                                                       | 171        |
| Die Patienten wissen es am besten: Validität Patienten-generierter ICF-Profile in der orthopädischen Rehabilitation<br><i>Stephanie Boden; Eveline Prochaska; Peter Bernstein</i> .....                                                                                                                                                 | 173        |
| Die Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung RTW: Einsetzbar für Personen die aktuell arbeitsfähig im Erwerbsprozess stehen?<br><i>Christian Gerlich; Jutta Ahnert; Claudia Joas; Till Manderbach; Heiner Vogel</i> .....                                                                                                                  | 175        |
| Fairness durch Evidenz: Psychometrisch fundierte Hilfebedarfsbemessung nach dem BTHG als Basis für Teilhabe und Potentialentwicklung<br><i>Silvia Queri</i> .....                                                                                                                                                                       | 177        |
| Modellierung der WD-FAB-DE-Items mit Methoden der Item-Response-Theorie<br><i>Sandra Meyer-Moock; Susanne Weinbrenner; Jörg Gehrke; Thomas Kohlmann; You-Shan Feng</i> .....                                                                                                                                                            | 179        |
| <b>Internistische Reha-Indikationen: Nieren-, Stoffwechsel- und Gastroenterologische Erkrankungen</b> .....                                                                                                                                                                                                                             | <b>183</b> |
| Adipositas bei Rehabilitand:innen: Unterschiede zu Beginn der Reha und Entwicklung über die Zeit - Sekundärdatenanalyse über 12 Monate<br><i>Sonia Lippke; Jörg Heimsoth; Max Bürger</i> .....                                                                                                                                          | 183        |
| Nierentransplantiert ins berufliche Aus – noch zeitgemäß?<br><i>Juergen Wagner; Ann-Sophie Wienke; Jana Sutterer-Bohro; Martin Bek</i> .....                                                                                                                                                                                            | 185        |
| Perceptions of Usability and Engagement in a Digital Rehabilitation Program for Obesity: A Qualitative Study<br><i>Mailah Khan; Darko Jekauc</i> .....                                                                                                                                                                                  | 187        |

Subjektive Belastungsscores als interdisziplinäre Marker der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bei Rehabilitanden mit chronischen internistischen Erkrankungen  
*Ann-Sophie Wienke; Jana Sutterer-Bohro; Ann-Kathrin Grotenburg; Gretha Wagner; Mario Siebler; Viktoria Arling; Juergen Wagner* .....189

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Kardiologische Rehabilitation: Zugang, psychische Belastung und Behandlungsergebnisse</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>191</b> |
| Die depressive Symptomatik als geschlechtsspezifischer Prädiktor der körperlichen Leistungsentwicklung in der kardiologischen Rehabilitation<br><i>Marc Teschler; Rene Garbsch; Boris Schmitz; Frank Mooren</i> .....                                                                                                                                                                                                              | 191        |
| Geringere Herzangst nach verhaltensmedizinisch orientierter kardiologischer Rehabilitation? 12-Monats-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie<br><i>Matthias Bethge; Dieter Benninghoven</i> .....                                                                                                                                                                                                                   | 193        |
| Geschlechterunterschiede beim Zugang zur Rehabilitation am Beispiel von Myokardinfarkt und Rückenschmerzen<br><i>Chris Bauer; Lisa Happe; Laura Golenia; Marc Baenkler</i> .....                                                                                                                                                                                                                                                   | 195        |
| Psychische Belastung und subjektive Gesundheit bei Herzpatient*innen<br><i>Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg</i> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 198        |
| Veranlassung zur Anschlussrehabilitation nach einem Herzinfarkt – Erklärungsmodell und Unterstützungssystem auf Basis einer Sekundärdatenanalyse<br><i>Desiree Kröckert; Melanie Lausen; Alexander Galk; Pascal Schmitz; Ulrike Kramer; Claudia Pieper</i> .....                                                                                                                                                                   | 200        |
| <b>Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>203</b> |
| Ambulante vs. stationäre orthopädische MBOR: Umsetzung der Berufsorientierung und Förderung der beruflichen Teilhabe<br><i>David Bühne; Christian Hetzel; Mathis Elling; Torsten Alles</i> .....                                                                                                                                                                                                                                   | 203        |
| Erwerbsbezogene Verankerung und Verläufe einer orthopädischen AHB der Rentenversicherung: Patient-Reported-Outcomes 12 Monate nach der Reha<br><i>Udo Kaiser; Wolfgang Bürger; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt</i> .....                                                                                                                                                                                                           | 205        |
| Implementierung der MBOR in der orthopädischen Anschlussrehabilitation (AHB) aus Sicht des Reha-Teams – Prä-post-Vergleich einer Mitarbeiterbefragung<br><i>Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Wolfgang Bürger; Udo Kaiser</i> .....                                                                                                                                                                                                 | 208        |
| Implementierung von Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen (MBOR-PRIME) – Ergebnisse einer nicht-randomisierten Interventionsstudie<br><i>Stefan Schulder; Jessica Roder; Stefanie Freytag; Harald Schickedanz; Achim Schäffner; Yvonne Gantert; Joachim Patzelt; Peter Rochlitz; Ute Engelhardt; Markus Bassler; Matthias Bethge</i> ..... | 211        |
| Veränderungen der Arbeitsfähigkeit und assoziierter Parameter infolge des medizinisch berufsorientierten Rehabilitationsverfahrens PV RehaJET®<br><i>Stefan Gschwenter; Martin Pelitz; Wolfgang Daxberger; Monika Mustak-Blagusz; Doreen Stöhr</i> .....                                                                                                                                                                           | 213        |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Neurologische und geriatrische Rehabilitation.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>215</b> |
| Berufliche Teilhabe bei MS: Ergebnisse der TAMuS-Studie zu personenbezogenen Einflussfaktoren<br><i>Nadine Schumann; Janin Venediger; Alexander Stahmann; Michael Sailer .....</i>                                                                                                                                                                                                                            | <i>215</i> |
| Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen - Problemlage und bisherige Ergebnisse des Modellprojekts BETA-MeH<br><i>Dolores Claros-Salinas; Annette Blaudszun-Lahm; Frank Eierdanz; Judith Hoffmann; Susann Huthmann; Regina Osraneck; Wilfried Schupp; Alexander Thomas; Rebekka Heyme .....</i>                                                                                  | <i>217</i> |
| VR-gestützte neuropsychologische und ergotherapeutische Behandlung: Pilotprojekt in vier neurologischen Rehabilitationseinrichtungen<br><i>Anne-Katrin Muth; Annabel Augustin; Lisa Happe; Laura Golenia .....</i>                                                                                                                                                                                            | <i>219</i> |
| Zielorientierte Ergebnismessung in der Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation: Aktueller Stand und Ausblick<br><i>Annika Hambrecht; Simone Telenga; Denis Haak; Edith Andres; Carina Stammann; Björn Broge; Eva Maria Bitzer .....</i>                                                                                                                                                        | <i>222</i> |
| Zugang zur mobilen geriatrischen Rehabilitation: Welche Auswirkungen hat die in der GKV erfolgte Allokationsausweitung?<br><i>Matthias Meinck; Kristina Pippel.....</i>                                                                                                                                                                                                                                       | <i>224</i> |
| <b>Onkologische Rehabilitation.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>226</b> |
| Berufliche Unterschiede beim Return-to-Work von Frauen mit Brustkrebs nach medizinischer Rehabilitation<br><i>Johannes Soff; Nora Tabea Sibert; Nico Dragano; Christoph Kowalski .....</i>                                                                                                                                                                                                                    | <i>226</i> |
| Effekte der Reha-Nachsorge-Website Onko-Vital auf das Bewegungs- und Entspannungsverhalten bis zu neun Monate nach Entlassung aus der onkologischen Rehabilitation.<br><i>Heike Kähnert; Birgit Leibbrand.....</i>                                                                                                                                                                                            | <i>228</i> |
| Evaluation of Socio-Medical Work Capacity Assessment in Colorectal Cancer Patients in German Rehabilitation Clinics<br><i>Tomislav Vlaski; Reiner Caspari; Harald Fischer; Tanja Trarbach; Marija Slavic; Hermann Brenner; Ben Schöttker.....</i>                                                                                                                                                             | <i>230</i> |
| Exploration gesundheitsbezogener Verlaufsprofile in der onkologischen Anschlussrehabilitation bei Brustkrebs<br><i>Mercedes Rutsch; Ruth Deck.....</i>                                                                                                                                                                                                                                                        | <i>232</i> |
| Umsetzung einer intensivierten, bedürfnisorientierten Beratungsintervention zur Rückkehr und dem Verbleib in Arbeit durch Berufslots*innen in Krebsberatungsstellen – Qualitative Ergebnisse der CARES Machbarkeitsstudie zu Kommunikation und Beziehungsaufbau<br><i>Kati Hiltrop; Paula Heidkamp; Lina Heier; Hannah Lange; Jannika Rother; Sophie Schellack; Christoph Kowalski; Nicole Ernstmann.....</i> | <i>235</i> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Personalisierte kardiale Rehabilitation: Biomarker, Datenmodelle und maschinelles Lernen.....</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>237</b> |
| Ein Machine-Learning-Ansatz zur Prädiktion der körperlichen Leistungsfähigkeit bei KHK-PatientInnen basierend auf Pulswellenanalyse und Spiroergometrie<br><i>Boris Schmitz; Hendrik Schäfer; Vassilis Tsakanikas; René Garbsch; Mona Kotewitsch; Marc Teschler; Dimitrios Fotiadis; Frank Mooren .....</i> | <i>237</i> |
| Einsatz von extrazellulären Vesikeln zur Prädiktion der Leistungsfähigkeit von Patient:innen mit KHK in der kardialen Rehabilitation<br><i>Frank Mooren; Carolina Balbi; René Garbsch; Marc Teschler; Boris Schmitz.....</i>                                                                                | <i>239</i> |
| Metabolische Rehabilitation bei kardiovaskulären PatientInnen<br><i>René Garbsch; Marc Teschler; Frank Mooren; Boris Schmitz.....</i>                                                                                                                                                                       | <i>241</i> |
| PrädiktoR-Studie – Identifizierung bio-psycho-sozialer Prädiktoren einer effektiven kardialen Rehabilitation<br><i>Anna Dmitrieva; Marc Teschler; Rene Garbsch; Melina Waranski; Mona Kotewitsch; Hendrik Schäfer; Katalina Verecke; Gereon Böll; Boris Schmitz; Frank Mooren .....</i>                     | <i>243</i> |
| Risikostratifizierung von KHK-PatientInnen in stationärer Rehabilitation mittels Biomarker-Score<br><i>Marc Teschler; Boris Schmitz; Mona Kotewitsch; Angela Moißl-Blanke; Hubert Scharnagl; René Garbsch; Marcus Klaber; Alexander Dressel; Hendrik Schäfer; Winfried März; Frank Mooren.....</i>          | <i>245</i> |
| <b>Post COVID - eine unendliche Geschichte? .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>247</b> |
| Eignen sich die Befundungen eines interdisziplinären Expertenboards zum Training von KIs?<br><i>Dominik Raab; Samuel Bergé; Tobias Klomp; Tobias May; Sarah Bergé; Anna Bittner; Andrés Kecskeméthy; Jürgen Wagner; Mario Siebler.....</i>                                                                  | <i>247</i> |
| Entwicklung und Erprobung eines subjektiven Belastungsscores (sBS) für Post-COVID-Patient:innen<br><i>Ann-Kathrin Grotenburg; Gretha Wagner; Ann-Sophie Wienke; Juergen Wagner; Mario Siebler; Viktoria Arling .....</i>                                                                                    | <i>249</i> |
| Hausärztliche Perspektiven auf die Rehabilitation bei Post-COVID: Zugänge, Erwartungen und digitale Chancen<br><i>Alexander Augsten; Heiner Vogel; Anne Simmenroth; Sarah Niedermeier .....</i>                                                                                                             | <i>252</i> |
| Subjektive und objektive Befunde zur Klassifizierung und Reha-Therapiesteuerung bei Post COVID Syndrom<br><i>Mario Siebler; Sarah Bergé; Anna Bittner; Stefan Schwarz; Jürgen Bonnert; Matthias Schmalenbach; Sigrid Krause; Guido Waldmann<sup>7</sup>; Saskia Meves; Jürgen Wagner; Dominik Raab.....</i> | <i>254</i> |
| Wearable-Daten zur COVID-Rehabilitation: Von akuten Fällen für die Post-COVID-Rehabilitation lernen<br><i>Solveig Vieluf; Caren Strote.....</i>                                                                                                                                                             | <i>256</i> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>PROMs und Digitalisierung .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>260</b> |
| Computer-adaptive PROM-Assessments als Teil einer modernen Reha-<br>Qualitätssicherung: Analyse der Baseline-Daten der Reha-Toolbox II<br><i>Mia Grote; Felix Fischer; Claudia Zensen; Robert Simon; Désirée Brand;<br/>Christian Tasso Braun; Johannes Falk; Susanne Weinbrenner; Matthias Rose;<br/>Gregor Liegl</i> .....                                | 260        |
| Digitale PROM-Erhebung in der Reha-Nachsorge: Real-Life-Evidenz zu<br>Arbeitsfähigkeit, Nutzung und Patient*innenmerkmalen<br><i>Sebastian Knapp; Frank Merten; Jessica Huss; Filippo Martino</i> .....                                                                                                                                                     | 262        |
| Praktikabilität und Implementierungsbedingungen von PROMs im Klinikalltag:<br>Erkenntnisse aus der schweizweiten PROMIS GH-10-Pilotstudie<br><i>Marie Utsch; Gaia Garuffi; Stephan Tobler; Manuela Marquardt</i> .....                                                                                                                                      | 264        |
| Wer profitiert von KI-gestützter PROM-Erhebung? Eine Mixed-Methods-Cluster-<br>Typologie zu Barrieren und Nutzen<br><i>Manuela Marquardt; Philipp Graf; Luisa Jung; Lisa Laske; Eric Therstappen;<br/>Robert Lindenberg</i> .....                                                                                                                           | 267        |
| Wie viel Körper braucht Sprachassistenten? Empirische Evidenz aus einer Feldstudie<br>zur PROM-Erhebung<br><i>Philipp Graf; Manuela Marquardt</i> .....                                                                                                                                                                                                     | 270        |
| <b>Psychische Erkrankungen in Rehabilitation und Sozialmedizin .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>274</b> |
| Beschwerdenuvalidierung bei der psychologischen Begutachtung von<br>Antragssteller:innen mit psychischen Erkrankungen für Rente/Rehageld in<br>Österreich<br><i>Markus Hochenburger; Birgit Senft; Marco Furtner</i> .....                                                                                                                                  | 274        |
| Direkte Veränderungsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation: Der<br>modifizierte „Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden –<br>Psychotherapie“<br><i>Marie-Luise Quiring; Friedemann Gerhards; Arpad Grec; Gregor Domes;<br/>Anette Pajung; Niels Bergemann</i> .....                                                           | 276        |
| Gründe und Häufigkeiten von Abbrüchen ambulanter psychiatrischer Rehabilitation<br>in Österreich und aktuelle Entwicklungen der Reha<br><i>Miriam Traugott-Suchomel; Daniela Fischer-Hansal; Birgit Senft</i> .....                                                                                                                                         | 278        |
| Prädiktoren beruflicher Wiedereingliederung von Teilnehmenden mit psychischen<br>Erkrankungen nach einer beruflichen Rehabilitation in Österreich<br><i>Elisabeth Stefanek; Siniša Grabovac; Lisa Dumhs; Stefan Gschwenter;<br/>Doreen Stöhr</i> .....                                                                                                      | 281        |
| Prä-Post-Verläufe und Return-to-work (RTW) 6 Monate nach einer dualen<br>Rehabilitation in unterschiedlichen somatischen Indikationsbereichen<br><i>Karin Meng; Peter Eisermann; Klaus Herrmann; Sabine Jendrosch; Volker Köllner;<br/>Jödis Kroll; Christoph Reichel; Gerhard Sütfels; Robert Wessbecher; Jennifer<br/>Seeger; Natascha Scheller</i> ..... | 283        |

|                                                                                                                                                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit zur Förderung von Teilhabe – Erfahrungen von Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“</b> ..... | <b>286</b> |
| Fallmanagement und rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit.<br>Fallstudienkenntnisse aus rehapro<br><i>Stefan Zapfel</i> .....                                                                 | 286        |
| Projektleitungen als Vermittler und Brückenbauer in rechtskreisübergreifenden Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro. Erkenntnisse aus Fallstudien.<br><i>Clemens Kraetsch</i> .....      | 288        |
| ReHaWeB – Wissenschaftliche Begleitforschung in einem rechtskreisübergreifenden Modellprojekt<br><i>Alexandra Wagner; Peter Sopp</i> .....                                                     | 290        |
| Vernetzung von Jobcenter und Rentenversicherung: Die integrative Arbeit von Lots*innen und Teilhabeberatung – Schnittstellenanalyse im Mehrebenensystem<br><i>Susanne Drescher</i> .....       | 293        |
| Zusammenarbeit lohnt sich: Ergebnisse einer Metaanalyse von rehapro-Modellprojekten zur Aktivierung und Integration arbeitsloser Versicherter<br><i>Sebastian Klaus</i> .....                  | 294        |
| <b>Rechtswissenschaften</b> .....                                                                                                                                                              | <b>297</b> |
| „Fairsorgt in der Reha? – Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen“ – Fairsorgt in der Reha auch als Pflegeperson?<br><i>Claudia Beetz</i> .....                                            | 297        |
| Barrierefreier Zugang zu öffentlichen Schulgebäuden – einfach Ländersache (?)<br><i>Berit Kristin Dose</i> .....                                                                               | 299        |
| Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in Landesbehörden<br><i>Stefan Stache</i> .....                                                                                                     | 301        |
| Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben durch Mobilitätsförderung<br><i>Michael Beyerlein</i> .....                                                                                               | 303        |
| Der Beitrag von Schiedsstellen zu Chancengleichheit und Interessenausgleich im Rehasystem<br><i>Michael Beyerlein</i> .....                                                                    | 305        |
| Inklusionsvereinbarungen als rehabilitations- und teilhabeförderndes Instrument aus empirischer Sicht zur Barrierefreiheit in Betrieb / Dienststelle<br><i>Dörte Busch</i> .....               | 307        |
| Qualitätssicherung der Beschulung von Schüler*innen während eines Klinikaufenthalts - Klinikschulen als Teil der deutschen Bildungslandschaft<br><i>Paula Vogel</i> .....                      | 309        |
| Rehabilitationsanspruch für WfbM-Beschäftigte<br><i>Felix Welti</i> .....                                                                                                                      | 311        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Verantwortung für ergonomischen/orthopädischen Büroarbeitsstuhl<br><i>Katja Nebe; Vanessa Specht</i> .....                                                                                                                                                                                                                                                  | 313        |
| Vorurteile gegenüber der Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung –<br>empirische und rechtliche Aspekte<br><i>Wolfgang Kohte; Thomas Ketzmerick</i> .....                                                                                                                                                                                          | 315        |
| <b>Reha-Bedarf und Reha-Zugang</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>317</b> |
| Berufsspezifische Belastungen in Deutschland – Eine statistische Analyse auf Basis<br>repräsentativer Erwerbstätigendaten<br><i>Katrin Stache; Christian Ebner; Merle Schulze</i> .....                                                                                                                                                                     | 317        |
| Intrinsische Motivation aufgeforderter zukünftiger Rehabilitand*innen: Welche Rolle<br>spielen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer<br>Eingebundenheit?<br><i>Carolin Baur; Anna Levke Brütt</i> .....                                                                                                                                   | 319        |
| Kurzantrag Rehabilitation (KUR) - Eine multiperspektivische Bewertung durch die<br>am Antragsprozess Beteiligten<br><i>Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha</i> .....                                                                                                                                                                                           | 321        |
| Proaktive Ansprache unter Nutzung des Risikoindex Erwerbsminderungsrente<br><i>Richard Albers; Johanna Prehn; Matthias Bethge</i> .....                                                                                                                                                                                                                     | 323        |
| Proaktiver Zugang zu Versicherten mit erhöhtem Risiko einer Erwerbsminderung:<br>Prozessmodellierung, Implementierung und Evaluation eines Verwaltungsprozesses<br><i>Johanna Prehn; Richard Albers; Matthias Bethge</i> .....                                                                                                                              | 325        |
| <b>Rehabilitation bei chronischen Schmerzen und somatischen Erkrankungen</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>328</b> |
| Evaluation eines Schlaf-Schmerz-Trainings in der Multimodalen stationären<br>Schmerztherapie unter besonderer Berücksichtigung der Durchführbarkeit einer<br>Follow-up Befragung<br><i>Jana Pötschke; Nadine Tscharaktschiew; Udo Rudolph; Andreas Dunger</i> .....                                                                                         | 328        |
| Evaluation eines spezifischen Rehabilitationskonzeptes bei ME/CFS<br><i>Bianca Erdmann-Reusch; Susanne Sondermann; Katrin Mehnert;<br/>Carmen Scheibenbogen</i> .....                                                                                                                                                                                       | 331        |
| Wirksamkeit der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation mit divergierenden<br>psychologischen Gruppenansätzen bei Rehabilitanden mit chronischen<br>Rückenschmerzen<br><i>Natascha Scheller; Dieter Benninghoven; Claudia Isele; Christof von Neukirch;<br/>Martin Kleinhans; Stefan Lueger; Ricarda Wesner; Paula Rubertus; Karin Meng</i> ..... | 333        |
| <b>Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom I</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>336</b> |
| Effekte einer medizinischen Rehabilitation mit anschließender digitaler, synchroner<br>Nachsorge bei Post-COVID-19 Syndrom – Ergebnisse der Reload-2.0-Studie<br><i>Inga Jarosch; Tessa Schneeberger; Rainer Glöckl; Rixa Hahn; Daniela Kroll;<br/>Martina Bönsch; Andreas Rembert Koczulla</i> .....                                                       | 336        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Fatigue bei Post-COVID: Ein spezifisches Symptom oder Ausdruck allgemeiner psychosomatischer Erschöpfung?<br><i>Alexa Alica Kupferschmitt; Lena Kohnle; Eike Langheim; Volker Köllner</i> .....                                                                                                                       | 338        |
| Krankheitswahrnehmung von Post-COVID-Rehabilitand:innen – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie<br><i>Sanny Witt; Anna Völkel; Magnus Friepörtner; Jörg Heimsoth; Aike Hessel; Natalie Schüz; Claas Unverferth; Anna Levke Brütt</i> .....                                                                            | 340        |
| Nachhaltigkeit des Erfolgs der Post COVID-Rehabilitation – 1-Jahres-Katamnese der PoCoRe-Studie.<br><i>Annika Horst; Volker Köllner; Thilo Hinterberger; Christoph Herrmann; Michael Jöbges; Stefan Kelm; Alexa Alica Kupferschmitt; Thomas Loew</i> .....                                                            | 342        |
| Symptomverlauf nach einer COVID-19-Erkrankung bei Versicherten der BGW nach Rehabilitation: Ergebnisse des 9-Monats-Follow-up<br><i>Svenja Mertens; Albert Nienhaus; Claudia Westermann; Uwe Koch-Gromus</i> .....                                                                                                    | 344        |
| <b>Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom II und Reha-Pneumologie</b> .....                                                                                                                                                                                                                                            | <b>346</b> |
| Arbeitsfähigkeit und Versorgungserfahrungen von Post-COVID-Betroffenen – Ergebnisse einer Querschnittbefragung<br><i>Jennifer Marie Burchardi; Lea Rückgauer; Andrea Budnick; Johanna Schuster; Martin Brünger</i> .....                                                                                              | 346        |
| Effekte eines multimodalen, hybriden Therapieprogramms (PROMISE) auf die Lebensqualität bei COPD-Patienten mit Alpha-1 Antitrypsinmangel<br><i>Inga Jarosch; Tessa Schneeberger; Rainer Glöckl; Sabrina Hasenknopf; Thomas Schmiediche; Silke Benedix; Nora Waßmuth; Ariane Lerch; Andreas Rembert Koczulla</i> ..... | 348        |
| Einfluss intraindividuelle Veränderungen physischer und neuropsychologischer Parameter auf die Arbeitsfähigkeit von post-COVID Patient:innen nach stationärer Rehabilitation<br><i>Iris Poppele; Marcel Ottiger; Alois Wastlhuber; Michael Stegbauer; Torsten Schlesinger; Katrin Müller</i> .....                    | 350        |
| Einflussfaktoren auf Arbeitsfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung bei post-COVID: ein systematisches Review<br><i>Marcel Ottiger; Iris Poppele; Torsten Schlesinger; Katrin Müller</i> .....                                                                                                                   | 352        |
| Langzeitergebnisse in der Post-COVID Versorgung der gesetzlichen Unfallversicherung unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Teilhabe<br><i>Janna de Voss; Stefan Dalichau; Philip Meyer</i> .....                                                                                                           | 354        |
| <b>Rehabilitative Versorgung von Menschen mit komplexen Teilhabeeinschränkungen</b> .....                                                                                                                                                                                                                             | <b>356</b> |
| Barrierefreiheit für Menschen mit Sinnesbehinderungen in Rehabilitationseinrichtungen: Versorgungslage und Handlungsbedarf<br><i>Christian Kempny; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska</i> .....                                                                                                                       | 356        |
| Das Konstrukt Rehabilitationsfähigkeit und seine Bedeutung für den Zugang zu Rehabilitation bei vorbestehender Behinderung<br><i>Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Lia Seibel; Anna Brinkmann; Oliver Razum</i> .....                                                                                                  | 357        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Die Bedeutung von Pflege, Assistenz und Begleitpersonen in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Rehabilitand*innen mit vorbestehender Behinderung<br><i>Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Lia Seibel; Anna Brinkmann; Oliver Razum</i> .....                                                                                                                                               | 359        |
| Versorgungslücken schließen: Teilnehmendenerfahrungen mit dem mobil-ambulantem Rehabilitationskonzept SIMRE<br><i>Tatjana Levin; Anne Ostermann; Judith Gartmann; Andrea Bökel; Thilo Busche; Christoph Egen</i> .....                                                                                                                                                                              | 362        |
| <b>Reha-Qualitätssicherung und Outcomes</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>364</b> |
| Benchmarking in der orthopädischen Rehabilitation nach Kniegelenkersatz mittels Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) – Ergebnisse einer multizentrischen, prospektiven Prä-Post-Studie mit 104 Rehabilitationseinrichtungen<br><i>Volker Beierlein; Ralf Bürgy; Torsten Kirsch; Johannes Kneißl; Matthias Köhler; Gert Krischak; Gina-Sophie Labahn; Annabelle Neudam; Holger Schulz</i> ..... | 364        |
| Funktionelle Überforderung, Erwartung und Arbeitsfähigkeit als Basis für ein multiparametrisches Reha-Outcome-Score-Modell<br><i>Bibiane Steinecker-Frohnwieser; Carola Pertinatsch; Bettina Thauerer; Doreen Stöhr; Monika Mustak-Blagusz; Ulrike Ziermann</i> .....                                                                                                                               | 366        |
| Medizinisch-Berufliche Orientierung in der orthopädischen Anschlussrehabilitation aus Rehabilitandensicht – Klinikvergleiche MBOR-AHB- und MBOR-R-Studie<br><i>Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Wolfgang Bürger; Udo Kaiser</i> .....                                                                                                                                                               | 368        |
| Potenzial einer gemeinsamen Skala für patientenberichtete und performanzbasierte körperliche Funktionsmessungen in der Rehabilitation: Eine Multicenter-Studie<br><i>Gregor Liegl; Audrey Yuki Brinker; Volker Köllner; Ursula Müller-Werdan; Frank Buttgereit; Andreas Heißel; Udo Schneider; Volkan Aykac; Felix Fischer; Matthias Rose</i> .....                                                 | 371        |
| Unterscheiden sich erwerbstätige orthopädische Rehabilitanden in Heilverfahren (HV) und Abschlussheilbehandlung (AHB)?<br><i>Jürgen Schmidt; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling</i> .....                                                                                                                                                                                                                  | 373        |
| <b>Reha-Qualitätssicherung: Systematische Auswertung von Routinedaten</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>377</b> |
| Das Adjustierungsverfahren der Rehabilitand*innenbefragung der Deutschen Rentenversicherung<br><i>Dmytro Ivasiuk; Bernhard Luther; Johannes Falk; Robert Simon; Désirée Brand; Sandra Lukanek; Petra Payne; Christian Tasso Braun</i> .....                                                                                                                                                         | 377        |
| Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Die Covid-19-Pandemie im Spiegel der KTL-Daten<br><i>Rainer Kaluscha; Markus Thiede; Johannes Schmidt; Nadine Schmidt; Hannah Haacke; Anke Mitschele</i> .....                                                                                                                                                                                     | 379        |
| Können Reha-Outcomes über routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren abgebildet werden? Ergebnisse aus dem Projekt SEQUAR<br><i>Urs Fichtner; Vanessa Kaiser; Caroline Schmuker; Christian Günster; Erik Farin-Glattacker</i> .....                                                                                                                                                                  | 382        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR):<br>Dokumentationsqualität<br><i>Markus Thiede; Stefan Hollensteiner; Anke Mitschele; Johannes Falk</i> .....                                                                                                                                                                                                                    | 384        |
| Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR): Datenqualität der<br>DRV-Routinedaten<br><i>Christian Hetzel; Tobias Knoop; Nadja Freymüller; Mathis Elling; David Bühne</i> .....                                                                                                                                                                                              | 387        |
| <b>Reha-Qualitätssicherung: Von der Theorie in die Praxis auf dem Weg zur<br/>besseren Reha</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>389</b> |
| Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens für<br>einen Beispielfall aus der Kardiologie<br><i>Stefanie Märtin; Niels Baumann</i> .....                                                                                                                                                                                                                        | 389        |
| Förderung: Der Parameter Qualität – Erläuterung eines Berichts im Kontext von<br>Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität<br><i>Anne-Katrin Puschmann; Matthias Wichmann; Anne Gael Manegueu;<br/>Katarzyna Kowalska; Jens Hartmann; Johannes Falk; Alissia Seibert</i> .....                                                                                                                    | 392        |
| Der Reha-Therapiestandard Koronare Herzkrankheit – Ergebnisse einer Reha-<br>Fachabteilung aus dem Blickwinkel der Reha-Qualitätssicherung<br><i>Nadine Schmidt; Magdalena Zielinska; Anke Mitschele; Johannes Falk</i> .....                                                                                                                                                                    | 394        |
| Die Rehabilitand*innenbefragung in der Reha-Qualitätssicherung – ein Tool zur<br>Sicherung der Ergebnis- und Prozessqualität<br><i>Robert Simon; Désirée Brand; Bernhard Luther; Johannes Falk; Dmytro Ivasiuk;<br/>Sandra Lukanek; Petra Payne; Christian Tasso Braun</i> .....                                                                                                                 | 396        |
| Therapeutische Versorgung (KTL) – ein Blick in die Schubladen der Klassifikation<br>therapeutischer Leistungen einer Fachabteilung<br><i>Markus Thiede; Hannah Haacke; Nadine Schmidt; Anke Mitschele; Johannes Falk</i> ....                                                                                                                                                                    | 397        |
| <b>Reha-Team und Reha-Praxis</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>400</b> |
| Die KontextSucht-Intervention in der stationären Entwöhnungsbehandlung – eine<br>qualitative Evaluation aus Expert*innenperspektive<br><i>Ananda Stullich; Jan Gehrmann; Johannes Stephan; Laura Hoffmann;<br/>Matthias Richter</i> .....                                                                                                                                                        | 400        |
| Fallvignetten als Instrument zur Reflexion und Entscheidungsunterstützung in der<br>Reha-Beratung psychisch erkrankter Menschen<br><i>Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig; Niklas Tibbe</i> .....                                                                                                                                                                                             | 402        |
| Instrumente Sozialer Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse<br>einer Online-Befragung des Projekts „SoDia-Reha“<br><i>Tobias Knoop; Mariam Arouna; Silke Werner; Antonia Kniese; Thorsten Meyer-Feil;<br/>Dieter Röh</i> .....                                                                                                                                              | 404        |
| Kann ein Schulungsmodul im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation das<br>Asthma-Selbstmanagement am Arbeitsplatz verbessern? Ergebnisse einer<br>randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie und qualitativer Patient:innen-<br>Interviews<br><i>Julia Salandi; Markus C. Hayden; Matthias Limbach; Lisa Guthardt;<br/>Gabriele Schwarzl; Wolfgang Neumeister; Adrian Loerbroks</i> ..... | 408        |



|                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Rolle des Pflegefachpersonals im Reha-Team – Ergebnisse aus der Mixed-Methods-Studie INFORM<br><i>Ulrike Haß; Julia-Marie Zimmer; Machteld Luizink-Dogan; Thorsten Meyer-Feil; Annett Salzwedel</i> .....                                                                  | 410        |
| <b>Robotik, KI und Prothetik in der Rehabilitation des Bewegungsapparates</b> .....                                                                                                                                                                                        | <b>413</b> |
| Akzeptanz und Zufriedenheit von Rehabilitand*innen mit innovativen<br>Therapiemodulen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach Gelenkersatz (ProSEeG)<br><i>Madeleine Gernert; Stefan Peters; Andrea Schaller</i> .....                                                     | 413        |
| Akzeptanzuntersuchung von roboter-assistiertem Gangtraining an Unterarmstützen<br>im Akutbereich<br><i>Sibylle Meyer; Christel Fricke; Anke Mayfarth; Christian Sternitzke</i> .....                                                                                       | 415        |
| Beobachtungsstudie zur spezialisierten frühfunktionellen Rehabilitation nach<br>transfemorale Amputation, versorgt mit einem mikroprozessor-gesteuerten<br>Kniegelenk (Kenevo, Ottobock)<br><i>Johannes Schröter; Natascha Raisig; Andreas Hahn; Frank Traub</i> .....     | 418        |
| KI-gestützte Gangbildauswertung versus therapeutische Expertise beim<br>Gangtraining mit Unterarmgehstützen<br><i>André Laukner; Anke Mayfarth; Alexander Leipzig; Christian Sternitzke</i> .....                                                                          | 419        |
| Verläufe der Arbeitsfähigkeit nach Hüft- und Knie-Totalendoprothese: eine Latent<br>Class Growth Analysis<br><i>Madeleine Gernert; Michael Schuler; Lea A. L. Dejonghe; Andrea Schaller</i> .....                                                                          | 421        |
| <b>Routinedaten, Prädiktion und Machine Learning</b> .....                                                                                                                                                                                                                 | <b>424</b> |
| Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei der Förderung beruflicher<br>Teilhabe in Deutschland. Eine Analyse auf Basis der DRV-Routinedaten<br><i>Nico Seifert; Marco Streibelt</i> .....                                                                       | 424        |
| Entwicklung, Evaluierung und Vergleich von ML-Modellen zur Prognose der<br>Rehabilitationsergebnisse nach Knieprothesen-Implantation<br><i>Niclas Hubel; Jasmin Neumann; Sebastian Granz; Ferdinand Prüfer; Bernhard<br/>Holzner; Michael Fischer; Vincent Grote</i> ..... | 425        |
| Evaluating the Effectiveness of Return-to-Work Rehabilitation in Germany: Evidence<br>from Administrative Data<br><i>Daniel Brüggmann</i> .....                                                                                                                            | 428        |
| Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation:<br>Analysen mit Methoden des Machine Learning<br><i>Mathis Elling; Christian Hetzel; Nadine Sängler; Betje Schwarz; Nico Seifert</i> .....                                              | 431        |
| Vorhersage von individuellem psychosomatischen Rehabilitationserfolg mit Hilfe von<br>maschinellen Lernen<br><i>Paul-Gerrit Velthuysen; Christoph Kröger; Axel Kobelt-Pönicke</i> .....                                                                                    | 432        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Nachwuchsforum</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>435</b> |
| Berufliche Vorbilder für Menschen mit Beeinträchtigungen: Zusammenhänge mit Karriereambitionen und Selbstwirksamkeit<br><i>Jana Buckermann</i> .....                                                                                                                                            | 435        |
| Die Auswirkungen von Hypoxietraining auf physische und psychische Stressparameter<br><i>Cora Galm; Folker Wenzel; Thomas Schiepp</i> .....                                                                                                                                                      | 437        |
| Evaluation des Moduls „Berufliche Orientierung“ im Beruflichen Training am BTZ Leipzig: Quasi-experimentelles Prä-Post-Design in der beruflichen Rehabilitation<br><i>Anna Kühnel</i> .....                                                                                                     | 439        |
| Peer-Support als Ressource der beruflichen Reintegration bei psychischen Erkrankungen<br><i>Franziska Günther; Lena Hünefeld</i> .....                                                                                                                                                          | 441        |
| Wer nimmt am Rehabilitationssport teil? Eine datengetriebene Analyse von strukturellen, einrichtungsbezogenen und soziodemographischen Faktoren<br><i>Jonathan Kolschen; Benjamin Schüz</i> .....                                                                                               | 443        |
| <b>Poster: Berufliche Rehabilitation</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>446</b> |
| Die berufliche Rehabilitation am Scheideweg? – Ein prognostisches Modell zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation (RehaWege)<br><i>Nancy Reims; Karolin Hiesinger; Matthias Bethge; Stefan Dreßke; Heike Ohlbrecht; Stefan Schulder</i> .....                                    | 446        |
| Positionen zur Weiterentwicklung der Forschung zur beruflichen Rehabilitation<br><i>Marie Heide; Mathilde Niehaus; Anita Tisch</i> .....                                                                                                                                                        | 448        |
| Prozesse sichtbar machen: Erkenntnispotenziale qualitativer Längsschnittforschung in der beruflichen Rehabilitation<br><i>Nathalie Glamann; Stefan Dreßke; Heike Ohlbrecht</i> .....                                                                                                            | 450        |
| Veränderungen in der Wahrnehmung der Reha-Fachberatung vor und nach der Einführung eines am Bundesteilhabegesetz orientierten Beratungsleitfadens<br><i>Anna-Lena Bühne; Stella Lemke; Matthias Bethge</i> .....                                                                                | 452        |
| Warum (nicht) Reha? Deutungsmuster und Entscheidungsprozesse bei der Nicht-Inanspruchnahme beruflicher Rehabilitation<br><i>Stefan Dreßke; Heike Ohlbrecht; Karolin Hiesinger; Stefan Schulder; Nancy Reims; Matthias Bethge</i> .....                                                          | 455        |
| <b>Poster: Bewegungstherapie</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>458</b> |
| Advanced Physiotherapy Practitioner: Perspektiven und Herausforderungen einer neuen Berufsrolle in der Physiotherapie an deutschen Universitätskliniken<br><i>Andrea Bökel; Susanne Klotz; Annika Hoberg; Fabienne Prehm; Lena Frenz; Linda Theuerkauf; Lynn Jansen; Daniel Kohlhofer</i> ..... | 458        |
| Der Effekt des antizipierten Affekts auf körperliche Aktivität und die medierende Rolle der Intention<br><i>Milana D’Agostino; Jakob Hedin; Constantin Rausch; Darko Jekauc</i> .....                                                                                                           | 460        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Effekte unterschiedlich intensiver Ergometer-Trainingsprogramme auf die Leistungsfähigkeit von Lungenkrebspatienten während einer stationären Rehabilitation<br><i>Julian Bielenberg; Jan-Hinnerk Stange</i> .....                                                             | 462        |
| Status quo einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie: Erkenntnisse über die Erfahrungen von Rehabilitand*innen und Handlungsweise von Bewegungstherapeut*innen<br><i>Eva Grüne; Johanna Popp; David Victor Fiedler; Wolfgang Geidl; Gorden Sudeck; Klaus Pfeifer</i> ..... | 464        |
| Wie Intention und Gewohnheit die Teilnahme an körperlicher Aktivität vorhersagen: Eine EMA-Studie im Hochschulsportkontext<br><i>Jakob Hedin; Milana D'Agostino; Constantin Rausch; Darko Jekauc</i> .....                                                                     | 466        |
| <b>Poster: Digitalisierung</b> .....                                                                                                                                                                                                                                           | <b>469</b> |
| Assessments in der digitalen Nachsorge – Out-of-Office Measurements als Methode zur objektiven Erfolgskontrolle<br><i>Monika Helme; Michael Jöbges; Robin Stadel</i> .....                                                                                                     | 469        |
| Digitale Reha-Nachsorge bei onkologischen Patient*innen: Einfluss von Alter, Geschlecht und Übergangszeit auf die Performance<br><i>Sebastian Knapp; Frank Merten; Jessica Huss; Filippo Martino</i> .....                                                                     | 470        |
| Erste Ergebnisse einer qualitativen Vorstudie zur Implementierung einer „DigiFlexReha Typ 1“ für den Bereich Information, Vertiefung und Empowerment<br><i>Henrik Hülsmann; Antje Schulenberg; Rachel Stockley; Felix Holl</i> .....                                           | 472        |
| Kurz- und mittelfristige Effekte einer digitalen Reha-Nachsorge auf Arbeitsfähigkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität<br><i>Sebastian Knapp; Frank Merten; Jessica Huss; Filippo Martino</i> .....                                                                       | 474        |
| MyMEDIAN@Home: Ein digitales Nachsorgeangebot mit persönlicher Betreuung<br><i>Johanna Depenbusch; Pauline Reusch; Jakob Henschke; Felicitas Stocker; Barbara Bellmann; Sven Schunter; Judith Dittmer</i> .....                                                                | 477        |
| <b>Poster: Diversität, Chancengerechtigkeit, Teilhabe</b> .....                                                                                                                                                                                                                | <b>480</b> |
| Der Erwerbsstatus von Menschen mit Beeinträchtigungen und Einwanderungsgeschichte – erste Ergebnisse einer Sekundäranalyse des Teilhabesurveys<br><i>Tonia Rambauser-Haß; Gudrun Wansing; Ulrike Peters</i> .....                                                              | 480        |
| Führungskräfte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen – Eine Analyse von Offenlegungsdynamiken und organisationalen Rahmenbedingungen<br><i>Mathilde Niehaus; Irina Volvakov</i> .....                                                                                        | 482        |
| Geschlechtsunterschiede bei Abbrüchen der ambulanten Phase II Rehabilitation<br><i>Andreas Spary; Dominik Garber; Caroline Stumpf-Knaus; Monika Mustak-Blagusz; Doreen Stöhr</i> .....                                                                                         | 484        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Reha-Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen nach Scheidung<br>gleichgeschlechtlicher und verschiedengeschlechtlicher Ehen – ein bundesweiter<br>Vergleich mit DRV-Daten<br><i>Frederike Basedow; Martin Brünger; Jennifer Marie Burchardi; Paul Gellert</i> .....                             | 486        |
| Subjektiver sozialer Status: Ein einfaches Maß zur Erfassung wahrgenommener<br>sozialer Unterschiede zwischen Versichertengruppen<br><i>Sebastian Bernert; Martin Brünger</i> .....                                                                                                                 | 488        |
| <b>Poster: Familie, Angehörige und soziale Kontexte in der Rehabilitation</b> .....                                                                                                                                                                                                                 | <b>491</b> |
| „Wenn's Hinterland nicht stimmt, bringt auch die Therapie nichts“ – Begleitende<br>Angehörigenarbeit als Bestandteil des Therapieprozesses<br><i>Kerstin Thümmeler</i> .....                                                                                                                        | 491        |
| Akzeptanz einer Intervention für Eltern mit Abhängigkeitserkrankung in der<br>stationären Rehabilitation<br><i>Ananda Stullich; Johannes Stephan; Jan Gehrman; Laura Hoffmann;<br/>Matthias Richter</i> .....                                                                                       | 493        |
| Ambulantes Rehabilitationsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Adipositas:<br>Qualitative Tagebuchanalyse zu Erfahrungen der Teilnehmenden<br><i>Marie Utsch, Lucia Schlottner, Rosa Röhm, Judith Stumm</i> .....                                                                                | 495        |
| Einbezug von An- und Zugehörigen in die berufliche Rehabilitation – Ergebnisse<br>eines Scoping Reviews<br><i>Franziska Weißenstein, Eileen Wengemuth, Larissa Fink, Lukas Kühn,<br/>Kyung-Eun (Anna) Choi</i> .....                                                                                | 497        |
| Sozialraumorientierte Rehabilitation für Menschen mit kognitiver und/oder<br>mehrfacher Beeinträchtigung als alternative Versorgungsmöglichkeit zur<br>medizinischen Rehabilitation<br><i>Judith Gartmann; Andrea Bökel; Tatjana Levin; Thilo Busche; Christian Sturm;<br/>Christoph Egen</i> ..... | 499        |
| <b>Poster: Gesundheitsförderung, Prävention &amp; Stay at Work</b> .....                                                                                                                                                                                                                            | <b>501</b> |
| Allgemeine und digitale Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung und<br>soziale Unterstützung von Studierenden<br><i>Gabriele Helga Franke; Melanie Jagla-Franke</i> .....                                                                                                                 | 501        |
| Gesundheit und Gesundheitskompetenz von Studierenden an Würzburger<br>Hochschulen: Ergebnisse einer hochschulübergreifenden Befragung<br><i>Silvan Renz; Sophie Leuchtenberg; Vanessa Heßdörfer; Rebecca Löbmann;<br/>Silke Neuderth</i> .....                                                      | 503        |
| Gesundheitsförderung und psychologische Unterstützung in der Beruflichen<br>Rehabilitation – Herausforderungen, Ressourcen und Bedarfe<br><i>Jana Pötschke; Rebecca Dächert; Nadine Tscharaktschiew; Udo Rudolph</i> .....                                                                          | 505        |
| Prävention - Wer will das schon? Bedarfsabfrage unter Versicherten zu vier<br>verschiedenen Präventionsmaßnahmen<br><i>Carolin Fremer; Meike Pfennig; Amelie Lehnhoff; Nils Feuerhahn;<br/>Paul-Gerrit Velthuysen; Axel Kobelt-Pönicke</i> .....                                                    | 508        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Übersicht über allgemeine Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen in Europa: Ein Scoping Review<br><i>Linda Kalski; Charleen Pächter; Laura Völkel; Senta-Severine Fuhrmeister; Bernd Wolfarth</i> .....                                                                                                                                  | 510        |
| <b>Poster: Lehre und Aus-, Fort- und Weiterbildung</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>513</b> |
| Evaluation einer digitalen Lehrplattform (Reha-Wiki) für Lehrende aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation<br><i>Kathleen Rechlin; Julia-Marie Zimmer; Thorsten Meyer-Feil</i> .....                                                                                                                                                        | 513        |
| Implementierung einer verpflichtenden interprofessionellen Reha-Modulwoche: Mapping des Curriculums mit dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin<br><i>Swantje Wienand; Mira-Kristin William; Tobias Steinmann; Julian Großstück; Alexandra Zemke; Götz Dimanski; Gunda Krochmann-Saad; Arnd Steffen Böhle; Jana Jünger</i> ..... | 515        |
| Inklusive Kommunikation als Grundlage für Teilhabe: Partizipative Entwicklung einer Online-Kommunikationsschulung<br><i>Kristina Ottersbach; Rebecca Lätzsch; Larissa Kühnel; Claudia Hornberg</i> .....                                                                                                                                            | 517        |
| Interprofessionelle rehabilitationsbezogene Lehre: Interprofessionelle Kompetenzen und Vorerfahrungen von Studierenden und Auszubildenden von 8 Berufsgruppen<br><i>Julia-Marie Zimmer; Kathleen Rechlin; Laura Schmiljun; Thorsten Meyer-Feil</i> .....                                                                                            | 519        |
| Teilhabeorientierte Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten in Reha-Kliniken nach der Gesetzesreform<br><i>Christopher Arnold; Beate Muschalla</i> .....                                                                                                                                                                                       | 522        |
| <b>Poster: Patientenorientierung</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>525</b> |
| Analyse der Zielsetzungen von Patient*innen in der stationären berufsdermatologischen Rehabilitation<br><i>Frauke Scheufler; Marc Rocholl; Annika Wilke; Swen Malte John</i> .....                                                                                                                                                                  | 525        |
| Bedeutung und Möglichkeiten zur Stärkung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen in der medizinischen Rehabilitation<br><i>Michelle Jandl; Betje Schwarz; Nadine Sängler; Annika Wilke</i> .....                                                                                                                             | 527        |
| Prävalenz und spezifischer Behandlungsbedarf von Frauen mit peri-/postmenopausalen Beschwerden in der orthopädischen Rehabilitation (FReha)<br><i>Alina Jungkenn; Alina Bechstädt; Annett Salzwedel</i> .....                                                                                                                                       | 529        |
| Selbstbestimmt trotz Krankheit? – Das Erleben von Autonomie bei Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen<br><i>Luisa Falkenstörfer; Johanna Fassnacht; Stefan M. Schulz; Silke Neuderth</i> .....                                                                                                                                               | 532        |
| Wie erleben Rehabilitand:innen Autonomie in der medizinischen Rehabilitation?<br><i>Dagmar Holmer; Tanja Henking; Silke Neuderth; Malte Klemmt</i> .....                                                                                                                                                                                            | 534        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Poster: Psychische Gesundheit und psychosomatische Rehabilitation .....</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>536</b> |
| Belastungs- und Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen im<br>Bürgergeld-Bezug<br><i>Maria Koschig; Felix Hußenöder; Ines Conrad; Mathias Alberti; Katarina Stengler;<br/>Steffi G. Riedel-Heller .....</i>                                                                        | <b>536</b> |
| Digitale Gesundheitstechnologien zur Autonomieförderung von Patient:innen mit<br>Schizophrenie – Chancen und Risiken aus Patient:innensicht<br><i>Luisa Falkenstörfer; Silke Neuderth; Stefan M. Schulz.....</i>                                                                                  | <b>538</b> |
| Ernährungsrisiken im Fokus der psychosomatischen Rehabilitation: Einführung des<br>NutriMental-Screeners in den Klinikalltag<br><i>Jennifer Neher; Ramona Hiltensperger; Annabel Müller-Stierlin;<br/>Lea Konstanze Böhm .....</i>                                                                | <b>540</b> |
| Forschungsprojekt PsyOnline: Erkenntnisse zur Machbarkeit digitaler<br>sozialmedizinischer Begutachtungen bei primär psychisch Erkrankten<br><i>Nataliia Brehmer; Saskia Lange; Franziska Püschner; Susanne Weinbrenner;<br/>Maren Gehring; Christian Wuchter-Czerwony; Andrea Bratfisch.....</i> | <b>542</b> |
| Methodenintegration in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen<br>Praxis<br><i>Hans-Christoph Eichert.....</i>                                                                                                                                                                       | <b>545</b> |
| Perspektiven von Rehabilitand:innen und von Behandler:innen auf die Nachhaltigkeit<br>des Rehabilitationserfolgs stationärer psychiatrischer Rehabilitation<br><i>Claudia Draxler-Fürst; Bettina Schoeller; Caroline Jaritz; Birgit Senft .....</i>                                               | <b>549</b> |
| Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Krankheitsverarbeitung von<br>verschiedenen Gruppen von Patientinnen und Patienten<br><i>Gabriele Helga Franke; Janine Jänisch; Stefanie Schau; Melanie Jagla-Franke .....</i>                                                                            | <b>552</b> |
| Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation (WIPSOR): Studienprotokoll zu einer<br>Längsschnittstudie mit Warte-Kontrollgruppe<br><i>Christian Schlett; Julian Mack; Marco Streibelt; Nico Seifert; Erik Farin-Glattacker .....</i>                                                              | <b>554</b> |
| <b>Poster: Reha-Bedarf, Zugang, Inanspruchnahme .....</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>556</b> |
| Inanspruchnahme der Onlineplattform mico zur digitalen Rehavorbereitung<br><i>Linda Richter; Christof Schmidt; Maike Kothe; David Ittekkot; Bettina Begerow;<br/>Natalie Schütz .....</i>                                                                                                         | <b>556</b> |
| Unterschiedliche Zugangswege – ähnliche Belastung? Vergleich psychosozialer und<br>psychischer Beschwerdeschilderung zwischen AU-Patient:innen und Personen mit<br>abgelehntem Reha-Antrag<br><i>Alexander Shifrin .....</i>                                                                      | <b>558</b> |
| Wege zur Rehaklinik: Informationsquellen und Entscheidungsmuster aus Sicht von<br>Patient:innen<br><i>Gina-Sophie Labahn; Annabelle Neudam; Alexander Mühlhause.....</i>                                                                                                                          | <b>560</b> |
| Zugangsbarrieren zur medizinischen Rehabilitation aus Sicht von<br>Verwaltungsbeschäftigten – Ergebnisse einer qualitativen Studie in Niedersachsen<br><i>Merle Schulze; Katrin Stache; Christian Ebner.....</i>                                                                                  | <b>562</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                               |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Poster: Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom .....</b>                                                                                                                                                                                    | <b>565</b> |
| BDI-II oder BDI-FS – Welcher Fragebogen eignet sich besser zum Screening auf Depression bei Post-COVID Patienten<br><i>Sharlyn Janine Salaj; Alexa Alica Kupferschmitt; Birgit Wagner; Volker Köllner.....</i>                                | <i>565</i> |
| Begleitende Unterstützung der Rückkehr in Arbeit nach Post-COVID-Rehabilitation: Studienprotokoll einer clusterrandomisierten Studie<br><i>Sofia Petrak; Janett Görke; Matthias Bethge; David Fauser.....</i>                                 | <i>567</i> |
| Return to Work Post-COVID Betroffener – Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten: Eine qualitative Bestandsaufnahme<br><i>Elisabeth Kraft; Wiebke Wrage; Anika Schulz .....</i>                                                      | <i>569</i> |
| Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom: Eine Prä-Post-Analyse<br><i>Maksim Meremianin; Monika Reuß-Borst; Monika Sadlonova; Grec Arpad .....</i>                                                                 | <i>571</i> |
| Zusammenhänge zwischen Avoidance/Endurance und Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern beim Post-COVID-Syndrom<br><i>Idris Düzgün; Alexa Alica Kupferschmitt; Franziska Etzrodt; Volker Köllner.....</i>                             | <i>573</i> |
| <b>Poster: Reha-Neurologie .....</b>                                                                                                                                                                                                          | <b>575</b> |
| Bedeutung der Spiroergometrie für die Post-Covid Rehabilitation – Behandlungseffekte und Sozialmedizinische Parameter<br><i>Franziska Etzrodt; Michael Kindermann; Eike Langheim; Volker Köllner .....</i>                                    | <i>575</i> |
| Bewegungstherapie beim Post-COVID-Syndrom – Umsetzung in der psychosomatischen Rehabilitation<br><i>Judit Kleinschmidt; Franziska Etzrodt; Eike Langheim; Volker Köllner.....</i>                                                             | <i>578</i> |
| Eignung des FIDA zur Erfassung der funktionellen Selbständigkeit in der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation<br><i>Bernd Röhrig; Klaus Freidel; Beate Feeser .....</i>                                                             | <i>580</i> |
| Entwicklung eines Fragebogens zu psychosozialen Belastungen und Teilhabe bei Menschen mit Epilepsie: Ergebnisse einer Interviewstudie<br><i>Kendra Mielke; Leonie Schröter; Katja Brückner; Martin Härter .....</i>                           | <i>582</i> |
| Kein Bedarf?! Ablehnungsgründe im rehapro-Modellprojekt „Bedarfsfokussierter Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“<br><i>Mareike Eschweiler; Florian Wolf; Philipp Kröber; Katrin Rauen .....</i> | <i>584</i> |
| <b>Poster: Reha-Onkologie .....</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>587</b> |
| Associations of Lifestyle Behaviors with Fatigue and Work Ability in Colorectal Cancer Patients<br><i>Tomislav Vlaski; Reiner Caspari; Harald Fischer; Marija Slavic; Michael Hoffmeister; Hermann Brenner; Ben Schöttker.....</i>            | <i>587</i> |
| Evaluierung der Wirksamkeit einer onkologischen Rehabilitation bei Patienten mit Mamma- und kolorektalen Karzinomen<br><i>Alena Garber; Igor Wolff; Vera Kaplienke-Wolff; Oliver Rick .....</i>                                               | <i>589</i> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Junge onkologische Rehabilitation (JOR) – Auswirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit, Lebensqualität, Fatigue, Distress, Ängste und Depressionen.<br><i>Christiane Capek; Maria Scheer; Georgia Schilling</i> .....                                                | 591        |
| Moderne Erhaltungstherapien in der Onkologie – Herausforderung für die Rehabilitationsmedizin<br><i>Diana Lüftner; Clemens Stahr; Annette Binder</i> .....                                                                                                                  | 593        |
| Multimodales kognitives Rehabilitationsprogramm bei Rehabilitand*innen mit krebserkrankter kognitiver Dysfunktion<br><i>Maren Schäfer; Alena Garber; Oliver Rick</i> .....                                                                                                  | 594        |
| <b>Poster: Reha-Orthopädie</b> .....                                                                                                                                                                                                                                        | <b>597</b> |
| Besondere berufliche Problemlagen (BBPL) bei Rehabilitand*innen mit Amputationen und Dysmelie<br><i>Susanna Philipp-Hauser; Martin Schindl; Harald Zipko</i> .....                                                                                                          | 597        |
| Das Austrian Knee Profiling Program: ICF-basiertes Assessment und Reha-Outcome bei früher Kniegelenksarthrose und nach Knie-Totalendoprothese<br><i>Bettina Thauerer; Anna Odrovicsné Tóth; Monika Mustak-Blagusz; Andreas Salzer; Bibiane Steinecker-Frohnwieser</i> ..... | 601        |
| Prävalenz der besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) bei traumatologischen Rehabilitand*innen<br><i>Martin Schindl; Harald Zipko</i> .....                                                                                                                               | 603        |
| Timing matters: Einfluss des Reha-Beginns auf Range of Motion und Schmerz nach Kniegelenkersatz<br><i>Barbara Gusenbauer-Kirchner; Lisa Bartl; Emma Doppelbauer; Monika Mustak-Blagusz; Bibiane Steinecker-Frohnwieser</i> .....                                            | 607        |
| Vollbremsung? Aber sicher! Sicher mit dem Auto unterwegs nach Hüft- oder Knie-TEP-Implantation am rechten Bein<br><i>Jenny Hübner</i> .....                                                                                                                                 | 609        |
| <b>Poster: Reha-Qualitätssicherung</b> .....                                                                                                                                                                                                                                | <b>611</b> |
| 20 Jahre Evaluation Geriatrischer Rehabilitation in Rheinland-Pfalz<br><i>Klaus Freidel; Bernd Röhrig; Beate Feeser; Jochen Heckmann</i> .....                                                                                                                              | 611        |
| Aktualisierung der Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche: Ergebnisse<br><i>Kathrin Murauer; Erik Farin-Glattacker; André Golla; Thorsten Meyer-Feil; Emre Özbulut; Nicole Wimmesberger; Claudia Matthies; Heiner Vogel</i> .....                                | 613        |
| Die Rehabilitand*innenbefragung in der Ambulanten Reha Sucht [ARS] – Ausgewählte Ergebnisse<br><i>Katarzyna Kowalska; Désirée Brand; Christian Tasso Braun; Johannes Falk</i> .....                                                                                         | 615        |
| Training-related adaptations in healthy older adults: identifying non-responders through different time courses in outcome measurements<br><i>Špela Matko; Helmut Kern; Stefan Löfler; Nejc Šarabon; Michael J. Fischer; Vincent Grote</i> .....                            | 618        |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Poster: Reha-Team und Reha-Praxis .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>620</b> |
| Ärztlicher Fachkräftemangel in stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und<br>Rehabilitationskliniken – Vergleich zweier Berechnungsweisen<br><i>Claudia Kirsch; Julia Habermann; Dorothee Noeres .....</i>                                                                                                                                                        | <i>620</i> |
| Diverse therapeutische Berufsgruppen: Soziale Nachhaltigkeit durch interdisziplinäre<br>Zusammenarbeit<br><i>Andrea Reusch; Esther Bufe; Matthias Graeber.....</i>                                                                                                                                                                                                  | <i>622</i> |
| Fit für Bani: Transformationserfordernisse und Veränderungsbereitschaft in<br>Schweizer Rehabilitationskliniken – eine qualitative Interviewstudie<br><i>Miriam Körner; Lisa Walther; Iris Sterkele; Luise Menzi .....</i>                                                                                                                                          | <i>625</i> |
| REGENERATION-Studie Teil 1: Die Effektivität von Ernährungstherapie bei<br>gastrointestinalen TumorpatientInnen während der Rehabilitationsmaßnahme –<br>Status Quo<br><i>Nicole Jost; Nicole Thurner; Christine Welker; Felicitas Härlin; Claudia Haupt;<br/>Susanne Lange-Maurer; Christian Lotze; Michael Marutt; Christine Reudelsterz;<br/>Nicole Erickson</i> |            |
| Vergleich der Handlungsorientierung von Sozialarbeiter*innen in der beruflichen und<br>medizinischen Rehabilitation<br><i>Tobias Knoop; Levi Schöberl; Mariam Arouna; Nadja Freymüller; Silke Werner;<br/>Dieter Röh; Silke Tophoven; Thorsten Meyer-Feil.....</i>                                                                                                  | <i>629</i> |
| <b>Poster: Return to Work und Berufliche Teilhabe .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>634</b> |
| Mentoring-Programme für Gründungsinteressierte mit Behinderung – Erfahrungen<br>zu Aufbau und Umsetzung aus dem „BESSER“-Projekt<br><i>Bartholomäus Zielinski; Stefan Zapfel .....</i>                                                                                                                                                                              | <i>634</i> |
| Prädiktoren für den Return-to-work (RTW) 6 Monate nach Entlassung aus Dualer<br>Rehabilitation<br><i>Jennifer Seeger; Natascha Scheller; Peter Eisermann; Klaus Herrmann; Sabine<br/>Jendrosch; Volker Köllner; Jördis Kroll; Christoph Reichel; Gerhard Sütfels;<br/>Karin Meng .....</i>                                                                          | <i>636</i> |
| Wie bewerten Rehabilitanden berufliche Maßnahmen in der Rehabilitation?<br>Ergebnisse aus leitfadengestützten Interviews im Projekt MBOR-ABC-Analyse<br><i>Susanne Dibbelt .....</i>                                                                                                                                                                                | <i>638</i> |
| Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Return-to-Work zwei Jahre nach<br>Rehabilitation: Längsschnittanalysen auf Basis von DRV-Routinedaten<br><i>Martin Brünger; Sebastian Bernert; Paul Gellert.....</i>                                                                                                                                                        | <i>640</i> |

## Betriebliche Einschätzungen zu Inklusionshürden und -maßnahmen

*Anna-Maria Fischer; Karolin Hiesinger; Laura Pohlan*

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

### Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland leben 7,9 Millionen Menschen (9,3 Prozent der Bevölkerung) mit einer anerkannten Schwerbehinderung aufgrund dauerhafter körperlicher, geistiger oder psychischer Einschränkungen (Statistisches Bundesamt, 2024). Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft und eines sich verschärfenden Fachkräftemangels gewinnt die Förderung der beruflichen Teilhabe und der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit Behinderung zunehmend an Bedeutung.

Arbeitgebern kommt dabei eine bedeutende Rolle zu. Zudem ist die Förderung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Schwerbehinderung fest in der deutschen Gesetzgebung verankert. Zum 1.1.2024 trat ein Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts in Kraft, das explizit darauf abzielt, Menschen mit Behinderungen darin zu unterstützen, einer Erwerbsarbeit nachgehen zu können. Um Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie bekannt die gesetzlichen Reformen sind und wie Betriebe generell die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen einschätzen, wurden im Rahmen der IAB-Stellenerhebung entsprechende Fragen formuliert (Fischer et al., 2025).

### Methoden

Die IAB-Stellenerhebung ist eine Betriebsbefragung, die das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchführt (Bossler et al., 2020). Die Ergebnisse werden gewichtet, um repräsentativ für alle Betriebe in Deutschland mit mindestens einem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zu sein. Im 2. Quartal 2024 wurden in dieser Befragung ein Teil der Betriebe mit einem Kurzfragebogen und ein Teil der Betriebe mit einem Langfragebogen befragt. Der Kurzfragebogen beinhaltet nur die Frage, ob Betriebe in den letzten drei Jahren Menschen mit Schwerbehinderung beschäftigt haben, während der Langfragebogen zusätzlich Fragen zur Kenntnis der Reform, zu Herausforderungen und geeigneten Inklusionsmaßnahmen in Bezug auf die Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderungen enthält. Die Stichprobe umfasst 2.537 Betriebe im Kurzfragebogen und 1.251 Betriebe im Langfragebogen.

### Ergebnisse

Lediglich 8 Prozent der Kleinstbetriebe (mit unter 10 Beschäftigten) gaben an, in den letzten drei Jahren mindestens eine schwerbehinderte Person beschäftigt zu haben. Dieser Anteil steigt mit der Betriebsgröße: Fast alle (95 Prozent) Großbetriebe ab 250 Beschäftigte haben in den letzten drei Jahren Menschen mit Schwerbehinderung beschäftigt.

Die mit Abstand häufigste angegebene Hürde für die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen ist mit 50 Prozent der Mangel an geeigneten Tätigkeiten. Die institutionellen

Sonderregeln für Schwerbehinderte, wie der besondere Kündigungsschutz oder die zusätzlichen Urlaubstage, wurden von etwa 22 Prozent der Betriebe als Hürde genannt. Zudem stellen finanzielle Unterstützungsleistungen aus Sicht der Betriebe die sinnvollsten Maßnahmen dar, um die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu fördern. Institutionelle Änderungen werden dabei als vergleichsweise weniger geeignete Maßnahmen eingeschätzt. Von allen befragten Betrieben gaben insgesamt nur etwa 16 Prozent an, dass sie über die neu eingeführte Stufe der Ausgleichsabgabe Bescheid wissen. Hierbei gibt es deutliche Unterschiede abhängig davon, ob Betriebe unter die Beschäftigungspflicht fallen und die Ausgleichsabgabe zahlen müssen.

## **Diskussion und Fazit**

Da Betriebe die Inklusion von Menschen mit Schwerbehinderungen in den Arbeitsmarkt wesentlich mitbestimmen, ist ihre Einschätzung zu Inklusionshürden und geeigneten Inklusionsmaßnahmen relevant, um die berufliche Teilhabe schwerbehinderter Menschen weiter zu fördern.

Nach sinnvollen Inklusionsmaßnahmen gefragt, überwiegen den betrieblichen Einschätzungen zufolge finanzielle Förderungen für Betriebe. Insbesondere kleinere Betriebe, die nicht unter die Beschäftigungspflicht fallen und oftmals wenig Erfahrung mit der Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen haben, könnten finanzielle Anreize sinnvoll sein, um ihre Inklusionsbemühungen zu honorieren und Inklusionsthemen generell stärker in den Fokus zu setzen.

Die Ausgleichsabgabe wurde in einer früheren Untersuchung als wirksames Instrument zur Beschäftigungsförderung schwerbehinderter Menschen evaluiert (Hiesinger, Vetter, 2023). Dennoch bleibt abzuwarten, wie die Beschäftigungseffekte der verschärften Ausgleichsabgabe seit 2024 tatsächlich ausfallen werden. Die Frage, ob Betriebe, denen die Reform bekannt war, ihre Inklusionsbemühungen wegen der Reform erhöhen werden, bejahten immerhin etwa ein Viertel der beschäftigungspflichtigen Betriebe.

## **Take-Home-Message**

Damit Inklusion von Menschen mit Schwerbehinderung besser gelingt, braucht es vor allem einen offenen, vorurteilsfreien Umgang mit Schwerbehinderung – zusätzlich können finanzielle Anreize für kleine Unternehmen deren Inklusionsbemühungen unterstützen.

## **Literatur**

- Bossler, M., Gürtzgen, N., Kubis, A., Küfner, B., Lochner, B. (2020): The IAB Job Vacancy Survey: design and research potential. *Journal for Labour Market Research*, 54, 1, 13.
- Fischer, A.-M., Hiesinger, K., Pohlen, L. (2025): Aus Sicht der Betriebe: Was es braucht, damit Inklusion besser gelingt. In: *Wirtschaftsdienst*, 105, 8, 591-597.
- Hiesinger, K., Vetter, F. (2023): Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung: Die Ausgleichsabgabe wirkt. *IAB-Forum*, 26.06.2023.
- Statistisches Bundesamt (2025): Statistik der schwerbehinderten Menschen 2023. Kurzbericht, Wiesbaden.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Burnout vorbeugen durch Resilienz – Einblicke aus einer sechsmonatigen Längsschnittstudie**

*Viktoria Arling; Veneta Slavchova; Jens Knispel*

RWTH Aachen

## **Hintergrund und Zielstellung**

Berufliche Resilienz beschreibt die Fähigkeit, trotz hoher Arbeitsbelastungen psychisch stabil zu bleiben und Belastungen adaptiv zu bewältigen. Sie wirkt als Schutzfaktor gegen Burnout, da resiliente Beschäftigte Stressoren wie Arbeitsüberlastung oder Zeitdruck eher abpuffern und so Erschöpfung sowie Depersonalisation vorbeugen. Damit trägt Resilienz wesentlich zur langfristigen Erhaltung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit bei (Bakker, Demerouti, 2017; Ilmarinen, 2019; Richardson, 2017).

Resilienz ist im Berufsleben durch verschiedene Ressourcen charakterisiert. Knispel et al. (2024) haben speziell für den Berufskontext ein 7-Säulen-Modell entwickelt, das sieben Bereiche der beruflichen Resilienz abdeckt: Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Selbstfürsorge, Netzwerkorientierung, Verantwortungsübernahme und Zukunftsplanung.

Nur wiederholte Messungen im Zeitverlauf können zeigen, ob Resilienz tatsächlich kausal zur Reduktion von Burnout-Symptomen beiträgt. Der prädiktive Vergleich mit querschnittlichen Analysen ist dabei besonders sinnvoll: Während Querschnitte aktuelle Zusammenhänge sichtbar machen, belegen Längsschnitte, ob Resilienz zukünftige Veränderungen im Burnout-Verlauf vorhersagt. So lassen sich Momentaufnahmen von stabileren kausalen Effekten unterscheiden und die Aussagekraft zur Burnout-Prävention erhöhen.

Vor diesem Hintergrund bestand das Ziel der vorliegenden Untersuchung darin, die Vorhersagekraft beruflicher Resilienz für die Burnout-Symptomatik in drei Messzeitpunkten zu untersuchen (t1: Baseline, t2: 1 Monat nach Baseline; t3: 6 Monate nach Baseline).

## **Methoden**

Als Einschlusskriterium galt ein aktuell bestehendes Arbeitsverhältnis mit einem Beschäftigungsumfang von mindestens 20 Wochenstunden. Die Akquise erfolgte über soziale Netzwerke (LinkedIn). Zu den drei Messzeitpunkten (t1, t2, t3) wurden die sieben Facetten der beruflichen Resilienz (RB-7-30, Knispel et al., 2024) und die Burnout-Symptomatik mithilfe der Burnout-Subskala des Burnout-Mobbing-Inventars erfasst (Satow, 2013).

Insgesamt nahmen 79 Personen an allen Messzeitpunkten teil (49 Frauen, 30 Männer). 31 (39.2 %) der Befragten arbeiteten in Teilzeit, 48 Personen in Vollzeit (60.8 %). Die Stichprobe war als eher hoch gebildet zu charakterisieren und setzte sich bzgl. ihrer beruflichen Tätigkeiten heterogen zusammen.

## **Ergebnisse**

Für die vorliegende Stichprobe ergaben sich insgesamt eher hoch ausgeprägte Facetten der Resilienz und ein niedriges bis mittleres Maß an Burnout-Symptomatik (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Deskriptive Kennwerte und Reliabilitäten der Fragebögen

|                                                                                                       | AM (SD)      | Cronbachs Alpha |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| <b>Berufliche Resilienz (RB-7-30, Knispel et al., 2024) zur Baseline (t1)</b><br>Wertebereich von 1-6 |              |                 |
| Optimismus                                                                                            | 4.59 (0.56)  | 0.71            |
| Akzeptanz                                                                                             | 4.26 (0.88)  | 0.78            |
| Lösungsorientierung                                                                                   | 4.79 (0.62)  | 0.77            |
| Selbstfürsorge                                                                                        | 4.29 (0.99)  | 0.87            |
| Netzwerkorientierung                                                                                  | 4.73 (0.87)  | 0.74            |
| Verantwortungsübernahme                                                                               | 5.37 (0.48)  | 0.77            |
| Zukunftsplanung                                                                                       | 4.37 (0.98)  | 0.90            |
| <b>Burnout-Symptomatik (BMI, Satow, 2013)</b><br>Wertebereich von 8-32                                |              |                 |
| Burnout (t1, Baseline)                                                                                | 15.58 (4.00) | 0.77            |
| Burnout (t2; 1 Monat nach t1)                                                                         | 16.01 (4.08) | 0.75            |
| Burnout (t3, 6 Monate nach t1)                                                                        | 16.29 (4.57) | 0.81            |

Tabelle 2: Hierarchische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Burnout-Symptomatik zu t1, t2 und t3 durch die Facetten der beruflichen Resilienz

|                                                                                                                           | b      | SE    | Beta   | T-Wert | Signifikanz | R <sup>2</sup><br>(ΔR <sup>2</sup> ) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|--------|--------|-------------|--------------------------------------|
| <b>Vorhersage der Burnout-Symptome zu t1 durch die beruflichen Resilienz-Facetten zu t1 (Baseline)</b>                    |        |       |        |        |             |                                      |
| <b>Modell 1</b>                                                                                                           |        |       |        |        |             | 0.144<br>(-)                         |
| (Intercept)                                                                                                               | 2.803  | 0.233 |        | 12.001 | < .001      |                                      |
| Selbstfürsorge                                                                                                            | -0.199 | 0.053 | -0.394 | -3.759 | < .001      |                                      |
| <b>Vorhersage der Burnout-Symptome zu t2 (1 Monat nach t1) durch die beruflichen Resilienz-Facetten zu t1 (Baseline)</b>  |        |       |        |        |             |                                      |
| <b>Modell 1</b>                                                                                                           |        |       |        |        |             | 0.230<br>(-)                         |
| (Intercept)                                                                                                               | 3.084  | 0.225 |        | 13.714 | < .001      |                                      |
| Selbstfürsorge                                                                                                            | -0.252 | 0.051 | -0.490 | -4.926 | < .001      |                                      |
| <b>Modell 2</b>                                                                                                           |        |       |        |        |             | 0.259<br>(0.029)                     |
| (Intercept)                                                                                                               | 3.898  | 0.460 |        | 8.466  | < .001      |                                      |
| Selbstfürsorge                                                                                                            | -0.251 | 0.050 | -0.489 | -5.017 | < .001      |                                      |
| Optimismus                                                                                                                | -0.178 | 0.088 | -0.196 | -2.014 | .048        |                                      |
| <b>Vorhersage der Burnout-Symptome zu t3 (6 Monate nach t1) durch die beruflichen Resilienz-Facetten zu t1 (Baseline)</b> |        |       |        |        |             |                                      |
| <b>Modell 1</b>                                                                                                           |        |       |        |        |             | 0.176<br>(-)                         |
| (Intercept)                                                                                                               | 3.109  | 0.262 |        | 11.882 | < .001      |                                      |
| Selbstfürsorge                                                                                                            | -0.250 | 0.059 | -0.432 | -4.205 | < .001      |                                      |
| <b>Modell 2</b>                                                                                                           |        |       |        |        |             | 0.222<br>(0.055)                     |
| (Intercept)                                                                                                               | 4.208  | 0.531 |        | 7.928  | < .001      |                                      |
| Selbstfürsorge                                                                                                            | -0.249 | 0.058 | -0.431 | -4.321 | < .001      |                                      |
| Optimismus                                                                                                                | -0.240 | 0.102 | -0.235 | -2.358 | .021        |                                      |

Zur Prüfung der Vorhersagekraft einzelner Facetten beruflicher Resilienz wurden hierarchische Regressionen mit Vorwärtsselektion für die Burnout-Symptomatik durchgeführt (vgl. Tabelle 2). In der querschnittlichen Analyse zu Baseline (t1) erklärte die Facette Selbstfürsorge 14,4 % der Varianz der Burnout-Symptome. In der längsschnittlichen Betrachtung sagten Selbstfürsorge und Optimismus zu Baseline (t1) 25,9 % der Burnout-Symptomatik vier Wochen später (t2) voraus. Sechs Monate nach Baseline (t3) ließen sich schließlich 22,2 % der Varianz in der Burnout-Symptomatik durch dieselben beiden Prädiktoren erklären.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass insbesondere Selbstfürsorge ein zentraler Schutzfaktor gegenüber Burnout-Symptomen ist. Beschäftigte, die stärker auf eigene Bedürfnisse und Regeneration achten, sind weniger von Erschöpfung und Depersonalisation betroffen. In den längsschnittlichen Analysen erwies sich zusätzlich Optimismus als relevanter Prädiktor, sodass die Kombination beider Faktoren über mehrere Monate hinweg stabile Zusammenhänge erklärt. Dies unterstreicht, dass Resilienz durch verschiedene Facetten geprägt ist, die gemeinsam zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit beitragen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass Interventionen zur Burnout-Prävention gezielt Selbstfürsorge und Optimismus stärken sollten. Da beide eng mit weiteren Resilienzfacetten verbunden sind, eröffnen sie gezielte Ansatzpunkte für Trainings zur Förderung langfristiger beruflicher Teilhabe.

## **Take-Home-Message**

Die Studie zeigt, dass vor allem Selbstfürsorge und Optimismus zentrale Resilienzfaktoren darstellen, die Burnout-Symptome über sechs Monate hinweg vorhersagen und damit Ansatzpunkte für nachhaltige Prävention und Beschäftigungsfähigkeit bieten.

## **Literatur**

- Bakker, A. B., Demerouti, E. (2017): Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3). 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Ilmarinen, J. (2019): From work ability research to implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16). 2882. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162882>
- Knispel, J., Slavchova, V., Kahlhofer, F., Arling, V. (2024): Entwicklung und dimensionale Validierung einer 7-Säulen-Resilienzskala für den Berufskontext (RB-30). In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bd. 130. 28–30. Bremen: DRV-Schriften.
- Richardson, G. E. (2017): The theory of resiliency and resiliency model. *Journal of Clinical Psychology*, 73(7). 848–859. <https://doi.org/10.1002/jclp.22582>
- Satow, L. (2013): BMI. Burnout-Mobbing-Inventar. In: Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.): Open Test Archive. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.4537>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **How to be a role model – Führungskräfte mit Behinderungen als Vorbilder im Arbeitsleben**

*Karoline Rhein; Rebecca Groß; Jana F. Bauer; Marie Heide; Jana Buckermann;  
Lea Helmrich; Mathilde Niehaus*

Universität zu Köln

## **Hintergrund und Zielstellung**

Vorbilder als Inspiration und Verhaltensmodelle sind eine wesentliche Ressource im Arbeitsleben und bei der Rückkehr zur Arbeit. Insbesondere als Repräsentation dessen was möglich ist und als konkrete Verhaltensmodelle (Beigi et al., 2025) haben sie das Potential, die berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu stärken. Für arbeitssuchende und erwerbstätige Menschen mit Behinderungen können sie als Beispiel und Bestärkung dienen, was mit ihren Qualifikationen, Fähigkeiten und Neigungen möglich ist (Fulda, Stettes, 2024). Für Organisationen bieten Vorbilder darüber hinaus die Möglichkeit, den betrieblichen Inklusionsbemühungen ein Gesicht zu geben und passende Bewerber\*innen anzusprechen. Da die Forschung nahelegt, dass soziale Ähnlichkeiten (bspw. Geschlecht) wesentlich sind, damit sich Menschen mit einem potentiellen Vorbild identifizieren (Morgenroth et al., 2015) und Führungskräfte eine hervorgehobene Rolle in Organisationen einnehmen, liegt es nahe, Führungskräfte mit Behinderungen als Vorbilder für Menschen mit Behinderungen sichtbar zu machen. Doch während Effekte und Wirkweisen von Vorbildern zunehmend in den Fokus der Forschung rücken, finden die Perspektiven und Erfahrungen von Vorbildern selbst bislang wenig Beachtung.

Das aus dem Ausgleichsfonds des BMAS geförderte Projekt „Vorbildlich in Führung gehen!“ soll Unternehmen dabei unterstützen Führungskräfte mit Behinderungen als potentielle Vorbilder zu stärken. Der vorliegende Beitrag nimmt die Perspektive von Führungskräften mit Behinderungen als potentielle Vorbilder in den Blick und beleuchtet Herausforderungen und Gelingensbedingungen des „Vorbild Werdens und Vorbild Seins“.

## **Methoden**

Aufbauend auf einer Literatur-Recherche wurden zwischen Sept. 2023 und Jan. 2024 acht Fokusgruppendifkussionen mit vier festen Gruppen von Bewerbenden, Beschäftigten und Führungskräften mit Behinderungen sowie betrieblichen Akteur\*innen mit/ohne Behinderungen durchgeführt (N = 32). Davon waren acht Personen Führungskräfte mit Behinderungen.

Um eine möglichst große Vielfalt an Perspektiven abzubilden, wurden die Gruppen heterogen zusammengestellt, sodass Führungskräfte aus unterschiedlichen Unternehmen und mit verschiedenen Behinderungsarten (körperliche und psychische sowie sichtbare und nicht unmittelbar sichtbare Behinderungen) vertreten waren. Die Diskussionen wurden leitfadengestützt durch das Forschungsteam moderiert. Diskutiert wurden bisherige Erfahrungen mit Vorbildern im Arbeitsleben, Wünsche und Erwartungen an potentielle Vorbilder sowie Fragen hinsichtlich der strategischen Implementation von Führungskräften

mit Behinderungen als Vorbilder im Unternehmen. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz, Rädiker, 2022) ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Die Auswertung der Fokusgruppendifkussionen machte deutlich, dass persönliche Faktoren (bspw. Art der Behinderung, persönliche Erfahrungen und Sichtweise auf die eigene Behinderung) wesentlich beeinflussen, inwiefern Führungskräfte mit Behinderungen die Rolle als Vorbild einnehmen (wollen). Ein besonders sensibles Thema ist die Sichtbarkeit als Person mit Behinderung. Grund dafür ist u.a. die Befürchtung, als Führungskraft nicht mehr ernst genommen zu werden, wenn die Behinderung, bzw. deren Ausmaß bekannt wird. Zugleich berichten die Diskussionsteilnehmer\*innen von dem Wunsch sichtbar(er) zu werden, um das Vorbild für andere zu sein das sie sich selbst gewünscht hätten. Organisationen können diesen Konflikt ausgleichen, wenn sie, so die Teilnehmenden, Führungskräfte mit Behinderungen an der Ausgestaltung der Vorbild-Rolle und allen Entscheidungen hinsichtlich der Art und Weise ihrer Sichtbarkeit im Unternehmen beteiligen und Anreize setzen, um die Rolle attraktiver zu machen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse schließen u.a. an den aktuellen Forschungsstand zur Offenlegung von Beeinträchtigungen durch Führungskräfte mit Behinderungen an. Sie verdeutlichen, dass Führungskräfte mit Behinderungen motiviert sind, sich als Vorbilder für Inklusion zu engagieren, aber auch Risiken in dieser Rolle sehen. Unternehmen, die Führungskräfte als potentielle Vorbilder sichtbar machen wollen, müssen daher unterstützende Rahmenbedingungen schaffen und ermöglichen, dass Führungskräfte mit Behinderungen an allen Prozessschritten partizipieren können.

## **Take-Home-Message**

Führungskräfte mit Behinderungen sind motiviert sich als Vorbilder für eine chancengleiche Teilhabe im Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen zu engagieren, wenn die organisationalen Rahmenbedingungen bestärkend und unterstützend sind.

## **Literatur**

- Beigi, M., Shirmohammadi, M., Ayoobzadeh, M., Hedayati Mehdiabadi, A., Au, W. C., Wang, H. et al. (2025): Career Success and Minority Status: A Review and Conceptual Framework. *Journal of Management*. <https://doi.org/10.1177/01492063251342190>
- Fulda, C., Stettes, O. (2024): Welche Faktoren beeinflussen die Karriereambitionen von Menschen mit Behinderungen. Eine empirische Analyse auf Basis der IW-Beschäftigtenbefragung 2023 (IW-Report 25). Köln. Verfügbar unter: <https://www.iwkoeln.de/studien/oliver-stettes-welche-faktoren-beeinflussen-die-karriereambitionen-von-menschen-mit-behinderungen.html>
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. *Grundagentexte Methoden* (Grundagentexte Methoden, 5. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Morgenroth, T., Ryan, M. K., Peters, K. (2015): The Motivational Theory of Role Modeling: How Role Models Influence Role Aspirants' Goals. *Review of General Psychology*, 19(4), 465–483. <https://doi.org/10.1037/gpr0000059>



Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales – Ausgleichsfond

## **Mobbing am Arbeitsplatz in Deutschland: Neue Evidenz und Perspektiven für Prävention und Rehabilitation**

*Margrit Löbner<sup>1</sup>; Franziska Welzel<sup>1</sup>; Franziska Jung<sup>1</sup>; Alexander Pabst<sup>1</sup>; Antonia Buß<sup>1</sup>;  
Hermann Burr<sup>2</sup>; Uwe Rose<sup>2</sup>; Andreas Seidler<sup>3</sup>; Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Leipzig; <sup>2</sup> Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin;

<sup>3</sup> Technische Universität Dresden

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische Erkrankungen zählen laut aktuellen Fehlzeitenreports zu den häufigsten Gründen für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle. Unter den psychosozialen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz kommt Mobbing eine besondere Bedeutung zu. Mobbing Erfahrungen können bei den Betroffenen zu erheblichem Leidensdruck führen und die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen. Arbeitsplatzbezogene Probleme und Konflikte stellen daher auch bedeutsame Themen in der psychosomatischen, aber auch in der somatischen Rehabilitation dar. Ziel der vorliegenden repräsentativen Studie ist es, die aktuelle Prävalenz von Mobbing am Arbeitsplatz in Deutschland sowie Zusammenhänge mit betrieblichen Rahmenbedingungen und gesundheitlichen Folgen zu untersuchen und daraus Perspektiven für Prävention und Rehabilitation abzuleiten.

### **Methoden**

Die Studie umfasst eine repräsentative Telefonbefragung mit N=5.015 abhängig Beschäftigten in Deutschland, die zwischen August 2023 und Januar 2024 durchgeführt wurde und ist Grundlage für den aktuellen Mobbing-Report (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2025; Löbner et al., 2025). Mobbing durch Kolleginnen, Kollegen und/oder Vorgesetzte wurde erfasst, wenn Befragte angaben, täglich oder mindestens einmal pro Woche in den letzten 6 Monaten zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt worden zu sein. Erfasst wurden u.a. psychosoziale Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (z. B. Zeitdruck, Einflussmöglichkeiten, soziale Unterstützung, Sinnhaftigkeit der Arbeit, Arbeitszufriedenheit) sowie gesundheitsbezogene Faktoren (z. B. AU-Tage, Präsentismus). Zur Erfassung der psychischen Belastung wurde der PHQ-8 (Depressivität), der GAD-2 (Angst) sowie eine Skala zu Stress am Arbeitsplatz (Werte von 0-10) eingesetzt. Zur Gewährleistung der Repräsentativität der Ergebnisse wurden Design- und Anpassungsgewichtungen vorgenommen.

### **Ergebnisse**

Die Studie zeigt, dass etwa 6,5 Prozent der abhängig Erwerbstätigen in Deutschland von Mobbing am Arbeitsplatz durch Kolleginnen, Kollegen und/oder Vorgesetzte betroffen sind. Besonders hoch ist die Prävalenz mit 11,4 Prozent in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen. Mobbing-Betroffene berichteten im Vergleich zu Nicht-Betroffenen signifikant häufiger von einem Wechsel der Führungskraft oder im Team, hohem Zeitdruck, geringeren

Einflussmöglichkeiten und geringerer sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz. Betroffene bewerten zudem ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter und haben mit durchschnittlich 22,6 Krankheitstagen im vorangegangenen Jahr doppelt so viele AU-Tage wie Nicht-Betroffene. Außerdem berichten sie signifikant häufiger von psychischer Belastung durch depressive Symptome, Angst und erhöhtes Stresserleben.

### **Diskussion und Fazit**

Die Studie zeigt, dass Mobbing am Arbeitsplatz zu erheblichen psychischen Belastungen führen kann, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Die gezielte Berücksichtigung mobbingspezifischer Belastungen in der Rehabilitation sowie die Vernetzung mit betrieblichen und therapeutischen Akteuren könnten helfen, die gesundheitlichen Ergebnisse nach der Behandlung zu verbessern. Weitere empirische Studien sind erforderlich, die die Wirksamkeit solcher vernetzten, arbeitsplatzorientierten Rehabilitationskonzepte systematisch zu untersuchen.

### **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse der neuen Mobbingreports unterstreichen die Notwendigkeit, Mobbing-erfahrungen und deren psychische Folgen systematisch in Rehabilitationskonzepte zu integrieren, um eine nachhaltige berufliche und gesundheitliche Wiedereingliederung zu fördern.

### **Literatur**

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2025): Mobbing in der Arbeitswelt: Bedeutung, Verbreitung und Prävention (Mobbing-Report 2024). Berlin.

Löbner, M., Welzel, F. D., Jung, F., Pabst, A., Buß, A., Görres, C. et al. (2025): Repräsentative Studie zum Thema Mobbing in der Arbeitswelt in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsbericht 655. Berlin.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Präsentismus und der Umgang mit chronischer Erkrankung am Arbeitsplatz: Entwicklung einer digitalen Handlungshilfe**

*Mathilde Niehaus; Marie Heide; Carlotta Grupe*

Universität zu Köln

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage sind laut Krankenkassenreports weiterhin auf hohem Niveau (Pimpert, Holtmeyer, 2025). Beschäftigte stehen zunehmend vor der Entscheidung, ob sie trotz Krankheit arbeiten (Präsentismus) oder der Arbeit fernbleiben (Absentismus). Das integrative Modell des Krankheitsverhaltens am Arbeitsplatz von Hägerbäumer (2017) zeigt, dass der individuelle Gesundheitszustand maßgeblich beeinflusst, wie Beschäftigte diese

Entscheidung treffen. Demnach sind vulnerable Personengruppen wie chronisch erkrankte Personen, die etwa ein Drittel der Erwerbstätigen in Deutschland ausmachen, häufiger mit der Entscheidung konfrontiert. Dennoch ist das empirische Wissen über Präsentismus in dieser Gruppe bislang begrenzt (Niehaus, Schmitz, 2025). Es ist daher Ziel, diese Forschungslücke zu schließen und praxisorientiertes Wissen für Beschäftigte mit chronischer Erkrankung, Kolleg\*innen, Akteur\*innen im Unternehmen und Selbsthilfeverbände bereitzustellen.

## **Methoden**

Die Studie folgt einem zweistufigen Design: Zunächst wurde ein Scoping Review nach der Methodik von Arksey und O'Malley (2005) durchgeführt. Die Literaturrecherche in den Datenbanken PsycINFO, MEDLINE, SocINDEX, Business Source Premier und Web of Science (Mai 2024) ergab 5.220 Treffer, von denen 27 Studien nach systematischer Prüfung eingeschlossen wurden.

Die Ergebnisse des Reviews bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens, mit dem im März 2025 eine Online-Befragung von 1.175 Beschäftigten mit chronischen Erkrankungen durchgeführt wurde. Ziel war es, Erfahrungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit Präsentismus zu erfassen und Ansatzpunkte für betriebliche Unterstützungsmaßnahmen zu identifizieren.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse des Scoping Reviews zeigen, dass Präsentismus ein relevantes Thema für Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen ist. Mehrere Studien identifizierten chronische Erkrankungen als signifikante Prädiktoren für Präsentismus: Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen zeigen demnach überdurchschnittlich häufig Präsentismusverhalten, also das Verhalten trotz Krankheitsgefühl zu arbeiten. Weiter zeigen die eingeschlossenen Studien, dass das Verhältnis zwischen Präsentismus und chronischen Erkrankungen ein komplexes Zusammenspiel von individuellem Gesundheitszustand, arbeitsbezogenen Anforderungen und sozialen Faktoren ist.

Die anschließende Befragung verdeutlicht, dass viele Beschäftigte insbesondere den Bedarf nach einem unterstützenden Arbeitsumfeld äußern, das Verständnis für ihre individuellen gesundheitlichen Herausforderungen mitbringt. Häufig genannt werden der Wunsch nach zeitlicher Flexibilität, Anpassungen von Arbeitsaufgaben sowie ein wertschätzendes und rücksichtvolles Miteinander im Team. Diese Aspekte werden als zentrale Voraussetzungen für einen gesundheitsgerechten Umgang mit chronischer Erkrankung und arbeitsbezogenen Anforderungen beschrieben.

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde eine digitale Handlungshilfe entwickelt, die Beschäftigte, Unternehmen und Selbsthilfeverbände dabei unterstützt, Bewusstsein für den Umgang mit chronischen Erkrankungen in der Arbeitswelt zu schaffen. Für Beschäftigte mit chronischer Erkrankung bietet sie Reflexionsmöglichkeiten in der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und der Entscheidung, ob sie trotz Krankheit arbeiten oder nicht. Darüber hinaus enthält sie praxisorientierte Empfehlungen für Kolleg\*innen, betriebliche Interessenvertretungen, Führungskräfte und Vertreter\*innen der Selbsthilfe, wie sie beispielsweise durch Homeoffice-, Vertretungsregelungen und wertschätzende Kommunikation ein gesundheitsförderliches Miteinander gestalten können.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Präsentismus bei Beschäftigten mit chronischer Erkrankung ein vielschichtiges Phänomen ist, das auf individueller, organisationaler und sozialer Ebene verankert ist. Neben persönlichen Motiven spielen insbesondere soziale Dynamiken im Arbeitsumfeld eine zentrale Rolle. Führungskräfte und Kolleg\*innen können durch unterstützendes Verhalten und ein respektvolles Teamklima dazu beitragen, dass Arbeit auch bei chronischer Erkrankung als stabilisierend und nicht als zusätzliche Belastung erlebt wird (Niehaus et al., 2023).

Die entwickelte digitale Handlungshilfe bietet einen praxisnahen Ansatz, um Bewusstsein zu schaffen, Entscheidungsprozesse zu reflektieren und gesundheitsgerechtes Handeln im Arbeitskontext zu fördern. Damit leistet sie einen Beitrag zur Sensibilisierung und zur nachhaltigen Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für chronisch erkrankte Beschäftigte.

## **Take-Home-Message**

Basierend auf den Erkenntnissen des Scoping Reviews und der durchgeführten Beschäftigtenbefragung wurde eine digitale Handlungshilfe für Beschäftigte, Unternehmen und Selbsthilfe entwickelt, die der Bewusstseinsbildung hinsichtlich chronischer Erkrankungen in der Arbeitswelt und einem gesundheitsgerechten Umgang damit dient.

## **Literatur**

- Arksey H, O'Malley L. (2005): Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2; 8:19–32.  
doi:10.1080/1364557032000119616
- Hägerbäumer M. (2017): Risikofaktor Präsentismus. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Niehaus, M., Schmitz, H., Siegert, H. (2023): Gekommen, um zu bleiben. *Das Personalmagazin*, 3, 46–49. [https://www.haufe.de/personal/hr-management/gesundheitsmanagement-bei-chronischen-erkrankungen\\_80\\_588398.html](https://www.haufe.de/personal/hr-management/gesundheitsmanagement-bei-chronischen-erkrankungen_80_588398.html)
- Niehaus, M., Schmitz, H. (2025): Krank zur Arbeit? – Wie Beschäftigte im Homeoffice entscheiden. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3. <https://wirtschaftspsychologie-aktuell.de/magazin/personal/krank-zur-arbeit-wie-beschaeftigte-im-homeoffice-entscheiden>
- Pimpert, J., Holtmeyer, L. (2025): Krankenstand in Deutschland. Entwicklungen und Einflussfaktoren. IW-Report 26/2025. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: BKK Dachverband, BAG Selbsthilfe

### **Arbeitgebende zwischen Nähe und Distanz – Eine explorative Mixed-Methods-Studie über das Wissen, die Erfahrungen und die Erwartungen von Arbeitgebenden im Prozess der beruflichen Rehabilitation**

*Christopher Grobys<sup>1</sup>; Heike Ohlbrecht<sup>1</sup>; Carsten Detka<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg;

<sup>2</sup> Institut für sozialwissenschaftliche Prozessanalysen und Arbeitsgestaltung UG  
(haftungsbeschränkt)

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Arbeitgebende gehören zu den zentralen Akteuren der beruflichen Rehabilitation, die gerade angesichts der demografischen Krisentendenzen verstärkt in den Fokus sozialpolitischer Bewältigungsstrategien rücken. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass Arbeitgebende gerade durch eine enge Zusammenarbeit mit den Kostenträgern von der beruflichen Rehabilitation profitieren können (Friemelt, Ritter, 2012), weil dadurch beispielsweise die Beschäftigungsfähigkeit von erkrankten Arbeitnehmenden gesichert wird (Nivorozhkin, 2019, Reims, 2021). Voraussetzung für eine solche Kooperation sei wiederum, dass die Arbeitgebenden ein klares Rollen- und Aufgabenverständnis der Rehabilitationsträger und der Leistungserbringenden haben – also über das Know-how der Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation verfügen (Grundke et al., 2013; Lukaszczik et al., 2011).

Trotz dieser bedeutenden Erkenntnisse existieren bislang für die Bundesrepublik nur wenige explizite empirische Studien, die sich der Frage widmen, welches Wissen und welche Erfahrungen die Arbeitgebenden hinsichtlich der Möglichkeiten und Voraussetzungen sowie der Abläufe der beruflichen Rehabilitation im Allgemeinen und der Berufsförderungswerke im Konkreten haben und welche Erwartungen ihre Sichtweisen prägen.

#### **Methoden**

Wir widmen uns deshalb der oben formulierten Fragestellung mittels eines explorativen und integrativen Mixed-Methods-Designs und den Daten, die wir im Rahmen des Forschungsprojekts „Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Berufsförderungswerke durch eine Prozessanalyse der Entwicklung der LTA und der Zugangswege in die berufliche Rehabilitation der Berufsförderungswerke“ erhoben haben. Dieser Datenkorpus umfasst eine standardisierte Fragebogenbefragung mit Arbeitgebenden (N = 83), die wir mittels explorativer Cluster-analytischer Verfahren ausgewertet haben sowie qualitative Leitfadeninterviews und eine Fokusgruppe (N = 6) mit derselben Zielgruppe, die wir im Sinne der Forschungsstrategie der Grounded Theory Methodology analysierten.

#### **Ergebnisse**

Als Ergebnis können wir auf der Grundlage datentriangulierter Analysen vier Typen von Arbeitgebenden identifizieren, die sich jeweils durch unterschiedliche Wissensressourcen und

Erfahrungen in der beruflichen Rehabilitation kennzeichnen: die „Pragmatiker“, die über umfangreiche Erfahrung und Wissen in Bezug auf die berufliche Rehabilitation verfügen und keinen spezifischen Unterstützungsbedarf sehen; die „Experten“, die ebenfalls über umfassendes Wissen und Erfahrung in der beruflichen Rehabilitation verfügen und eng mit Berufsförderungswerken zusammenarbeiten; die „Unterstützungssuchenden“, die nur begrenzte Erfahrung in der beruflichen Rehabilitation haben, jedoch dringend Informationen und Unterstützung benötigen; sowie die „Selbstkümmerer“, die ebenfalls nur über begrenztes Wissen und wenig Erfahrung in der beruflichen Rehabilitation verfügen, aber keinen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angeben.

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Ergebnisse zeigen trotz der kleinen Stichprobe, dass das Feld der beruflichen Rehabilitation aus Sicht der Arbeitgebenden durch unterschiedliche Wissensressourcen und Handlungspraktiken strukturiert ist. Daraus ergeben sich verschiedene Spannungsverhältnisse und damit verbundene Strategien für die Kostenträger und Leistungserbringenden, die angesichts der wirtschaftlichen und demografischen Krisenerscheinungen künftig in ihrer Praxis verstärkt Beachtung finden sollten.

## **Take-Home-Message**

Arbeitgebende verfügen über sehr unterschiedliche Kenntnisse und Erfahrungen in der beruflichen Rehabilitation, was zu verschiedenen Handlungsstrategien und Spannungsverhältnissen mit Kostenträgern und Leistungserbringenden führt. Um die Teilhabe am Arbeitsleben effektiv zu unterstützen, sollten diese Unterschiede in der Praxis stärker berücksichtigt werden.

## **Literatur**

- Friemelt, G., Ritter, J. (2012): Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter--Was kann die Rentenversicherung tun? Die Rehabilitation 51: 24–30.
- Grundke, S., J. Behrens, K. Parthier, M. Schubert, K. Fiala, W. Mau, A. Klement (2013): Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung. Prävention und Rehabilitation 25: 43–51.
- Lukaszczik, M., H.-D. Wolf, C. Gerlich, S. Löffler, H. Vogel, H. Faller, S. Neuderth (2011): Current state of vocationally oriented medical rehabilitation--a German perspective. Disability and rehabilitation 33: 2646–2655.
- Nivorozhkin, A. (2019): Overcoming barriers: Effects of entering vocational rehabilitation on labour market outcomes. International Journal of Social Welfare 28: 260–270.
- Reims, N. (2021): Return to Work of Sick-Listed People After Vocational Rehabilitation in Germany. S. 73–87 in: T. Johansen & W. H. Dittrich (Hrsg.), Occupational Health and Rehabilitation. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke

# **Charakteristiken diskontinuierlicher Verläufe in beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen – Eine retrospektive Analyse des RehaAssessments® in Berufsförderungswerken**

*Regina Weißmann; Verena Kakuschke; Joachim Thomas*

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die vorliegende Untersuchung ist Teil des Projekts „Erfolgsfaktoren beruflicher Rehabilitations- und Integrationsprozesse – eine Analyse individueller Verläufe in Berufsförderungswerken – BRIV“ (Forschungsschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ gefördert durch: DRV Bund, DRV Rheinland-Pfalz). Ziel ist die Identifikation neuralgischer Prozesse im Rehabilitationsverlauf und die Bestimmung hemmender und fördernder Faktoren für die konstruktive Bearbeitung dieser Prozesse. Daraus werden Handlungsempfehlungen für die Gestaltung beruflicher Rehabilitationsprozesse und Unterstützungsmöglichkeiten für Teilnehmende abgeleitet.

Das RehaAssessment® bildet eine zentrale Entscheidungsgrundlage für den weiteren Rehabilitationsverlauf. Auf Basis der dort erhobenen psychologischen, arbeitsmedizinischen und leistungsbezogenen Ergebnisse werden Kompetenzen, Teilhabeeinschränkungen und Förderbedarfe erfasst und Integrationsziele festgelegt (Kakuschke et al., im Erscheinen). Dabei sollen gleichzeitig Such- und Experimentierbewegungen ermöglicht werden (Pätzold, Brendebach, 2020), um eine fundierte Entscheidung über den weiteren Integrationsweg zu ermöglichen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Charakteristiken von Teilnehmenden mit diskontinuierlichen Rehabilitationsverläufen im Sinne eines Maßnahmenabbruchs vor dem Hintergrund sich kumulierender Teilhabeeinschränkungen zu identifizieren und erfolgskritische Faktoren kennenzulernen.

## **Methoden**

Die Untersuchung erfolgte im Rahmen einer retrospektiven Dokumentenanalyse auf Basis der Assessmentberichte von Teilnehmenden beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen der Berufsförderungswerke Birkenfeld und Koblenz. Die Auswertung folgte der qualitativen Inhaltsanalyse von Interviewdaten (Kuckartz, Rädicker, 2024). Durch die retrospektive Betrachtung bestehender Dokumente handelt es sich hierbei um eine nicht-reaktive Methode, die Einblicke in abgeschlossene Prozesse ermöglicht (Schmidt, 2017). Die deduktive Kategorienbildung orientierte sich an der International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) – dabei insbesondere Bereich d: Aktivitäten und Teilhabe und Bereich e: Umweltfaktoren.

Die Assessmentberichte umfassten die Ergebnisse der merkmalsbezogenen Diagnostik, Gesprächsberichte aus Arbeitsmedizin und Psychologie, und die Ergebnisse und Beobachtungen der Arbeitserprobungen.

Einbezogen wurden die Assessmentberichte von N = 102 Teilnehmenden beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Die Verläufe von n = 51 Personen mündeten dabei in einen erfolgreichen Abschluss (Geschlecht: weiblich = 23, männlich = 28, Alter: M = 37.78, SD =

6.93, Min = 24, Max = 57). Die Verläufe von weiteren n = 51 Personen mündeten in einen vorzeitigen Abbruch (Geschlecht: weiblich = 24, männlich = 27, Alter: M = 39.28, SD = 7.98, Min = 23, Max = 57).

## **Ergebnisse**

Die Gegenüberstellung der beiden Teilstichproben zeigt, dass sich Teilnehmende mit erfolgreichem Abschluss und solche mit vorzeitigem Abbruch der Maßnahme bereits hinsichtlich ihrer Ausgangsbedingungen unterscheiden – konkret bezüglich des bisherigen beruflichen Werdegangs, der privaten und familiären Situation, kritischer Lebensereignisse sowie dem Vorliegen multimorbider Erkrankungen. Im Rahmen der Arbeitserprobungen sowie der psychologischen und arbeitsmedizinischen Begutachtung im RehaAssessment® zeigen sich insbesondere kumulierte Teilhabeeinschränkungen als herausfordernd. Mit Bezug auf die ICF betreffen diese insbesondere drei Bereiche: 1) d1: Lernen und Wissensanwendung mit Blick auf Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnis und Merkfähigkeit, 2) d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen unter besonderer Berücksichtigung der Dauerbelastbarkeit sowie dem Umgang mit Zeit-, Arbeits- und Verantwortungsdruck und der Selbstregulation bei Misserfolgserleben, 3) d7: Interaktionen und Beziehungen im Kontext von Abgrenzung und Distanzierung sowie Kritikfähigkeit und Konfliktbewältigung. Bedeutsame Umweltfaktoren, die sowohl als Barriere als auch Förderfaktor wirken können, finden sich im Bereich e3: Unterstützung und Beziehung sowohl im familiären als auch außerfamiliären Umfeld sowie in e4: Einstellungen über Wertvorstellungen und Überzeugungen, die durch relevante Bezugspersonen tradiert werden.

## **Diskussion und Fazit**

Das Assessment und die zugehörige Diagnostik besitzt eine wichtige Schlüsselfunktion für die Ausgestaltung des weiteführenden Rehabilitationsprozesses, da hier zentrale Informationen über die Rehabilitand:innen, das Vorliegen von Teilhabeeinschränkungen, ihre Lebenssituation und relevante Kontextfaktoren erhoben werden. Vor dem Hintergrund der Beeinträchtigungen im Bereich der Dauerbelastbarkeit der Teilnehmenden und der divergierenden Lebenslagen erscheint es notwendig, diese Bedarfslagen im Rahmen eines adaptiven Assessments zu berücksichtigen. Auch die Begutachtung im Vorfeld, vor deren Hintergrund die Zuweisung zum Regel- oder erweiterten Assessment erfolgt, kann hierfür wichtige Informationen liefern.

## **Take-Home-Message**

Diskontinuierliche Verläufe können u.a. auf kumulierte Teilhabeeinschränkungen und unterschiedliche Ausgangsbedingungen zurückgeführt werden, die eine adaptive Gestaltung des Assessments und passgenaue Unterstützungsangebote erforderlich machen.

## **Literatur**

- Kakuschke, V., Glamann, N., Wengemuth, E., Tibbe, N., Weißmann, R., Dreßke, S., Choi, A., von Kardorff, E., Thomas, J., Ohlbrecht, H. (im Erscheinen). Übergänge gestalten: Zugänge und Verläufe in der beruflichen Rehabilitation. Angenommen zur Publikation in Die Rehabilitation.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. Weinheim: Beltz.



- Pätzold, H., Brendebach, F. (2020): Erwachsene in der Berufsbildung. In R. Arnold, Lipsmeier, M. Rohs (Hrsg.) Handbuch Berufsbildung. Wiesbaden: Springer. 109-120.
- Schmidt, W. (2017): Dokumentenanalyse in der Organisationsforschung. In Liebig, S., Matiaske, W., Rosenbohm, S. (Hrsg.), Handbuch Empirische Organisationsforschung (pp. 443–446). Wiesbaden: Springer. 443-446.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund und Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

## **Fehlzeiten als Lern- und Anpassungsphasen: Qualitative Prozessanalysen von diskontinuierlichen Verläufen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Berufsförderungswerken**

*Stefan Dreßke; Nathalie Glamann; Carsten Detka; Heike Ohlbrecht*

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Diskontinuierliche Verläufe gehören zur Normalität beruflicher Rehabilitation (Dreßke, Ohlbrecht, 2024). In Berufsförderungswerken (BFW), die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erbringen, treten kurzzeitige Unterbrechungen von weniger als sechs Wochen als häufige Form der Diskontinuität auf. Hinter den ärztlich legitimierten Fehlzeiten stehen komplexe Lebenslagen, in denen gesundheitliche Beeinträchtigungen, familiäre Verpflichtungen, institutionelle Anforderungen und betriebliche Bedingungen ineinandergreifen. Ziel des Beitrags ist es, die Mechanismen und Gelingensbedingungen dieser Prozesse zu rekonstruieren. Das produktive Bearbeiten von Diskontinuitäten und der Sicherung von Anschlussfähigkeit verstehen wir als gemeinsame Arbeit an Kontinuität durch Rehabilitand:innen und Fachkräfte.

### **Methoden**

Die Ergebnisse stammen aus einer qualitativen Längsschnittstudie in zwei BFW. Untersucht wurden Rehabilitationsverläufe von 68 Teilnehmenden, die ihre LTA zwischen Oktober 2022 und Oktober 2023 begonnen haben. Zu Beginn wurden biografische Erstinterviews durchgeführt, denen in viertel- bis halbjährlichen Abständen bis zum Ende der Maßnahme Follow-up-Interviews folgten. Ergänzt wurden 25 retrospektive Interviews mit Rehabilitand:innen. Die Auswertung erfolgte nach der Grounded Theory (Strauss, Corbin, 1996) und der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2022). Analysiert wurden Handlungsstrategien, Deutungen und Wissensbestände der Rehabilitand:innen im Zusammenspiel von Erwerbsbiografie, familiärer und gesundheitlicher Situation sowie institutionellen Rahmenbedingungen mit dem Fokus auf diskontinuierlichen Verläufen.

### **Ergebnisse**

Die Integration nach Fehlzeiten zeigt sich als Kontinuitätsarbeit zwischen Krankenrolle, Leistungsrolle und privaten Rollen. Fehlzeiten werden im Rahmen eines institutionellen

„Fehlzeitenregimes“ verhandelt, das durch Präsenzpfllichten, ärztliche Legitimation und situativ ausgehandelte Flexibilität geprägt ist.

Vier Integrationsmodi lassen sich unterscheiden:

1. Vorausschauende Integration: Rehabilitand:innen koordinieren Behandlungen und Therapien vorausschauend, um Fehlzeiten zu begrenzen. Die Planung in Abstimmung mit Fachkräften sichert Kontinuität, birgt jedoch Risiken des Präsentismus und der Verschleppung von Erkrankungen.
2. Kurzfristiges „Herausnehmen“: Bei familiären Krisen oder Care-Belastungen werden soziale Netzwerke aktiviert und Rollen neu geordnet, wobei Fehlzeiten als fungiert. Integration gelingt, wenn offene Kommunikation und institutionelle Unterstützung Vertrauen schaffen.
3. „Durchatmen“ nach Belastungsspitzen: Die Maßnahme bleibt anschlussfähig, wenn im Zuge von intensiven Lernphasen Fachkräfte Fehlzeiten als Teil von Stabilisierungsvorgängen und Erholungsphasen anerkennen. Weitere Gelingensbedingungen sind flexible Lernangebote.
4. Praktikumsadaptive Integration: Im Übergang zu betrieblichen Lernorten kommt es regelmäßig zu Konflikten und Passungsproblemen, die in Fehlzeiten münden können. Erfolgreiche Integration gelingt, wenn Probleme offen thematisiert, betriebliche Anforderungen angepasst oder Einsatzorte gewechselt werden. Die Arbeitswelt wird so selbst zum Ort des Ausprobierens und der Integration.

Rehabilitand:innen leisten durch Abstimmung, Selbstorganisation und Nutzung institutioneller Spielräume Kontinuitätsarbeit. Fachkräfte unterstützen diese Arbeit, indem sie Kommunikationsräume öffnen und situativ flexible Lösungen ermöglichen.

Zentrale Gelingensbedingungen sind:

- antizipierende Planung von Behandlungen, familiären Ereignissen und Prüfungen,
- kommunikative Offenheit und Vertrauen zwischen Rehabilitand:innen und Fachkräften,
- Entlastung durch soziale Netzwerke,
- institutionelle Flexibilität (Anerkennung kurzer Fehlzeiten, alternative Lernwege),
- Förderung von Selbstwirksamkeit und Reflexionsfähigkeit.

Fehlzeiten erfüllen damit eine doppelte Funktion: Sie markieren Belastungsgrenzen, eröffnen aber zugleich Lern- und Anpassungsphasen, in denen Rehabilitand:innen Strategien zur Stabilisierung entwickeln und biografische Passung neu aushandeln. Dis/Kontinuität ist hier kein Zustand, sondern Ergebnis fortlaufender Arbeit und Aushandlung.

## **Diskussion und Fazit**

Fehlzeiten sind weniger Störungen als Momente aktiver Kontinuitätsarbeit. An neuralgischen Punkten werden gesundheitliche, familiäre und institutionelle Anforderungen neu balanciert. Erfolgreiche Rehabilitation zeigt sich nicht in Unterbrechungsfreiheit, sondern in der Fähigkeit zur Wiederaufnahme und Anpassung. Für die Praxis der Berufsförderungswerke und Rentenversicherungsträger ergeben sich folgende Konsequenzen:

- Integrations- und Entlastungsmanagement: systematische Reflexions- und Lernplanungsgespräche nach Fehlzeiten
- Entstigmatisierung von Fehlzeiten: Unterbrechungen als reguläre Phasen der Kontinuitätsarbeit anerkennen
- Unterstützungsangebote flexibel gestalten: Nachhilfe, Beratung, psychologische Begleitung
- Kommunikation stärken: kontinuierliche Abstimmung zwischen Rehabilitand:innen, Fachkräften, Betrieben und Kostenträgern
- Selbstwirksamkeit fördern: erfolgreiche Wiedereinstiege als Lern- und Stabilisierungserfahrungen sichtbar machen.

Rehabilitation wird so als adaptiver, biografisch eingebetteter Prozess sichtbar, in dem Unterbrechungen produktiv bearbeitet werden.

### **Take-Home-Message**

Die Integration nach Fehlzeiten steht exemplarisch für eine Form von Kontinuitätsarbeit in der Diskontinuität, die moderne LTA-Verläufe prägt und flexible institutionelle Arrangements erfordert.

### **Literatur**

- Strauss, A. L., Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Dreßke, S., Ohlbrecht, H. (2024): Biografische Passungsarbeit und institutionelle Handlungslogiken bei Verläufen der beruflichen Rehabilitation in Berufsförderungswerken. In: Sozialer Fortschritt (73), S. 653-669.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Umgang der Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit sozialen Bedarfen von Rehabilitand\*innen in der beruflichen Rehabilitation**

*Harald Zellner; Nadja Freymüller; Tobias Knoop; Thorsten Meyer-Feil*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Soziale Arbeit ist mit ihren Aufgaben und Tätigkeiten ein fester Bestandteil der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, § 51 SGB IX). Sie trägt dazu bei, die Teilhabe von Rehabilitand\*innen am Arbeitsleben zu sichern. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind in der beruflichen Rehabilitation Teil des interdisziplinären Reha-Teams (Freymüller et al., 2024). In

ihrem Arbeitsalltag setzen sie sich mit Bedarfen der sozialen Unterstützung, sozialen Sicherung und persönlichen Entwicklung der Rehabilitand\*innen auseinander (Zellner et al., 2025).

Das Forschungsprojekt „Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (SABER) erhebt einerseits die konkreten Bedarfe, die im Verlauf der Rehabilitation von Seiten der Rehabilitand\*innen oder den Fachkräften explizit geäußert bzw. festgestellt wurden oder die aus den vorliegenden Daten ableitbar waren. Im folgenden Beitrag soll darüber berichtet werden, wie andererseits die Fachkräfte der Sozialen Arbeit auf die sozialen Bedarfe der Rehabilitand\*innen eingehen, wie sie mit den unterschiedlichen Bedarfen umgehen und wie die Praxis der Fachkräfte der Sozialen Arbeit ausgestaltet ist, um mit entsprechenden Leistungen diesen Bedarfen gerecht zu werden.

## **Methoden**

Das Studiendesign im Projekt SABER ist angelegt als ein mixed-methods Design mit einer Sekundärdatenanalyse und einer qualitativen Hauptstudie, aus der Teilergebnisse vorgestellt werden. Die unterschiedlichen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wurden in drei bundesweiten Erhebungsphasen (theoretisches Sampling und Maximum-variation Sampling) nach Einrichtungsart ausgewählt: Berufsförderungswerk (n = 5), berufliches Trainingszentrum (n = 4), ambulanter Anbieter (n = 5), Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (n = 1). In den Einrichtungen wurden leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften der Sozialen Arbeit (n = 25), Leitungspersonen (n = 15) und Rehabilitand\*innen (n = 34) geführt. Darüber hinaus fanden Gruppendiskussionen (n = 14) mit den Mitgliedern der Rehabilitationsteams statt.

Die Auswertung der qualitativen Daten ist orientiert an den Kodierschritten der Grounded Theory (Corbin, Strauss, 1990). Es besteht die Orientierung am Fall mit Fokus auf die gesamten Daten einer Einrichtung, daran anknüpfend findet permanent ein Vergleich der bereits zusammengetragenen Fälle statt. Bei der Kategorienbildung wird sich auch an themenübergreifenden Projekten der Arbeitsgruppe orientiert (Knoop et al., 2024).

## **Ergebnisse**

Aus der Auswertung lassen sich Hinweise auf den Umgang mit unterschiedlichen Bedarfen ausmachen, die für die Praxis relevant sind. Eine differenzierte Auswahl des Umgangs der Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit sozialen Bedarfen im Reha-Verlauf ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Umgang der Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit Bedarfen der sozialen Unterstützung, sozialen Sicherung und persönlichen Entwicklung

| Kategorien<br>(Zellner et al., 2025) | Soziale Bedarfe                                             | Umgang Fachkräfte Soziale Arbeit mit sozialen Bedarfen und Belege aus den Interviews und Gruppendiskussionen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Soziale Unterstützung                | Flexible Ansprechbarkeit der Fachkräfte der Sozialen Arbeit | <b>Betreuungsarbeit: Flexibler Umgang bei unterschiedlichen Belangen („offene Tür“)</b><br><i>Also ich würde (.) sagen. (.) man muss sehr flexibel reagieren und spontan reagieren. (.) Teilweise. Also man sitzt jetzt hier zum Beispiel und schreibt einen Bericht und (.) in einer Stunde kommt dann vielleicht fünf Mal jemand vorbei und fragt, man kümmert sich um dessen Belange und schreibt weiter. Solche Sachen oder Telefonate, die reinkommen, oder? (.) Genau. Also das ist vielleicht so eine Herausforderung, dass man da schon flexibel sein muss im Umgang mit vielen Sachen.</i><br>(Interview Fachkraft, BTZ, Pos. 168-175)                                                                             |
| Soziale Sicherung                    | Finanzielle Absicherung                                     | <b>Antragsarbeit: Finanzielle Unterstützung sichern (z.B. Übergangsgeld)</b><br><i>eher so (..) finanzielle Aspekte mit dem Leistungsträger. (..) Nach dem Motto: Mein Übergangsgeld kommt nicht, warum kommt es nicht, warum kriege ich weniger und usw. und so fort? (.) Da zählt aber auch zu, gemeinsam den Teilnehmer zu unterstützen. Wenn er sagt: "Können Sie, können wir einen Antrag gemeinsam ausfüllen." Dann mache ich das mit dem. Das kostet zwar manchmal viel Zeit. Ich habe (.) letzte oder vorletzte Woche wieder mit einem Teilnehmer ein (.) Wohngeld Antrag zusammen ausgefüllt (.) oder einen Antrag auf (.) jetzt Bürgergeld gemeinsam auszufüllen.</i><br>(Interview Fachkraft, BFW, Pos. 337-344) |
| Persönliche Entwicklung              | Wieder-(Gewinnung) von (Selbst-)Sicherheit                  | <b>Identitäts- und Motivationsarbeit: Impulse zur beruflichen Weiterentwicklung geben, motivierende Gespräche führen</b><br><i>(.) Also für unsere Trainings Mitarbeitenden [Rehabilitand*innen, Anm. HZ] hier, wenn die diese Unterstützung nicht bekommen würden, die sie hier bekommen. (.) Für die würde ihr beruflicher oder privater Lebensweg tatsächlich anders aussehen. Weil viele hier nochmal ganz neue Impulse bekommen. Und nur durch solche Impulse können die sich auch verändern, (.) sich weiterentwickeln und von daher ist es eine zentrale (.) Tätigkeit oder Aufgabe, die wir die wir machen.</i><br>(Gruppendiskussion, Leitung, BTZ, Pos. 1206-1212)                                                |

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Ergebnisse zeigen die Vielfältigkeit der sozialen Bedarfe der Rehabilitand\*innen in der beruflichen Rehabilitation auf, auf die die Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit einer Vielfalt an Angeboten, Aktivitäten und Herangehensweisen reagieren. Bei der Darstellung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Umgangsweisen nur eine Auswahl darstellen und weitere in Reaktion auf die sozialen Bedarfe möglich sind. Das Wissen über den Umgang mit sozialen Bedarfen stellt eine wichtige Voraussetzung für ein Gelingen der beruflichen Rehabilitation dar, dabei können die Fachkräfte der Sozialen Arbeit eine zentrale Rolle im Rehabilitationsgeschehen spielen. Der Umgang mit sozialen Bedarfen drückt sich auch in den Rollen und Funktionen der Fachkräfte in der beruflichen Rehabilitation aus (Freymüller et al., 2025). Er ist ausgerichtet auf das Prinzip der (Wieder-)Eingliederung, um eine Teilhabe an Beruf und Gesellschaft zu erreichen.

## **Take-Home-Message**

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen so zu gestalten, dass die unterschiedlichen Bedarfe der Rehabilitand\*innen in den einzelnen Rehabilitationsphasen gezielt identifiziert und bearbeitet werden können.

## **Literatur**

- Corbin, J. M., Strauss, A. (1990): Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. In: Qualitative Sociology 13 (1), S. 3-21.
- Freymüller, N., Knoop, T., Meyer-Feil, T. (2024): Social work practice and outcomes in rehabilitation: a scoping review. Frontiers in Rehabilitation Sciences 5. doi:10.3389/fresc.2024.1348294
- Freymüller, N., Seefeld, J., Werner, S., Enggruber, R., Röh, D., Tophoven, S., Meyer-Feil, T. (2025). Aufgaben und Rollen der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation eFirst. doi: 10.1055/a-2698-4432
- Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S., Meyer, T. (2024): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Praxis und Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. 1. Auflage. Bielefeld: transcript (Gesundheit, Kommunikation und Gesellschaft, 2).
- Zellner, H., Freymüller, N., Knoop, T., Meyer-Feil, T. (2025): Soziale Bedürfnisse und Bedarfe von Rehabilitand\*innen in der beruflichen Rehabilitation. Vortrag auf der wissenschaftlichen Fachtagung: Berufliche Rehabilitation im Fokus, 19.09.2025. DRV Mitteldeutschland, Halle.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Zur Zuweisungspraxis von Reha-Fachberatenden als Teil beruflich-habituellem Profile – Eine Mixed-Methods-Studie zu den impliziten Zuweisungspraktiken in die Berufsförderungswerke von Reha-Fachberatenden**

*Christopher Grobys<sup>1</sup>; Heike Ohlbrecht<sup>1</sup>; Carsten Detka<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg;

<sup>2</sup> Institut für sozialwissenschaftliche Prozessanalysen und Arbeitsgestaltung UG  
(haftungsbeschränkt)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Kostenträger und Berufsförderungswerke zählen zu den zentralen Akteuren der beruflichen Rehabilitation, die aktuell vor einer Vielzahl von Herausforderungen stehen. Einerseits ist davon auszugehen, dass die berufliche Rehabilitation in den kommenden Jahren angesichts der demografischen Krise an Bedeutung gewinnen wird, um die Ausschöpfung des Erwerbskräftepotenzials der Bundesrepublik zu erhöhen und den Sozialstaat in seiner derzeitigen Form bewahren zu können (Boockmann et al., 2024). Andererseits wird eine Zunahme komplexer Problemlagen aufseiten der Rehabilitand\*innen konstatiert, die Return-to-Work-Prozesse erschweren und wodurch die Prozessbeziehung zwischen Kosten- und Leistungsträger herausgefordert werden kann (Dreßke et al., 2025). Gleichzeitig ist auch bekannt, dass die Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben seit 2017 tendenziell zurückgehen (DRV Bund, 2024), was sich negativ auf die Leistungsnutzung der Berufsförderungswerke trotz der gestiegenen Bedarfe auswirkt.

Das wirft die Frage auf, wie sich die Zuweisungspraxis der Reha-Fachberatenden gestaltet, also nach welchen Kriterien sie Versicherte zu den Berufsförderungswerken als Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation zuweisen. Diese Frage scheint trivial zu sein, da die Zuweisungen auf Basis sozialrechtlicher Standards erfolgen (sollten). Es ist jedoch bekannt, dass sich auch berufliche Praxen, wissenssoziologisch betrachtet, im Rahmen einer „notorischen Diskrepanz von performativer und propositionaler Logik“ (Bohnsack, 2021: 92) – zwischen Praxis und Norm – vollziehen. Das Anliegen des Beitrags ist es somit, die Zuweisungspraxis von Reha-Fachberatenden als Teil ihres beruflich habituellen Profils zu rekonstruieren, woraus sich Handlungsstrategien für Leistungs- und Kostenträger ergeben.

## **Methoden**

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein Mixed-Methods-Design mit den Daten des Forschungsprojektes „Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Berufsförderungswerke durch eine Prozessanalyse“ genutzt. Die Daten für diesen Beitrag umfassen zwei partizipative Workshops mit Leistungserbringenden, einer standardisierten Online-Umfrage von 226 Reha-Fachberatenden sowie 13 Leitfadeninterviews.

Die Auswertung der partizipativen Workshops und eines Teils der Leitfadeninterviews erfolgte zuerst inhaltsanalytisch, um wichtige Aspekte der Zuweisungspraxis der Fachberatenden herauszuarbeiten.

Darauf aufbauend wurde ein Fragebogen konstruiert, der anschließend an Reha-Fachberatende versendet wurde. Die Auswertung dieses Datensatzes erfolgte explorativ mittels Faktor- und Clusteranalysen. Zuletzt wurden die Leitfadeninterviews nochmals rekonstruktiv mittels der dokumentarischen Methode ausgewertet, um die Clusterlösungen in ihrer praxisbezogenen Logik und ansatzweise in ihrer Soziogenese verstehen und validieren zu können.

## **Ergebnisse**

Die Befunde umfassen mehrere Ergebnisebenen: Erstens konnten verschiedene Handlungsorientierungen herausarbeitet werden, die die Zuweisungspraxis in die Berufsförderungswerke der Reha-Fachberatenden maßgeblich bestimmen. Hierzu zählen eine Kooperationsorientierung, eine Outputorientierung und eine Bedarfsorientierung.

Mittels der weiteren cluster- und qualitativen Analysen konnten verschiedene Typen der Zuweisungspraxis empirisch rekonstruiert werden, die jeweils eine vielfältige Kombination der verschiedenen Handlungsorientierungen aufweisen. So zeigten sich neben den klassischen Reinformen einer Kooperations-, Output- und Bedarfsorientierung noch weitere, die auf impliziten Wissensbeständen, dem beruflichen Selbstbild sowie den Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken beruhen und von verschiedenen sozialstrukturellen Merkmalen grundiert sind. Bemerkenswert hierbei ist auch, dass sich Generationsunterschiede zwischen Reha-Fachberatenden zeigen, die auf einen Wandel des beruflichen Selbstverständnisses und der eigenen Praxis hindeuten.

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Ergebnisse veranschaulichen, dass mehr als sozialrechtliche Regelungen die Zuweisungspraxis der Reha-Fachberatenden in die Berufsförderungswerke kennzeichnen. Vielmehr können wir ein Spektrum verschiedener Handlungsorientierungen bei den Zuweisungen mit unseren gemischten Datenanalysen rekonstruieren, die sich zwischen Kooperation mit den Berufsförderungswerken, der Fokussierung des Ergebnisses der Leistung in den Berufsförderungswerken und den subjektiven Bedarfen der Rehabilitand\*innen bewegen und die als Teil des jeweiligen habituellen Profils der Professionellen verstanden werden.

Durch diese Profile und die darauf basierenden Zuweisungspraktiken wird verständlich, nach welchen Handlungslogiken die Reha-Fachberatenden arbeiten, woraus sich wiederum sowohl für die Kostenträger (Qualifizierung von nachfolgenden Generationen von Reha-Fachberatenden) als auch die Berufsförderungswerke bedeutende Handlungsimplicationen ableiten lassen, wie sie beispielsweise bereits von anderen Professionen vollzogen werden (Sozialarbeit).

## **Take-Home-Message**

Die Zuweisungspraxis von Reha-Fachberatenden in die Berufsförderungswerke ist nicht nur von sozialrechtlichen und institutionellen Regelungen, sondern auch von verschiedenen Handlungsorientierungen geprägt, die maßgeblich aus ihrem professionellen Selbstverständnis und ihrer beruflichen Praxis resultieren und spezifische Generationsunterschiede aufweisen.



## **Literatur**

- Bohnsack, R. (2021): Praxeologische Wissenssoziologie. ZQF – Zeitschrift für Qualitative Forschung 22: 87–105.
- Boockmann, B., Reiner, M., Schafstädt, C., Scheu, T., Setzepfand, P. (2024): Arbeitskräftepotenziale in Deutschland besser ausschöpfen. 60 Handlungsempfehlungen für Verwaltung, Politik und Praxis. München: Stiftung Familienunternehmen.
- Dreßke, S., Ohlbrecht, H., Quehl, C. (2025): Die Aushandlung von Versorgungsverläufen in der beruflichen Rehabilitation. Passungsverhältnisse von sozialstaatlichen Interventionen und Lebensentwürfen. Zeitschrift für Sozialreform 71: 15–35.
- DRV Bund (2024): Reha-Bericht 2024. Berlin.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke

### **Berufliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken: Digitalisierung und neue Voraussetzungen der Rehabilitand\*innen?**

*Christoph Burzlaff; Frauke Mörike*

Technische Universität Dortmund

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Kontext umfassender Transformationsprozesse auf dem Arbeitsmarkt prägt die Digitalisierung die Erwerbschancen beeinträchtigter Menschen (Jochmaring, York, 2022). Digitale Kompetenzen werden demgemäß immer bedeutsamer, ebenso in der beruflichen Rehabilitation (Kreidenweis, 2018). In Berufsförderungswerken als spezifische Einrichtungen durchlaufen Erwachsene, welche aus gesundheitlichen Gründen ihren angestammten Beruf nicht mehr ausüben können, Umschulungsmaßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt (Kappus, 2018). Hinsichtlich digitaler Kompetenzen verbleibt jedoch unklar, mit welchen Eingangsvoraussetzungen die Rehabilitand\*innen in die Berufsförderungswerke einmünden und inwieweit diese die Umschulungsmaßnahmen und Wiedereingliederung prägen.

#### **Methoden**

Handlungsleitend ist demnach die Forschungsfrage nach den individuellen Voraussetzungen und Kompetenzen der Rehabilitand\*innen sowie die darauf aufbauende digitale Kompetenzvermittlung. Hierzu wurde eine Fragebogenstudie durchgeführt. Mitarbeitende aller Berufsförderungswerke in Deutschland wurden via Mail als Teilnehmende und Multiplikator\*innen kontaktiert. Insgesamt haben 73 Personen den Fragebogen ausgefüllt, welcher im Anschluss mittels deskriptiver Statistik und inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker ausgewertet wurde, wobei in mehreren iterativen Schleifen die deduktiv gebildeten Hauptkategorien um induktiv gebildete Unterkategorien ergänzt wurden.

#### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zielgruppe, bezogen auf die Eingangskompetenzen eine Divergenz in den notwendigen Voraussetzungen aufweist, welche spezifisch durch die vorherige berufliche Tätigkeit bedingt wird: „Meine Teilnehmenden profitieren nicht, da sie vorher aus Berufen kamen, die wenig mit Computern zu tun hatten und sie große Schwierigkeiten mit digitalem Arbeiten haben“ (189). Die divergierenden Eingangsvoraussetzungen münden in einer uneinheitlichen Implementation von digitalen Inhalten in die Umschulungsmaßnahmen. Die Implementierung erfolgt auf polymorphen Kompetenzebenen, welche jedoch das Risiko bergen, dass die Vermittlung digitaler Kompetenzen nicht das für die Wiedereingliederung auf den Arbeitsmarkt erforderliche Niveau erreicht. So haben die Rehabilitand\*innen „durch eine moderne und digitalisierte Umschulung [...] den freien Arbeitssuchenden [gegenüber] einen Vorsprung [...]“ (126), jedoch lediglich solange ein

bestimmtes Kompetenzniveau zum Abschluss der Umschulung erreicht wird. Vor dem Hintergrund einer Zunahme psychischer Beeinträchtigungen in den Berufsförderungswerken wird eine Erreichung dieses Kompetenzniveaus vermehrt komplexer, weil umfassendere Maßnahmen zur Stabilisierung der rezidivierenden Erkrankungen notwendig sind.

### **Diskussion und Fazit**

Bezugnehmend auf die Ergebnisse wird ersichtlich, dass die Zielgruppe der Rehabilitand\*innen divergierende individuelle Eingangsvoraussetzungen mitbringt, welche die digitale Kompetenzvermittlung prägen. Für die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt wird angenommen, dass ein doppelqualifikatorisches Spezialistentum notwendig ist (Dings, 1988). Folglich müssen die Umschulungsmaßnahmen die eingebrachten Qualifikationen der Rehabilitand\*innen adressieren und gleichlaufend die auf dem Arbeitsmarkt zu erwartenden Qualifikationen vermitteln (ebd.). Diesbezüglich zeigt sich, dass die Rehabilitand\*innen zunächst auf differenzierten Ebenen eingeordnet werden (Basislevel, mittleres Level und fortgeschrittenes Level). Darauf folgend werden innerhalb dieser Ebenen durch verschiedene Tools (bspw. Lernplattformen) digitale Kompetenzen in unterschiedlicher Komplexität vermittelt (Umgang mit dem Computer, EDV-Kenntnisse, fortgeschrittene Spezialkenntnisse). Basierend auf den Voraussetzungen der Rehabilitand\*innen zeigen sich für verschiedene Berufsbilder unterschiedliche Implikationen. Deliberativ betrachtet müssen für die zugrundeliegenden Jobprofile in den Berufsförderungswerken passende Kompetenzcluster gebildet werden, welche sich an den Fähigkeiten der Rehabilitand\*innen orientieren. Dabei ist einerseits eine möglichst hohe Qualifizierung der Rehabilitand\*innen notwendig, welche gleichwohl das Risiko der Überforderung der Klientel und weitere Transformationsprozesse, wie den beruflichen Wandel und den Fachkräftemangel in den Einrichtungen, berücksichtigen muss (Bartel et al., 2015). In Bezug auf die Forschungsfrage wird zusammenfassend deutlich, dass hinsichtlich der individuellen Voraussetzungen und Kompetenzniveaus insbesondere eine Teilgruppe mit herausfordernden Eingangsbedingungen die digitale Kompetenzvermittlung nachhaltig beeinflusst. Die Studie löst ein relevantes Forschungsdesiderat beruflicher Rehabilitation auf, wenngleich weitere Arbeiten die Kompetenzcluster hinsichtlich der Jobprofile genauer in den Blickpunkt nehmen müssen.

### **Take-Home-Message**

Die Vermittlung digitaler Kompetenzen wird in beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen zunehmend bedeutsamer, wenngleich die Voraussetzungen der Rehabilitand\*innen die Möglichkeiten der inhaltlichen Ausgestaltung prägen und Auswirkungen auf die Wiedereingliederungschancen haben.

### **Literatur**

- Bartel, S., Reith, N. & Peschkes, L. (2015): Berufsförderungswerke im Wandel: Perspektiven und Herausforderungen beruflicher Rehabilitation im Kontext von Teilhabe- und Fachkräftesicherung. In: Die Berufliche Rehabilitation, 29(3), 235-246.
- Dings, W. (1988): Berufliche Rehabilitation Erwachsener. Berufsförderungswerke in erziehungswissenschaftlicher Analyse. Hamburg: Hamburger Buchwerkstatt.

- Jochmaring, J., York, J. (2022): Dilemmata einer inklusiven Arbeitswelt. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusionspotenzialen neuer Arbeitsrealitäten und exklusionsverwaltenden Organisationen. In: Onnen, C., Stein-Redent, R., Blättel-Mink, B., Noack, T., Opielka, M & Späte, K. (Hrsg.): Organisationen in Zeiten der Digitalisierung (141-154). Wiesbaden: Springer.
- Kappus, S. (2018): Berufliche Wiedereingliederung zukunftsicher gestalten. Zur Umsetzung veränderter gesellschaftspolitischer Anforderungen am Beispiel des RehaFutur-Projektes und dessen Bedeutung für die Bildungsangebote der Berufsförderungswerke und vergleichbaren Einrichtungen. Aachen: Shaker.
- Kreidenweis, H. (2018): Digitalisierung ändert nichts - außer alles. Wirkungen auf Gesellschaft, Soziale Arbeit und Berufliche Rehabilitation. In: Die berufliche Rehabilitation, 32(2), 148-157.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Die Teilnehmendenstruktur in der beruflichen Rehabilitation: Psychisch erkrankte Menschen im Fokus**

*Janett Görke; Nico Seifert; Marco Streibelt*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der kontinuierliche Anstieg psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeiten, Diagnoseprävalenzen und Zugänge zur Erwerbsminderungsrente zählt zu den markantesten Entwicklungen der letzten Jahre (Stahn, 2025; Thom et al., 2024). Damit kommt den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eine wachsende Bedeutung zu. Für die DRV als Reha-Träger ist die Analyse der Teilnehmendenstruktur von Rehabilitand\*innen mit psychischen Erkrankungen von hoher Relevanz, um Bedarfe frühzeitig zu erkennen, Angebote gezielt weiterzuentwickeln und Wirksamkeit zu sichern. Eine deskriptive Analyse der Struktur aller Teilnehmenden im 10-Jahres-Verlauf wurde bereits von Görke et al. (2025) veröffentlicht. Die Fokussierung auf psychisch erkrankte Rehabilitand\*innen ist zentral, da diese Personengruppe in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen und spezifische Unterstützungsbedarfe aufweist (DRV Bund, 2023).

### **Methoden**

Die Auswertungen basieren auf deskriptiven Analysen der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV im 10-Jahres-Verlauf (2013–2022). Einbezogen wurden alle Teilnehmenden, die eine berufliche Bildungsleistung erhielten und eine Erstdiagnose aus dem Kapitel F der ICD-10-GM (Psychische und Verhaltensstörungen) aufwiesen (2013: n=6.688; 2022: n=5.595). Zum Vergleich wurden Teilnehmende ohne F-Erstdiagnose betrachtet (2013: n=21.929; 2022: n=16.176). Zu den Bildungsleistungen zählen Qualifizierungs-, Weiter- und Ausbildungs- sowie Integrationsmaßnahmen. Weitere Leistungen umfassten Eignungsabklärung,

Arbeitserprobung, Berufsfindung etc. Zudem wurden Teilnehmende in Beruflichen Trainingszentren (BTZ) einbezogen. Pro Jahr wurde für jede Person die zuletzt abgeschlossene Bildungsmaßnahme berücksichtigt.

## **Ergebnisse**

Die Zahl der Teilnehmenden mit F-Erstdiagnose zeigte bis 2015 einen Rückgang (4.116 Teilnehmende), stieg bis 2017 auf 7.202 und sank danach leicht auf 5.595 (2022). Ein ähnlicher Verlauf fand sich bei den übrigen Teilnehmenden: Nach einem Tiefpunkt 2015 (17.040) stiegen die Zahlen bis 2018 (21.155) und gingen anschließend auf 16.176 (2022) zurück. Das Durchschnittsalter der Rehabilitand\*innen mit F-Erstdiagnose erhöhte sich von 43,7 auf 45,6 Jahre, bei den übrigen Teilnehmenden von 43,7 auf 46,7 Jahre. Insgesamt ist eine leichte Alterung zu beobachten, die bei psychisch Erkrankten weniger ausgeprägt ist. Altersbezogen nahm der Anteil der 50- bis 59-Jährigen von 25 % auf 34 % und der über 60-Jährigen von 0,9 % auf 4,4 % zu, während die 40- bis 49-Jährigen von 45 % auf 36 % und die unter 40-Jährigen leicht abnahmen (29 % auf 26 %). In der Maßnahmenstruktur zeigten sich deutliche Verschiebungen: Qualifizierungsmaßnahmen gingen von 7 % auf 4 % zurück, während Weiter- und Ausbildungsmaßnahmen von 22 % auf 31 % zunahmen. Integrationsmaßnahmen reduzierten sich von 43 % (2017) auf 33 % (2022), sonstige Maßnahmen von 28 % auf 16 %. Besonders stark wuchsen die BTZ-Leistungen (8 % auf 17 %), was die zunehmende Bedeutung spezialisierter Angebote für psychisch Erkrankte unterstreicht. Das Geschlechterverhältnis blieb stabil (Frauen 53 %, Männer 47 %). In der Bildungsstruktur zeigen sich leichte Verbesserungen: Realschulabschlüsse stiegen von 32 % auf 35 %, Fach- oder Hochschulreife von 13 % auf 18 %. Der Anteil ohne Abschluss blieb nahezu gleich (18 % auf 19 %), während unbekannte Angaben deutlich sanken (37 % auf 28 %), was auf eine bessere Datenerfassung hinweist. Beim Erwerbsstatus vor Antragstellung zeigt sich eine deutliche Verschiebung: Der Anteil der Erwerbstätigen stieg von 54 % (2013) auf 81 % (2022), während Arbeitslosigkeit (22 % auf 14 %) und Nicht-Erwerbstätigkeit (24 % auf 5 %) stark abnahmen. Damit kommen zunehmend Personen aus bestehender Beschäftigung in die berufliche Rehabilitation, was den präventiven Charakter der Leistungen betont. Auch die Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation nahm deutlich zu: Der Anteil der Rehabilitand\*innen, die nach einer medizinischen Rehabilitation eine berufliche Bildungsleistung erhielten, stieg von 8 % auf 45 %. Diese Entwicklung beruht auf einer stärkeren Sensibilisierung der medizinischen Rehabilitation für berufliche Teilhabeaspekte und einer verbesserten Zusammenarbeit der beteiligten Akteure.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen strukturelle Veränderungen in der Zusammensetzung psychisch erkrankter Rehabilitand\*innen. Diese Gruppe ist heute älter, besser gebildet und häufiger erwerbstätig als vor zehn Jahren. Gleichzeitig gewinnen spezialisierte und passgenaue Maßnahmen – insbesondere BTZ-Leistungen – an Bedeutung. Die stärkere Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation zeigt eine wachsende Sensibilisierung für berufliche Teilhabe und eine verbesserte Abstimmung zwischen den Akteuren.

## **Take-Home-Message**

Für die Zukunft heißt das: frühzeitiger Zugang, Übergänge systematisch gestalten und Maßnahmen passgenau weiterentwickeln.

## **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Görke, J., Seifert, N., Streibelt, M. (2025): Die Teilnehmendenstruktur in der beruflichen Bildung im Wandel der Zeit. DRV-Schriften, Band 131, S. 146-148.
- Stahn, C. (2025): Psychische Störungen. In: ifaa - Institut für angewandte Arbeitswissenschaft (Hrsg): Zahlen, Daten, Fakten. Düsseldorf.
- Thom, J., Jonas, B., Reitzle, L., Mauz, E., Hölling, H., Schulz, M. (2024): Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen 2012–2022. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 355-62.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Optionen und Perspektiven der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen in der beruflichen Rehabilitation. Qualitative Befunde aus Bayern**

*Stefan Zapfel; Clemens Kraetsch*

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Nicht zuletzt aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Einbindung von Menschen mit Behinderung und der sie vertretenden Organisationen in Belange und Entscheidungsprozesse, die sie selbst betreffen, ein wichtiges sozialpolitisches Anliegen. Auf nationaler Ebene zeigt sich das z. B. daran, dass nach § 45 SGB IX Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen „nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden“ sollen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass formal schon die „Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten“ zu den Teilhabeleistungen am Arbeitsleben gehört (§ 49 SGB IX, Abs. 6, Punkt 4).

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation ist aus der Forschung zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen bisher nur wenig bekannt. Im Rahmen einer Ende 2024 bis Anfang 2025 von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bayern Süd und der DRV Nordbayern geförderten Untersuchung wurden nun qualitative Forschungsbefunde zu den Chancen, Möglichkeiten, Erfolgserwartungen und Gelingensbedingungen einer solchen Einbindung in Bayern erbracht (Zapfel et al., 2025). Der Beitrag fasst ihre wesentlichen Ergebnisse zusammen.

## **Methoden**

Für die Untersuchung wurde ein qualitatives, exploratives Forschungsdesign verwendet. Durchgeführt wurden 23 leitfadengestützte Interviews mit Repräsentant\*innen von Rentenversicherungsträgern (6), Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation (10) und Selbsthilfeorganisationen (7) in Bayern. Das Interviewmaterial wurde daraufhin computer-gestützt mit der Software MAXQDA nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse dokumentiert und ausgewertet (Kuckartz, Rädiker, 2024). Die vorläufigen Studienergebnisse wurden im Rahmen eines Fachworkshops vorgestellt und dort mit 16 Vertreter\*innen der Rentenversicherung, des Netzwerks Rehabilitationsforschung in Bayern, der Selbsthilfeorganisationen, der Leistungserbringer beruflicher Rehabilitation und aus der Forschung vorgestellt und diskutiert.

## **Ergebnisse**

Im Feld der beruflichen Rehabilitation liegen in Bayern bisher nur wenig Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und Selbsthilfeorganisationen vor. Wo Kontakte bestehen, gestalten sie sich positiv. Dabei dominieren indirekte Kontaktvarianten vermittelt über die Klient\*innen – insbesondere durch Verweisberatungen. Direkte Formen der Zusammenarbeit kommen momentan selten vor und sind stark vom Engagement einzelner Organisationsrepräsentant\*innen abhängig.

Gleichzeitig zeigen sich die Befragten der verschiedenen Einrichtungen insgesamt offen gegenüber einer Kooperationsintensivierung. Jedoch gibt es zwischen ihnen Unterschiede in der institutionellen Ausrichtung, die sich auch auf eine Zusammenarbeit auswirken können: Während bei der Rentenversicherung und den Leistungserbringern die Erwerbseinbindung, Abläufe im Leistungszugang und der Leistungsnutzung sowie formale Qualifikationen des Personals im Vordergrund stehen, fokussieren Selbsthilfeorganisationen stärker die gesundheitliche und persönliche Stabilisierung der Klient\*innen. Mitunter werden deshalb Interessenkollisionen befürchtet. Insgesamt betrachtet stehen in den Einschätzungen aber eher erwartbare Versorgungsverbesserungen in den verschiedenen Rehabilitationsphasen durch eine stärkere Zusammenarbeit im Vordergrund, nicht die Kooperationsskepsis.

Die Vorschläge für eine künftig intensivere Zusammenarbeit variieren und reichen von Aktionstagen bzw. Informationsveranstaltungen über die Bereitstellung von Räumen für die Abhaltung von Selbsthilfeangeboten in den beruflichen Reha-Einrichtungen und ein systematisches Sammeln von Hilfsangeboten, Kontaktdaten und Ansprechpartner\*innen für den Informationsaustausch bis hin zu wechselseitig organisierten Fachvorträgen und gemeinsamen Fallbesprechungen.

Die Bereitschaft zu einer stärkeren Zusammenarbeit lässt sich ggf. erhöhen, indem den Beteiligten die möglichen Versorgungs- und Teilhabeverbesserungen der Klient\*innen plausibel vor Augen geführt werden und dass die Kooperationsarrangements ressourcenschonend gestaltet und frühzeitig Lösungen für die datenschutzrechtliche Anforderungen abgestimmt werden. Für die Praxis von Vorteil ist es darüber hinaus, wechselseitig feste Ansprechpartner\*innen für die Zusammenarbeit zu benennen.

## **Diskussion und Fazit**

Bisher wird in Bayern zwischen Einrichtungen der Selbsthilfe und der beruflichen Rehabilitation noch wenig kooperiert. Gleichwohl wären hierdurch Versorgungsverbesserungen im Rehabilitationsprozess zu erwarten. Die Wege der Anbahnung und Intensivierung einer solchen Zusammenarbeit sind vielfältig. Um sie zu beschreiten ist es jedoch notwendig, die partiell auch vorhandenen Vorbehalte ernst zu nehmen und in geeigneter Weise zu bearbeiten. Dafür ist ein Informationsaustausch zwischen den betreffenden Einrichtungen wichtig. Zentral ist ebenso, für die Kooperation ökonomisch und datenschutzrechtlich tragbare Lösungen zu finden.

## **Take-Home-Message**

In Bayern steht die Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen in der beruflichen Rehabilitation noch im Hintergrund, eine verbesserte Zusammenarbeit kann hier aber dazu beitragen, den Zugang, Ablauf und Erfolg entsprechender Maßnahmen zu verbessern.

## **Literatur**

- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. Weinheim Basel: Beltz.
- Zapfel, S., Kraetsch, C., Roßnagel, T. (2025): Chancen, Möglichkeiten, Erfolgserwartungen und Gelingensbedingungen der Einbindung von Selbsthilfeorganisationen in der beruflichen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

## **Teilzeitmaßnahmen in der beruflichen Rehabilitation: Bedarf, Einflussfaktoren und Gestaltungsperspektiven**

*Felix Hussenöeder; Ines Conrad; Steffi Riedel-Heller*

Universität Leipzig

## **Hintergrund und Zielstellung**

Berufliche Rehabilitation unterstützt die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben (Tophoven et al., 2020), wird jedoch meist nur in Vollzeit angeboten, was die Vereinbarkeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und familiären Verpflichtungen erschwert. Teilzeitmaßnahmen (TZM) bieten eine flexible Alternative, wurden bisher aber kaum wissenschaftlich untersucht (Reims et al., 2023; Reims et al., 2018). Ziel dieser Studie war es, den Bedarf an TZM zu erfassen, Einflussfaktoren auf die Teilnahme zu analysieren und Vorstellungen zur idealen Gestaltung von TZM zu erheben.



## **Methoden**

Es wurde eine quantitative Querschnittsstudie unter (zukünftigen) beruflichen Rehabilitand\*innen durchgeführt. Die Befragung erfolgte von Mai bis Juli 2025 mittels Fragebogen, erfasst wurden soziodemographische Merkmale, beruflicher Hintergrund, gesundheitliche Einschränkungen, Bedarf an TZM sowie Vorstellungen und Wünsche hinsichtlich TZM. Die Analysestichprobe umfasste 154 Teilnehmende.

## **Ergebnisse**

Die Befragten waren im Durchschnitt 45 Jahre alt, 55 % waren Frauen, die Mehrheit verfügte über eine beruflich-betriebliche Ausbildung (61 %). Die Befragten wiesen hohe Prävalenzen für chronische körperliche (71 %) und/oder psychische Erkrankungen (55 %) auf. 56 % äußerten einen mittleren bis starken Wunsch nach TZM. Frauen und Personen mit Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung nach der Rehabilitation zeigten eine besonders hohe Präferenz. Wichtige Gründe für den Wunsch nach TZM waren Konzentrationsschwierigkeiten (65 %), Pflege/Betreuung von Angehörigen (65 %) und psychische Beeinträchtigungen (61 %). Bezüglich der idealen TZM bevorzugte die Mehrheit einen Maßnahmenbeginn um 8:00 Uhr, eine maximale Dauer von sechs Stunden und circa ein Drittel wünschte sich einen Heimanteil. Insgesamt zeigte sich eine große Heterogenität hinsichtlich der gewünschten Rahmenbedingungen, d. h. Start- und Endzeiten, Pausen(gestaltung) und Heimanteil. Bedenken betrafen vor allem finanzielle Aspekte und die vollständige Abdeckung der Inhalte.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen das große Potential von TZM zur bedarfsgerechten beruflichen Rehabilitation. Sie berücksichtigen unterschiedliche gesundheitliche Einschränkungen, Leistungsniveaus und familiäre Verpflichtungen, aber auch generelle Verschiebungen am Arbeitsmarkt hin zu einer höheren Flexibilisierung (Seifert, 2024). Dementsprechend sind flexible Konzepte notwendig, um der heterogenen Population der Rehabilitand\*innen gerecht zu werden. TZM können die berufliche Wiedereingliederung verbessern, das Risiko eines vorzeitigen Maßnahmenabbruchs reduzieren und Rehabilitationszugänge für Personen eröffnen, für die Vollzeitmaßnahmen nicht realisierbar oder erstrebenswert sind (Kalckreuth A. von, 2025).

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Teilzeitmaßnahmen als Instrument einer bedarfsgerechten und inklusiven beruflichen Rehabilitation und verdeutlichen die Notwendigkeit ihrer weiteren Entwicklung, Flexibilisierung und systematischen Implementierung.

## **Literatur**

- Kalckreuth, A. von (2025): Rehabilitation neu denken – Zugänge vereinfachen, den Menschen in den Mittelpunkt stellen und Fachkräfte sichern. *Rehabilitation* (Stuttg). 2025; 64:124–7. doi:10.1055/a-2596-7376.
- Reims, N.; Tophoven, S. (2018): Eine Längsschnittstudie zu Arbeitsmarktübergängen und Beschäftigungsnachhaltigkeit nach beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: *Rehabilitation* (Stuttg) 57 (03), S. 184–192.

- Reims, N.; Rauch, A.; Nivorozhkin, A. (2023): Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. In: Rehabilitation (Stuttg) 62 (04), S. 207–215.
- Seifert, H. (2024): Flexible Arbeitszeiten in Deutschland. In: Johanna Muckenhuber (Hg.): Gesunde und sozial nachhaltige Organisation von Arbeit nach der Pandemie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 139–155.
- Tophoven, S.; Reims, N.; Rauch, A. (2020): Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. In: Integration in den Arbeitsmarkt. Teilhabe von Menschen mit Förder- und Unterstützungsbedarf (Grundwissen Soziale Arbeit), S. 64–78.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

## **Zukunftsorientierte Berufsfelder in der beruflichen Rehabilitation – Teilhabe sichern im digitalen Wandel**

*Sabrina Lorenz; Marianne Kreuder-Schock*

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Arbeitswelt befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel, geprägt durch Digitalisierung, ökologische Transformation und demografische Veränderungen. Diese Entwicklungen stellen neue Anforderungen an berufliche Kompetenzen aller Berufstätigen und eröffnen zugleich neue Berufsfelder (Kreuder-Schock, Lorenz, 2024). Für die berufliche Rehabilitation bedeutet dies aber auch, dass sowohl Teilhabechancen von Rehabilitand\*innen, als auch Leistungsangebote neu gedacht werden müssen, um Chancengleichheit und Anschlussfähigkeit am sich wandelnden Arbeitsmarkt herzustellen.

Das Projekt „Zukunftsorientierte Berufsfelder (ZoBf)“, im Auftrag der DRV Bund, verfolgt das Ziel, die Auswirkungen dieser Transformationen auf die berufliche Rehabilitation zu analysieren und Handlungsempfehlungen für die Deutsche Rentenversicherung und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln. Im Zentrum steht die Frage, welche Kompetenzen Rehabilitand\*innen benötigen, um in zukunftsorientierten Berufsfeldern bestehen zu können und wie diese Kompetenzen vermittelt werden können.

### **Methoden**

Zur Erfassung des aktuellen Forschungsstandes wurde ein Scoping Review durchgeführt. Diese Methode eignet sich besonders zur Kartierung von Schlüsselkonzepten und zur Abgrenzung thematischer Felder. Die Literatursuche erfolgte systematisch anhand abgestimmter Suchstrings in deutsch- und englischsprachigen Datenbanken (u. a. Google Scholar, EBSCO, SpringerLink, PubMed, PsycINFO, PSYINDEX). Ergänzend wurde eine Schneeballsuche durchgeführt.

Darauf aufbauend wurde eine anonymisierte Online-Erhebung unter Rehabilitand\*innen, Beschäftigten von Berufsbildungsmaßnahmen, sowie Mitarbeitenden der Reha-Beratungsdienste mit einem n von 218 durchgeführt. Insbesondere sollten die Erkenntnisse des Scoping-Reviews erweitert und auf ihre Praxisrelevanz überprüft werden.

## **Ergebnisse**

Das Scoping Review zeigt, dass die Arbeitswelt durch Digitalisierung, ökologische Transformation und demografischen Wandel stark verändert wird (vgl. u. a. Acemoglu et al., 2022; Bachmann et al., 2024; Bauer et al., 2021; Consoli et al., 2015). Künstliche Intelligenz verändert viele Berufsfelder, Aufgabenprofile und Qualifikationsanforderungen. Gleichzeitig entstehen neue Tätigkeiten, die neue Kompetenzen erfordern.

Neben fachlichen Kompetenzen wie digitalen Fähigkeiten und Green Skills werden aber insbesondere überfachliche Kompetenzen wie Anpassungsfähigkeit, Resilienz und soziale Fähigkeiten entscheidend. Aktuell werden diese Kompetenzen als relevant eingeschätzt, jedoch noch nicht personenzentriert gefördert, wie die Online-Umfrage zeigt. Für Menschen mit Behinderungen entstehen durch digitale Arbeitsformen neue Barrieren, etwa durch Entgrenzung und fehlende soziale Interaktion. Inklusive Kompetenzmodelle sind daher notwendig.

Insgesamt zeigt sich, dass sich die berufliche Rehabilitation strategisch weiterentwickeln muss, um Teilhabe in einer sich wandelnden Arbeitswelt zu sichern.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass die berufliche Rehabilitation vor der Aufgabe steht, sich an die veränderten Anforderungen der Arbeitswelt anzupassen. Dies betrifft sowohl die Qualifizierung der Rehabilitand\*innen als auch die Gestaltung der Leistungsangebote. Besonders wichtig ist die Berücksichtigung von Inklusionsaspekten, da digitale Arbeitsumgebungen neue Barrieren schaffen können.

Die Förderung von Future Skills, die Integration von Nachhaltigkeitsthemen in die Qualifizierung und die Entwicklung inklusiver Kompetenzmodelle sind zentrale Stellschrauben für eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation.

## **Take-Home-Message**

Die berufliche Rehabilitation muss digitale, grüne und soziale Kompetenzen gezielt fördern, um Teilhabe in einer sich wandelnden Arbeitswelt nachhaltig zu sichern, denn nur dann haben Menschen mit Behinderung langfristig die gleichen Chancen am digitalisierten Arbeitsmarkt wie Menschen ohne Behinderung.

## **Literatur**

- Acemoglu, D., Autor, D., Hazell, J., Restrepo, P. (2022): Artificial Intelligence and Jobs: Evidence from Online Vacancies. *Journal of Labor Economics*, 40(S1), S293–S340. <https://doi.org/10.1086/718327>
- Bachmann, R., Janser, M., Lehmer, F., Vonnahme, C. (2024): Disentangling the Greening of the Labour Market: The Role of Changing Occupations and Worker Flows.
- Bauer, S., Helmrich, R., Janser, M., Liesen, A. (2021): Qualifikationen und Berufe für den Übergang in eine Green Economy. Umweltbundesamt.

Consoli, D., Marin, G., Marzucchi, A., Vona, F. (2015): Do green jobs differ from non-green jobs in terms of skills and human capital? SEEDS Working Paper, 10/15.

Kreuder-Schock, M., Lorenz, S. (2024): Chancen und Risiken der Digitalisierung für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Die Berufliche Rehabilitation BAGBBW e. V., 2(24), 31–38.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund (Auftraggeber)

# **Bewegungstherapie und Krafttraining in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung 2023**

## **Eine Analyse von KTL-Daten**

*Lukas Born*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bewegungstherapie ist indikationsübergreifend fester Bestandteil in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (Brüggemann et al., 2018). Krafttraining ist eine evidenzbasierte und vielseitig wirksame Intervention (Momma et al., 2022), die in den letzten Jahren sowohl in Fachkreisen als auch in der Allgemeinbevölkerung stetig an Anerkennung gewonnen hat.

#### **Zielstellungen**

In welchem Umfang erfolgte 2023 Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation? Welchen Umfang nahmen Leistungen zum Krafttraining ein? Gab es für diese Leistungen indikationsspezifische Unterschiede?

### **Methoden**

Die Auswertung basiert auf Routinedaten, welche durch die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen der Qualitätssicherung erhoben wurden. Es wurden Daten zu den therapeutischen Leistungen (DRV, 2015) aus den Reha-Entlassungsberichten aus dem Jahr 2023 ausgewertet. Im Begriff „Bewegungstherapie“ werden die KTL-Leistungskapitel A – Sport- und Bewegungstherapie, B – Physiotherapie und L – Rekreationstherapie (L55) in Anlehnung an frühere Publikationen (Brüggemann et al., 2018) subsummiert. Zu den Leistungen des Krafttrainings werden die KTL-Ziffern A56, A57 und A652 (KTL 2015) analysiert. Ausgewertet wurde jeweils der Anteil der Rehabilitand\*innen mit mindestens einer Leistung, der zeitliche Umfang in Stunden pro Woche und die Anzahl an Leistungen pro Woche.

### **Ergebnisse**

Für die Analysen konnten Daten aus 791.439 Entlassungsberichten ausgewertet werden. 99 % aller Rehabilitand\*innen erhielten mindestens eine Leistung aus Kapitel A, 89 % aus Kapitel B und 52 % aus Kapitel L (L55). Bewegungstherapie erfolgte indikationsübergreifend mit  $9,7 \pm 3,8$  Std./Woche. Die höchste Dauer zeigte sich in der Rheumatologie (10,7 Std./Woche), die geringste in der Indikation Abhängigkeitserkrankungen (3,7 Std./Woche). Indikationsübergreifend wies die Bewegungstherapie somit 2023 einen Anteil in der wöchentlichen Dauer von 49,5 % an allen Rehabilitationsleistungen auf, wobei die Anteile je nach Indikation variieren.

Der Anteil der Rehabilitand\*innen mit mindestens einer Leistung zum Krafttraining variiert je nach Indikation. Im Mittel erhielten  $76,2 \pm 21,9$  % der Rehabilitand\*innen min. eine Leistung. In der Kinder- und Jugendrehabilitation lag der Anteil bei 24 %, in der Orthopädie bei 95 %. Im Durchschnitt erhielten die Rehabilitand\*innen  $2,7 \pm 1,0$  Leistungen pro Woche mit einer durchschnittlichen Dauer von  $1,7 \pm 0,6$  Std./Woche. Auch hier zeigten sich Unterschiede je nach Indikation.

## **Diskussion und Fazit**

Für diesen Beitrag konnten nun im Vergleich zu früheren Publikationen Datensätze weiterer Indikationen ausgewertet werden, womit nun erstmalig ein umfangreiches Versorgungsbild entsteht. Bewegungstherapie hatte 2023 indikationsübergreifend einen hohen Stellenwert in der medizinischen Rehabilitation. Im Vergleich zur früheren Publikation (Brüggemann et al., 2018) reduzierte sich jedoch der Anteil der Bewegungstherapie in allen Indikationen. Mögliche Nachwirkungen der COVID-19 Pandemie sind hierfür in Betracht zu ziehen.

In allen Indikationen wurden Leistungen zum Krafttraining erbracht. Nationale und internationale Empfehlungen (Bull et al., 2020; BZgA, 2017) formulieren für Gesunde und Personen mit nicht-ansteckenden chronischen Erkrankungen als Zielwert u. a. zwei wöchentliche Einheiten mit kräftigenden Übungen durchzuführen. In den Indikationen Psychosomatik, Kinder- und Jugendrehabilitation und Abhängigkeitserkrankungen wurden diese Empfehlungen nicht erreicht. Zudem zeigen die Daten, dass auch in diesen Indikationen die wenigsten Rehabilitanden mindestens eine entsprechende Leistung erhielten. Die Bedeutung des Krafttrainings auf die psycho-physische Gesundheit und die nachweisliche Sicherheit könnten zukünftig in manchen Indikationen noch deutlicher betont und in der Therapieplanung berücksichtigt werden.

Bewegungstherapie bleibt eine zentrale Säule der Therapie in der medizinischen Rehabilitation. Nach der COVID-19- Pandemie entspricht der Umfang 2023 (noch) nicht dem Anteil früherer Auswertungen. Krafttraining ist fester Teil der Bewegungstherapie in den meisten Indikationen. Zumindest quantitativ ergeben sich Entwicklungspotenziale für einige Indikationen.

## **Take-Home-Message**

Bewegungstherapie hat nach wie vor einen bedeutenden Stellenwert in der medizinischen Rehabilitation.

## **Literatur**

- Brüggemann, S., Sewöster, D., Kranzmann, A. (2018): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. *Die Rehabilitation*, 57(01), 24-30.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Willumsen, J. F. (2020): World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*, 54(24), 1451-1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
- BZgA (Hrsg.). (2017): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln: BZgA.
- DRV Bund (Hrsg.). (2015): Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: DRV Bund.

Momma, H., Kawakami, R., Honda, T., Sawada, S. S. (2022): Muscle-strengthening activities are associated with lower risk and mortality in major non-communicable diseases: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *British Journal of Sports Medicine*, 56(13), 755-763. doi:10.1136/bjsports-2021-105061

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Herzangst, Alltagsaktivität und Sportaktivitätsmuster nach kardiologischer Reha: Ergebnisse einer RCT-Studie**

*Stephan Kinkel<sup>1</sup>; Jana Strahler<sup>2</sup>; Wiebke Göhner-Barkemeyer<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Reha-Zentrum Schwarzwaldklinik, Bad Krozingen; <sup>2</sup> Albert-Ludwigs-Universität Freiburg;

<sup>3</sup> Katholische Hochschule Freiburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Förderung körperlicher Aktivität ist ein zentrales Ziel der kardiologischen Rehabilitation. Herzangst beschreibt die Überbewertung kardialer Körpersensationen, die häufig mit Vermeidung körperlicher Belastungen einhergeht.

Empirische Befunde belegen eine herzangstassoziierte Einschränkung von körperlicher Aktivität und Lebensqualität (Schmitz et al., 2022), während regelmäßige Bewegung die Angstsymptomatik reduziert (Wang et al., 2021).

Neben gezielter Sportaktivität sind auch niedrigschwellige Alltagsaktivitäten bedeutsam; bereits wenige tausend Schritte pro Tag senken das Risiko für die Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität (Banach et al., 2023).

In einer früheren Untersuchung zeigte die MoVo-LISA-Studie positive Effekte auf sportliche Aktivität (Wurst et al., 2019).

Aufbauend auf derselben Stichprobe analysiert die vorliegende Arbeit erstmals zusätzlich erhobene, bislang nicht ausgewertete Daten zu Herzangst, Alltagsaktivität und Sportaktivitätsmustern. Im Fokus steht die Frage: Welche Effekte zeigt MoVo-LISA auf die Entwicklung dieser Variablen nach stationärer kardiologischer Reha bei Patient:innen mit KHK?

### **Methoden**

202 Patient:innen mit KHK wurden in eine IG (n=100, MoVo-LISA plus Standard-Reha) und eine KG (n=102, Standard-Reha) randomisiert.

Erhebungen erfolgten zu fünf Zeitpunkten von Rehabeginn bis zwölf Monate danach.

Erfasst wurden ADL (min/Woche), sportliche Aktivität (WHO-Kriterien), Sportartenwahl und Herzangst (HAF-17). Analysen erfolgten mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung und Chi<sup>2</sup>-Tests.

## **Ergebnisse**

Die IG erfüllte häufiger die WHO-Kriterien zur sportlichen Aktivität und bestätigte damit die Ergebnisse von Wurst et al. (2019).

Die ADL-Aktivitäten stiegen in beiden Gruppen an, erreichten sechs Wochen post Reha ihren Höchstwert (IG: 418; KG: 384 min/Woche) und lagen auch nach zwölf Monaten über Baseline, jedoch ohne Gruppeneffekt.

Die Herzangstwerte nahmen in beiden Gruppen ab. Für Gesamtscore ( $p=0,025$ ;  $\eta^2=0,032$ ) und Subskala „Vermeidung“ ( $p=0,025$ ;  $\eta^2=0,024$ ) zeigten sich Interaktionseffekte, jedoch ohne Gruppeneffekt. Explorativ wiesen aktive Teilnehmende unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit durchgehend niedrigere Werte in der Subskala „Vermeidung“ auf als inaktive.

Die Sportmusteranalyse zeigte eine Präferenz für selbstorganisierte Ausdaueraktivitäten, während Vereinssport kaum Bedeutung hatte. IG-Teilnehmende nutzten häufiger strukturierte gesundheitsorientierte Angebote.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse bestätigen die Wirksamkeit von MoVo-LISA auf sportliche Aktivität und erweitern die Perspektive auf Alltagsaktivität, Herzangst und Sportaktivitätsmuster.

Die ADL nahmen in beiden Gruppen zu, jedoch ohne Gruppeneffekt. Da MoVo-LISA primär auf geplante Sportaktivität ausgerichtet ist, überrascht dies nicht. Veränderungen in der Alltagsbewegung wären eher als indirekter Nebeneffekt motivationaler Prozesse zu erwarten gewesen. Zukünftige Rehaprogramme sollten die Implementierung und Förderung von ADL- Aktivitäten gezielt berücksichtigen.

Die Reduktion der Herzangst in beiden Gruppen sowie die explorativen Unterschiede zwischen aktiven und inaktiven Patient:innen verdeutlichen die Bedeutung psychologischer Barrieren.

Auch wenn die Effekte vorsichtig zu interpretieren sind, liefern sie Hinweise, dass körperliche Aktivität mit günstigeren, körperliche Inaktivität dagegen mit ungünstigeren Angstprofilen verbunden ist. Künftige Reha-Konzepte sollten daher psychologische und verhaltensorientierte Interventionen enger verzahnen.

Die Analyse der Sportmuster zeigt, dass Patient:innen vor allem niedrigschwellige, selbstorganisierte Ausdauerformen stabilisieren können, während Vereinssport kaum Bedeutung hat. Reha-Angebote sollten stärker an solche Bewegungsformen anknüpfen, die realitätsnah und langfristig praktikabel sind.

Limitationen ergeben sich aus geringen Effektstärken, Selbstauskünften und eingeschränkter Generalisierbarkeit. Trotz dieser Begrenzungen liefern die Befunde wichtige Impulse für eine differenzierte Weiterentwicklung der kardiologischen Rehabilitation.

## **Take-Home-Message**

Nachhaltige Bewegungsförderung in der kardiologischen Reha sollte Interventionen einbeziehen, die Herzangst abbauen, Alltagsaktivität fördern und geeignete Sportformen vermitteln.



## Literatur

- Banach, M., Lewek, J., Surma, S., Penson, P. E., Sahebkar, A., Martin, S. S., Bajraktari, G., Henein, M. Y., Reiner, Ž., Bielecka-Dąbrowa, A., Bytyçi, I. (2023): The association between daily step count and all-cause and cardiovascular mortality: A meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 30(18), 1975–1986.
- Schmitz, C., Wedegärtner, S. M., Langheim, E., Kleinschmidt, J., Köllner, V. (2022): Heart-focused anxiety affects behavioral cardiac risk factors and quality of life: A follow-up study using a psycho-cardiological rehabilitation concept. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 836750.
- Wang, L., Sun, Y., Zhan, J., Wu, Z., Zhang, P., Wen, X., Ge, S., Han, X., Lu, L. (2021): Effects of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients with coronary heart disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8, 730155.
- Wurst, R., Kinkel, S., Lin, J., Göhner, W., Fuchs, R. (2019): Promoting physical activity through a psychological group intervention in cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(6), 1104–1116.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Langfristige Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer klinikübergreifenden qualitativen Analyse von Rehabilitand\*innen-Perspektiven**

*Johanna Popp<sup>1</sup>; Eva Grüne<sup>1</sup>; David Victor Fiedler<sup>2</sup>; Wolfgang Geidl<sup>1</sup>;  
Gorden Sudeck<sup>2</sup>; Klaus Pfeifer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; <sup>2</sup> Universität Tübingen

## Hintergrund und Zielstellung

Ein zentrales Ziel der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation ist die Befähigung von Rehabilitand\*innen, eigenständig körperlich aktiv zu sein. Die Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils nach Rehabilitationsabschluss ist für viele Rehabilitand\*innen jedoch herausfordernd. Die kürzlich veröffentlichten Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie (Pfeifer et al., 2025) unterstützen Akteur\*innen der medizinischen Rehabilitation dabei, langfristige Bewegungsförderung stärker in der Rehabilitationspraxis zu verankern. Bislang liegen nur wenige Erkenntnisse zur Perspektive der Rehabilitand\*innen vor. Ziel dieser Untersuchung im Rahmen des Projekts STABEKO (gefördert von DRV Bayern Süd und DRV Nordbayern) ist daher die Beantwortung der Frage, welche Elemente der Bewegungstherapie Rehabilitand\*innen als förderlich oder hemmend für langfristige körperliche Aktivität wahrnehmen.

## Methoden

Die Sichtweisen von Rehabilitand\*innen auf Elemente einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie waren Gegenstand von drei semi-strukturierten Fokusgruppen in drei

bayerischen Rehabilitationseinrichtungen. Die Fokusgruppen fanden zwischen Mai 2024 und März 2025 statt und dauerten zwischen 80 und 95 Minuten. Insgesamt nahmen 25 Rehabilitand\*innen daran teil (Klinik A: n = 6; Klinik B: n = 11; Klinik C: n = 8). Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Die deduktive Definition von Hauptkategorien erfolgte auf Basis der qualitätsrelevanten Handlungs-/Inhaltsbereiche einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie (Geidl et al., 2022). Die Definition von Zwischen- und Subkategorien erfolgte induktiv, angelehnt an die inhaltliche Zuordnung von Geidl et al. (2022). Anhand zusammenfassender Fallübersichten wurden zentrale Themen und Muster identifiziert. Die qualitative Auswertung wurde mit MAXQDA (Version 24.11.0) durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte entlang von sieben Hauptkategorien: Zuweisung; Assessment; Therapieziele; Therapieinhalte und -formate; Arbeitsweisen und Rollen; Therapiekontrolle und -anpassung; Sonstiges. Die Hauptkategorie „Therapieinhalte und -formate“ umfasste aufgrund der inhaltlichen Breite fünf Zwischenkategorien: Bewegungspraktische Angebote; Wissensvermittlung und Beratung; Erleben von Bewegung; Umsetzung und Format; Medien und Materialien.

Unter den insgesamt 34 Subkategorien beschrieben die Teilnehmenden sowohl förderliche als auch hemmende Elemente der Bewegungstherapie im Hinblick auf eine langfristige Bewegungsförderung. Als unterstützend wurden beispielsweise das Kennenlernen einfacher und alltagsnaher Übungen, die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen, die Beratung zu Nachsorgeprogrammen, die erlebte Freude an Bewegung, das motivierende Erleben eigener Fortschritte und die Verknüpfung von Theorie und Praxis hervorgehoben. Erschwerend wirkten beispielsweise die geringen Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Zuweisung therapeutischer Maßnahmen, fehlende Räume für eigenständige körperliche Aktivität, die mangelnde individuelle Bewegungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation sowie das Fehlen schriftlicher Übungsanleitungen. Die therapeutische Anleitung und Betreuung wurden insgesamt positiv wahrgenommen, zugleich wurden Wünsche nach einer kontinuierlichen und individuellen Begleitung geäußert. Die Einschätzungen zur Passung bestehender Nachsorgeprogramme fielen unterschiedlich aus. Zwischen den Fokusgruppen zeigten sich lediglich geringe Unterschiede.

## **Diskussion und Fazit**

Die qualitativen Ergebnisse zeigen ein differenziertes Bild der Bewegungstherapie in drei Rehabilitationseinrichtungen aus der Perspektive von Rehabilitand\*innen. Förderlich für die Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität nach der Rehabilitation wirkten insbesondere positive Bewegungserfahrungen, Wissensvermittlung und Beratung. Verbesserungspotenzial bestand unter anderem in der individuellen, personorientierten Planung von Bewegung bzw. des Transfers in den Alltag.

Insgesamt spiegeln die Aussagen der Rehabilitand\*innen zentrale Inhalte der aktuellen Praxisempfehlungen wider. Einige der Empfehlungen scheinen in der bewegungstherapeutischen Praxis der drei Einrichtungen bereits verankert zu sein, etwa „B1 Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben“ sowie „C6 Motivation und positive Bewegungserfahrungen“; während Empfehlungen wie „C8 Absichten abschirmen und

Verhalten planen“ und „C9 Weiterführung am Wohnort“ bislang eine geringere Umsetzung zu erfahren scheinen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die Perspektive von Rehabilitand\*innen systematisch in die Umsetzung der Praxisempfehlungen sowie in die Weiterentwicklung bewegungstherapeutischer Inhalte und Strukturen einzubeziehen. So können die Bedarfe der Rehabilitand\*innen bzw. einzelne Praxisempfehlungen gezielter fokussiert werden, um Rehabilitand\*innen bestmöglich in der Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils zu unterstützen. Die Ergebnisse legen zudem nahe, Aspekte der langfristigen Bewegungsplanung und Personorientierung künftig stärker in den Blick zu nehmen, um Rehabilitand\*innen zu eigenständiger und langfristiger körperlicher Aktivität zu befähigen.

### **Take-Home-Message**

Langfristige Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation erfordert die Berücksichtigung der Rehabilitand\*innen-Perspektive, die Vermittlung von Strategien der langfristigen Bewegungsplanung sowie eine personorientierte Begleitung des Übergangs in den Alltag.

### **Literatur**

- Geidl, W., Sudeck, G., Wais, J., Pfeifer, K. (2022): Bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen der bundesweiten Bestandsaufnahme für die Qualitätsentwicklung. *Rehabilitation*, 61, 336-343.
- Kuckartz U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden (4., überarbeitete Aufl.). Beltz Juventa.
- Pfeifer, K., Sudeck, G., Geidl, W., Jung, A., Matting, L. (2025, März): Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation: Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie. [Projektbericht]. [https://www.sport.fau.de/files/2025/08/PRO-BT\\_Praxisempfehlungen-und-Hintergrundtexte.pdf](https://www.sport.fau.de/files/2025/08/PRO-BT_Praxisempfehlungen-und-Hintergrundtexte.pdf) (abgerufen am 20.10.2025)

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

# **Prädiktoren einer erhöhten sportlichen Aktivität nach einer verhaltensmedizinisch-orientierten orthopädischen Rehabilitation (VOR). Eine explorative Sekundäranalyse**

*Magali Luisa Jahn<sup>1</sup>; Meike Südmeier<sup>2</sup>; Nikolaus Ballenberger<sup>1</sup>; Kai Lorenz<sup>3</sup>; Scott Gissendanner<sup>3</sup>; Gorden Sudeck<sup>4</sup>; Dirk Möller<sup>1</sup>; Beate Muschalla<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Osnabrück; <sup>2</sup> Technische Universität Braunschweig;

<sup>3</sup> Berolina Klinik GmbH & Co. KG; <sup>4</sup> Universität Tübingen

## **Hintergrund und Zielstellung**

Ein zentrales Ziel einer orthopädischen VOR-Maßnahme ist es, die Häufigkeit von Sport und Bewegung mittelfristig auf ein gesundheitswirksames Niveau zu erhöhen oder aufrechtzuerhalten. Die vorliegende Analyse untersucht Prädiktoren der Sportaktivität nach einer VOR-Maßnahme.

### **Methoden**

Eine explorative Sekundäranalyse von Daten von 314 Teilnehmenden an einer standardisierten orthopädischen VOR-Maßnahme (Hauptstudie: Südmeier et al., 2024) wurde durchgeführt. RehabilitandInnen wurden konsekutiv in drei Wellen in den Jahren 2022 und 2023 rekrutiert. Datenerhebungszeitpunkte waren Reha-Anfang (T0), Reha-Ende (T1) und sechs Monate nach Entlassung (T2).

Es wurden insgesamt 46 potenzielle Prädiktoren analysiert, die allesamt aus der Hauptstudie vorliegen. Alle wurden zu einem einzigen Zeitpunkt und 29 davon auch im Zeitverlauf operationalisiert. Unter den eingesetzten Prädiktoren sind RaucherIn? (ja/nein); sowie Sportminuten pro Woche in den letzten 4 Wochen und Sportlich aktiv in den letzten 4 Wochen (ja/nein), beide auf Basis des BSA-F (Fuchs et al., 2015) erhoben; und psychische Belastung (PHQ-4). Ein besonderes Augenmerk lag auf Indikatoren der Sportmotivation und bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz, darunter volitionale Selbstkontrolle für Sportaktivitäten (abgekürzt „Selbstkontrolle“ (3 Items, 5-stufige Likert-Skala; Sudeck, Pfeiffer, 2016)).

Alle Prädiktoren wurden zunächst in bivariater Beziehung in separaten Analysen jeweils zu vier definierten Outcome-Variablen (Sportminuten, Gruppenerlebnis, subjektiver Reha-Erfolg und psychische Belastung) gesetzt. Die hier fokussierte Outcome-Variable ist Sportminuten pro Woche (im Zeitvergleich T2-T0 operationalisiert). Signifikante Prädiktoren wurden in eine multiple lineare Regressionsanalyse (MLR) mit Stepwise-Backward-Elimination aufgenommen. Diese wurde iterativ durchgeführt, bis alle verbleibenden Prädiktoren ein Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  erreichten.

## **Ergebnisse**

Die MLR der zu einem Zeitpunkt operationalisierten Prädiktoren für die Outcome-Variable Entwicklung der Sportminuten pro Woche (T2-T0) „erklärte“ 34 Prozent der Varianz (adj.  $R^2=0,34$ ;  $p < 0,001$ ) mit den Variablen Sportminuten pro Woche T0 ( $\beta=-0,38$ ), Sportlich aktiv in den letzten 4 Wochen T0 ( $\beta= -0,27$ ) und RaucherIn? T0 ( $\beta= -0,13$ ). Die MLR der im Zeitvergleich operationalisierten Prädiktoren minimierte sich auf die Variable Selbstkontrolle (T2-T0) und „erklärte“ 5 Prozent der Varianz (adj.  $R^2=0,05$ ;  $p < 0,001$ ). Signifikante Prädiktoren

in der kombinierten MLR waren noch mal RaucherIn? T0 und Selbstkontrolle (T2-T0) sowie Sportminuten pro Woche T0 und Sportlich aktiv in den letzten 4 Wochen T0 (siehe Tab.1). Eine Zunahme der Selbstkontrolle während der Maßnahme ist in der MLR zum Outcome psychische Belastung zudem mit einer Abnahme der psychischen Belastung assoziiert ( $\beta = -0,162$ ,  $p < 0,001$ ).

Tabelle 1: Multiple Lineare Regressionsanalyse

| Prädiktoren der Veränderung der wöchentlichen Sportminuten letzte 4 Wochen (T2-T0) |            |        |         |       |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|---------|-------|
| Prädiktoren                                                                        | adj. $R^2$ | B      | $\beta$ | p     |
| Modell                                                                             | 0,37       |        |         | <,001 |
| <i>Sportminuten pro Woche letzte 4 Wochen T0</i>                                   |            | -,332  | -,363   | <,001 |
| <i>Sportlich aktiv letzte 4 Wochen (0=nein,1=ja) T0</i>                            |            | -147,3 | -,272   | <,001 |
| <i>RaucherIn (0=nein,1=ja) T0</i>                                                  |            | -57,7  | -1,20   | ,021  |
| <i>volitionale Selbstkontrolle für Sportaktivitäten T2-T0</i>                      |            | 33,8   | ,160    | ,002  |

## Diskussion und Fazit

Selbstkontrolle, eine Komponente von Lenartz' Health-Literacy-Modell (2012), wurde mit drei Items bereichsspezifisch erfasst, beispielsweise: „Wenn ich eine sportliche Aktivität geplant habe, setze ich das in der Regel auch um.“ Sie korreliert positiv mit sportlicher Aktivität und negativ mit subjektiver psychischer Belastung. Sowohl RaucherIn-sein als auch sportlich aktiv gewesen zu sein beim Reha-Anfang sind Faktoren, die eine Steigerung der sportlichen Aktivität zwischen T0 und T2 eher unwahrscheinlicher machen. Auf Grundlage dieser Befunde lässt sich hypothesieren, dass Selbstkontrolle Teil eines circuli virtuosus ist, in dem sportliche Aktivität, psychische Gesundheit und Selbstkontrolle sich gegenseitig verstärken, wobei eine Verbesserung deutlicher wird bei Nicht-RaucherInnen und bei Personen, die zu Reha-Anfang aus einem niedrigeren Sportaktivitätsniveau heraus starten. Es ergeben sich die Fragen, (a) welche kausalen Mechanismen für dieses Zusammenspiel angenommen werden könnten, (b) welche Reha-Interventionen die Selbstkontrolle im Kontext sportlicher Aktivität besonders fördern und (c) ob das kombinierte Therapieprogramm mit viel Bewegung und psychische Behandlung den positiven Effekt auf die Steigerung des Effekts von Selbstkontrolle erzielt.

Die Ergebnisse sind insofern limitiert, als Sportminuten und Sportlich aktiv beide auf demselben FB-Konstrukt basieren und somit nicht voneinander unabhängig sind. In einer separaten MLR, in der der Prädiktor Sportlich aktiv entfernt wurde, waren alle übrigen p- und  $\beta$ -Werte dennoch robust.

## Take-Home-Message

Weil ein Zuwachs an nachhaltiger Sportaktivität nach einer VOR-Reha mit volitionaler Selbstkontrolle für Sportaktivitäten statistisch zusammenhängt, sollten Möglichkeiten der Förderung von Selbstkontrolle-Erlebnissen genutzt und untersucht werden.

## Literatur

- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., Seelig, H. (2015): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23, 60-76.
- Lenartz, N. (2012): Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Göttingen: V&R.

- Südmeier, M., Muschalla, B., Lorenz, K., Gissendanner, S., Arnold, C. & Li, Y. (2024): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt "Gruppentherapien in verhaltensmedizinischen Rehabilitationsbehandlungen: Wie unterscheiden sich geschlossene Gruppen und offene Gruppen in ihrer Wirkung?" Braunschweig: TU Braunschweig.
- Sudeck, G., Pfeiffer, K. (2016): Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports – conception and validation of a short questionnaire. Sportwissenschaft, 46. 74-87.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V.

## **Unterstützungsbedarfe für die Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Bewegungstherapeut\*innen**

*Leon Matting<sup>1</sup>; Florian Langhirt<sup>1</sup>; Klaus Pfeifer<sup>2</sup>;  
Andrés Jung<sup>3</sup>; Wolfgang Geidl<sup>2</sup>; Gorden Sudeck<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Tübingen; <sup>2</sup> Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg;

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Ulm

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils ist ein zentrales Ziel der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2025). Im Rahmen des Projektes PRO-BT („Praxisempfehlungen für die Optimierung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation“) wurden evidenzbasierte und konsentiert Empfehlungen entwickelt, die Therapeut\*innen bei Planung, Durchführung und Evaluation einer bewegungsförderlichen Therapie unterstützen sollen. Im Rahmen einer begleitenden Bedarfsanalyse wurden Perspektiven von Therapeut\*innen sowie Leitungspersonen erhoben, um Implementationsbarrieren, förderliche Rahmenbedingungen und Unterstützungsbedarfe zu identifizieren. Untersucht wurden insbesondere:

(1) bestehende Unterstützungsbedarfe, (2) als hilfreich eingeschätzte Unterstützungsformen und (3) wahrgenommene Barrieren und Förderfaktoren. Die Analyse orientiert sich an sieben praxisrelevanten Handlungsbereichen (z. B. Ziele erarbeiten und Verhalten planen). Daraus sollen konkrete Ansatzpunkte für die Implementierung der Praxisempfehlungen in Reha-Einrichtungen abgeleitet werden.

### **Methoden**

Die Bedarfsanalyse wurde als deutschlandweite Online-Querschnittsbefragung unter Mitarbeitenden bewegungstherapeutischer Abteilungen von Reha-Einrichtungen durchgeführt, die am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilnehmen (Juli–August 2024). Die leitenden Bewegungstherapeut\*innen und Chefärzt\*innen wurden per E-Mail kontaktiert und gebeten, den Fragebogen an ihre bewegungstherapeutischen Teams weiterzuleiten. Die Befragung erfolgte anonym über

LimeSurvey und umfasste 34 Items zu Tätigkeit und Kontext der Teilnehmenden und zum wahrgenommenem Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie anhand von sieben praxisrelevanten Handlungsbereichen (1. Assessment, 2. Ziele erarbeiten und Verhalten planen, 3. Zutrauen stärken, 4. Befähigung von Rehabilitand\*innen, 5. Motive, Präferenzen und Bewegungsfreude, 6. Interprofessionelle Zusammenarbeit und 7. Gesprächsführung). Der Unterstützungsbedarf wurde auf einer 11-Punkte-Skala (0–10) erhoben; zusätzlich konnten geeignete Unterstützungsformen, Barrieren und förderliche Rahmenbedingungen angegeben werden. Quantitative Daten wurden deskriptiv in IBM SPSS Statistics ausgewertet. Offene Antworten wurden nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, Fenzl, 2019) kodiert und zu Hauptkategorien verdichtet.

## **Ergebnisse**

Von 172 Teilnehmenden gingen 79 vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung ein. Die Befragten waren überwiegend Sporttherapeut\*innen und Physiotherapeut\*innen (84,8 %), sowie desweiteren Ärzt\*innen, Therapeutische Leitungen und Ergotherapeut\*innen (15,2 %). Insgesamt zeigte sich ein mittlerer Unterstützungsbedarf zur Umsetzung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie ( $M = 4,93$ ), mit den höchsten Werten in den Bereichen „Ziele erarbeiten und Verhalten planen“ ( $M = 5,60$ ) sowie „Assessment“ ( $M = 5,56$ ). Am häufigsten wurden „Medien und Materialien für Therapeut\*innen“ und „Medien und Materialien für Rehabilitand\*innen“ genannt (je 244 Nennungen). Die Mehrheit der Befragten bewertete spezifische Kontextfaktoren als förderlich für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie, insbesondere die Teamzusammenarbeit und das Vertrauen in eigene Kompetenzen. Als Hauptbarrieren wurden die Motivation der Rehabilitand\*innen, Zeit- und Personalmangel sowie infrastrukturelle Defizite (z. B. Kursräume und Außenanlagen) identifiziert.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen einen überwiegend mittleren Unterstützungsbedarf für die Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation. Der leicht erhöhte Unterstützungsbedarf für die Bereiche Assessment sowie Ziel- und Verhaltensplanung könnte mit der zeitintensiven, methodisch und kommunikativ anspruchsvollen Umsetzung dieser Prozesse zusammenhängen, welche zusätzlich häufig im Konflikt mit begrenzten Zeit- und Personalressourcen stehen. Therapeut\*innen bevorzugen insbesondere Medien und Materialien als Unterstützungsformen, da ihnen Struktur, Zeitersparnis und Qualitätssicherung zugeschrieben werden. Die Befunde deuten zudem darauf hin, dass Therapeut\*innen mit höherem Unterstützungsbedarf multimodale Strategien, also Kombinationen aus Materialien, Schulungen und Austauschformaten favorisieren, was aktuelle Erkenntnisse der Implementationsforschung aus ähnlichen Bereichen stützt (Fontaine et al., 2024). Zentrale Barrieren wie Zeitmangel, Kommunikationsprobleme und unzureichende Infrastruktur entsprechen bekannten strukturellen Herausforderungen im Reha-Kontext. Für eine nachhaltige Implementierung bewegungsförderlicher Therapieansätze sollten daher praxisnahe, standardisierte Werkzeuge zur Bewegungsförderung weiterentwickelt und mit Fortbildungen, Supervisionen und organisatorischer Unterstützung kombiniert werden. Entscheidend ist eine systematische Verankerung des Themas

Bewegungsförderung in den institutionellen Rahmenbedingungen, um die Umsetzung evidenzbasierter Bewegungstherapie langfristig zu sichern.

### **Take-Home-Message**

Für die Umsetzung der Praxisempfehlungen Bewegungstherapie geben Bewegungstherapeuten mittlere Unterstützungsbedarfe für zentrale Handlungsbereiche an, in diesem Zusammenhang sind besonders gut aufbereitete Materialien und ausreichend Zeit für den Therapieprozess notwendig.

### **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2025): KTL: Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (7. Aufl.). DRV.
- Fontaine, G., Vinette, B., Weight, C., Maheu-Cadotte, M.-A., Lavallée, A., Deschênes, M.-F., Lapierre, A., Castiglione, S. A., Chicoine, G., Rouleau, G., Argiropoulos, N., Konnyu, K., Mooney, M., Cassidy, C. E., Mailhot, T., Lavoie, P., Pépin, C., Cossette, S., Gagnon, M.-P., Middleton, S. (2024): Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 19(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0>
- Mayring, P., Fenzl, T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42)

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund



### **Gruppendynamische Prozesse in stationären und app-gestützten Interventionsphasen: Erkenntnisse aus einem hybriden psychosozialen Präventionsprogramm**

*Jan Gehrmann; Johannes Stephan; Ananda Stullich; Matthias Richter*

Technische Universität München (TUM)

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und stressbedingte Leiden gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrentenbezug. Sie stellen damit nicht nur eine erhebliche individuelle Belastung, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar. Präventive Angebote, die frühzeitig ansetzen und niedrigschwelligen Zugang ermöglichen, sind daher von hoher gesundheits- und sozialpolitischer Relevanz. Hybrid-Interventionen, die stationäre und digitale Komponenten miteinander kombinieren, gelten als besonders vielversprechend, da sie Reichweite, Flexibilität und Nachhaltigkeit vereinen.

Im Rahmen der rehapro-Förderrichtlinie wurde hierzu unter Leitung der DRV Mitteldeutschland die Maßnahme „RV Fit Psychische Gesundheit“ entwickelt und implementiert. Sie umfasst eine 14-wöchige Präventionsleistung für Erwerbstätige mit beginnenden psychischen Belastungen: eine zweiwöchige stationäre Phase in festen Gruppen sowie eine zwölfwöchige digitale Phase mit app-basierten Trainingsmodulen und begleitender therapeutischer Unterstützung. Die Maßnahme ist kein klassisches gruppentherapeutisches Angebot, integriert aber bewusst Elemente der Gruppenarbeit, die Austausch, Peer-Support und gegenseitige Motivation ermöglichen.

Während die Effektivität von Gruppensettings vielfach belegt ist, ist bislang wenig darüber bekannt, wie Gruppendynamiken in hybriden Präventionsprogrammen wirken. Ziel dieser qualitativen Studie war es daher, zu untersuchen, wie Teilnehmende Gruppendynamiken innerhalb von „RV Fit Psychische Gesundheit“ erleben und welche Bedeutung diese für Motivation, psychosoziale Prozesse und Verhaltensänderungen haben.

#### **Methoden**

Im Rahmen der qualitativen Studie wurden Fokusgruppen mit Teilnehmenden durchgeführt. Insgesamt nahmen 33 Personen in acht Fokusgruppen (stationär und digital) teil. Die Gespräche wurden audioaufgezeichnet, transkribiert und mit qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Kategorien wurden sowohl deduktiv (theorie- und leitfadenbasiert) als auch induktiv (aus den Daten heraus) gebildet. Anschließend wurde ein multidimensionales konzeptionelles Modell der Gruppendynamik entwickelt, das strukturelle, soziale und individuelle Einflussfaktoren integriert und in ihrer Wechselwirkung visualisiert.

## **Ergebnisse**

Die stationäre Gruppenphase wurde von den Teilnehmenden als zentrale Ressource erlebt. Trotz anfänglicher Unsicherheiten entwickelte sich in den stabil zusammengesetzten Kleingruppen rasch Vertrauen, Kohäsion und ein Gefühl gegenseitiger Unterstützung. Diese Gruppenerfahrung wurde von vielen als mindestens ebenso bedeutsam empfunden wie die inhaltlichen Module der Intervention. Besonders hervorgehoben wurden Motivation durch Gleichgesinnte, emotionale Offenheit, gegenseitiges Feedback und die Möglichkeit, eigene Erfahrungen in einem geschützten Raum zu teilen.

In der nachgelagerten digitalen Trainingsphase zeigte sich ein heterogenes Bild: Einige Gruppen hielten über Messenger-Dienste oder Telefonkontakte engen Austausch, nutzten dies als Motivationsquelle und sprachen von einer „Erinnerungsgruppe“. Andere brachen den Kontakt bewusst oder unbewusst ab und verfolgten ihren Weg eher individuell. Damit variierte auch die Nachhaltigkeit der gruppendynamischen Effekte. Dennoch beschrieben viele Teilnehmende, dass die während der stationären Phase erlebte Kohäsion auch im digitalen Alltag nachwirkte, selbst wenn kein kontinuierlicher Kontakt bestand. Zugleich wurde deutlich, dass die Gruppe zwar ein starkes Motivations- und Stützelement darstellt, aber keine professionelle therapeutische Begleitung ersetzen kann. Therapeut:innen wurden als notwendig für Struktur, Fokussierung und individuelle Hilfestellung beschrieben.

Aus den qualitativen Analysen wurde das „Multidimensionale Konzeptmodell der Gruppendynamik“ (MKM-GD) entwickelt. Dieses Modell veranschaulicht das Zusammenspiel von strukturellen Bedingungen (z. B. Gruppengröße, Dauer, Setting, Übergang stationär–digital), sozialen Prozessen (Kohäsion, Peer-Support, gemeinsame Zielorientierung) und individuellen Ressourcen (Motivation, Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit). Die Analyse zeigt, dass diese drei Ebenen in dynamischer Wechselwirkung stehen und gemeinsam Motivation, Engagement und psychosoziale Stabilität fördern können. Das Modell hebt hervor, dass die Gestaltung der Intervention entscheidend für die Entfaltung dieser Prozesse ist.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Gruppendynamiken in hybriden Präventionsprogrammen wie RV Fit Psychische Gesundheit eine zentrale Wirkkomponente darstellen können. Sie fördern Motivation, Engagement und psychosoziale Stabilität und können den Transfer in den Alltag unterstützen. Das Multidimensionale Konzeptmodell der Gruppendynamik bietet hierfür einen theoretischen und praxisnahen Bezugsrahmen: Es beschreibt, wie strukturelle Rahmenbedingungen der Intervention mit sozialen und individuellen Prozessen interagieren und dadurch nachhaltige Verhaltens- und Einstellungsänderungen ermöglichen.

Gleichzeitig zeigen sich Grenzen: Nicht alle Teilnehmenden profitieren gleichermaßen, und die Funktion der Gruppe verändert sich beim Übergang von der stationären zur digitalen Phase. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, hybride Programme so zu gestalten, dass sowohl kollektive Prozesse gezielt gestärkt als auch individuelle Bedarfe berücksichtigt werden. Für die Praxis bedeutet dies: Gruppenprozesse sollten bewusst initiiert und professionell begleitet werden; in der digitalen Phase braucht es flexible Strukturen, die unterschiedliche Grade an Peer-Interaktion ermöglichen.

Insgesamt liefert die Studie mit dem entwickelten Modell einen Beitrag zur theoretischen Fundierung und praktischen Weiterentwicklung hybrider Reha- und Präventionsangebote im Bereich psychischer Gesundheit.

### **Take-Home-Message**

Gruppendynamiken sind ein zentraler Faktor hybrider Prävention und entfalten ihr Potenzial im Zusammenspiel von strukturellen Rahmenbedingungen, Peer-Support und professioneller Begleitung.

### **Literatur**

n.a.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Niedrigere Motivation, höhere Teilnahme? Motivationsverläufe in digitalen versus konventionellen Präventionsprogrammen**

*Benedikt Broda<sup>1</sup>; Anna Pelegrina<sup>1</sup>; Jakob Hedin<sup>1</sup>; Detlef Schmidt<sup>2</sup>; Darko Jekauc<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Karlsruher Institut für Technologie (KIT);

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory, SDT; Deci, Ryan, 1985) betont die zentrale Rolle autonomer Motivation für die Initiierung und Aufrechterhaltung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Im Kontext präventiver und rehabilitativer Interventionen gewinnen digital unterstützte Angebote zunehmend an Bedeutung. Empirische Evidenz zu motivationalen Verläufen in digitalen im Vergleich zu konventionellen Settings bleibt jedoch begrenzt. Zudem ist unklar, ob und wie autonome Motivation die Teilnahme an unterschiedlichen Angebotsformaten prognostiziert. Ziel dieser Studie ist es, motivationale Verläufe in beiden Programmformaten über sechs Monate zu vergleichen. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen Motivation und tatsächlicher Teilnahme analysiert.

### **Methoden**

Die quasi-experimentelle Längsschnittstudie umfasste drei Messzeitpunkte: vor Beginn (T0), nach drei Monaten (T1) und nach Abschluss der Intervention (T2). In die Analyse wurden 163 Teilnehmende eingeschlossen, die alle drei Erhebungen absolvierten (digital: n = 96; konventionell: n = 67). Alle Daten wurden mittels Fragebogen erhoben. Autonome Motivation wurde über den Relativen Autonomie-Index (RAI; Markland & Tobin, 2004) erfasst, Teilnahme als Anzahl aktiver Wochen operationalisiert, in denen mindestens eine Einheit absolviert wurde. Veränderungen im RAI wurden mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung analysiert – zunächst ohne Kovariaten, anschließend unter Einbezug von Alter und Geschlecht. Ergänzend wurde mittels multipler Regressionsanalysen geprüft, ob der RAI zu

T0 die Teilnahme zu T1 und der RAI zu T1 die Teilnahme zu T2 vorhersagt, jeweils unter Kontrolle von Gruppe, Alter und Geschlecht.

## **Ergebnisse**

Zu Baseline zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede im RAI ( $t(161) = 0.31$ ,  $p = 0.756$ ). Im Verlauf zeigte sich in der digitalen Gruppe ein kontinuierlicher Rückgang des RAI, während in der konventionellen Gruppe zunächst ein Anstieg und anschließend ein Abfall beobachtet wurde. Die unadjustierte Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zeiteffekt ( $F(2, 322) = 6,64$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0,040$ ) und eine signifikante Zeit-Gruppe-Interaktion ( $F(2, 322) = 4,83$ ,  $p = 0.009$ ,  $\eta^2 = 0.029$ ). Unter Kontrolle von Alter und Geschlecht blieb die Interaktion signifikant ( $F(2, 316) = 4,51$ ,  $p = 0.012$ ,  $\eta^2 = 0.028$ ), der Zeiteffekt jedoch nicht ( $F(2, 316) = 2,88$ ,  $p = 0.058$ ,  $\eta^2 = 0.018$ ).

Im Mittel wurden in der digitalen Gruppe  $M = 18,75$  ( $SD = 7,13$ ) und in der konventionellen Gruppe  $M = 13,56$  ( $SD = 7,30$ ) aktive Wochen berichtet. Multiple Regressionsanalysen unter Kontrolle von Gruppe, Alter und Geschlecht ergaben keinen signifikanten Zusammenhang zwischen RAI und Teilnahme, weder für T0 auf T1 ( $p = 0.52$ ) noch für T1 auf T2 ( $p = 0.18$ ). Ungeachtet höherer Motivationswerte in der konventionellen Gruppe zeigte die digitale Gruppe eine stärkere Programmbeteiligung.

## **Diskussion und Fazit**

Die Studie zeigt unterschiedliche Motivationsverläufe zwischen digitalen und konventionellen Präventionsprogrammen. Paradoxerweise wies die digitale Gruppe trotz niedrigerer autonomer Motivation eine höhere Teilnahme auf. Dies legt die Vermutung nahe, dass strukturelle Faktoren wie zeitliche und örtliche Flexibilität sowie niedrighschwellige Zugänglichkeit motivationale Einflüsse überlagern könnten. Zudem zeigt die Forschung, dass Effekte intrinsischer Motivation eher längerfristig wirken, während kurzfristige Verhaltensänderungen auch durch weniger selbstbestimmte Motivationsformen beeinflusst werden können. Dennoch bleibt die Berücksichtigung psychologischer Grundbedürfnisse bei der Gestaltung digitaler Interventionen zentral, da intrinsische Motivation langfristig eine entscheidende Rolle für nachhaltige Verhaltensänderungen spielt. Limitationen der Studie umfassen das quasi-experimentelle Design sowie die fehlende Erhebung der Zugänglichkeit, wodurch für diesen potenziellen Einflussfaktor nicht kontrolliert werden konnte. Zudem konnten aufgrund des Studiendesigns keine langfristigen Gesundheitsänderungen beobachtet werden. Zukünftige Forschung sollte die Nachhaltigkeit digitaler Präventionsprogramme untersuchen, Gesundheitsverhalten nach Interventionsende erfassen und motivationale Prozesse tiefergehend analysieren.

## **Take-Home-Message**

Digitale Präventionsprogramme erreichen höhere Teilnahme trotz ungünstigerer Motivationsverläufe – strukturelle Faktoren wie Flexibilität und Zugänglichkeit scheinen motivationale Barrieren zu kompensieren.

## **Literatur**

Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985): Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>

Markland, D., Tobin, V. (2004): A Modification to the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to Include an Assessment of Amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(2), 191–196. <https://doi.org/10.1123/jsep.26.2.191>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Nutzungsverhalten, Adhärenz, Engagement und eHealth Literacy in einem hybriden Präventionsprogramm: Eine Mixed-Methods-Studie zu RV-Fit-Psychische-Gesundheit**

*Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Ananda Stullich; Matthias Richter*

Technische Universität München (TUM)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische Belastungen stellen zunehmende Herausforderungen für Individuen und Gesundheitssysteme dar. Präventive Maßnahmen können dem vorbeugen, werden jedoch häufig unzureichend genutzt. Hybride Präventionsprogramme, die digitale und Präsenzanteile kombinieren, bieten Potenzial zur Steigerung von Reichweite und Flexibilität: Im Rahmen des Modellprojekts PE<sup>3</sup>PP: Projekt zur Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer App-gestützten psychosozialen Präventionsmaßnahme wurde das hybride Präventionsprogramm RV Fit Psychische Gesundheit entwickelt. Dieses kombiniert eine zweiwöchige stationäre Phase mit einer zwölfwöchigen digitalen Trainingsphase.

Ziel der vorliegenden Studie war es, das Nutzungsverhalten während der digitalen Phase nach den FITT-Kriterien (Frequency, Intensity, Time, Type) zu beschreiben und dessen Zusammenhang mit der subjektiven Adhärenz und dem subjektiven Engagement (SAE) sowie der eHealth Literacy (eHL) zu untersuchen. Ergänzend wurden qualitative Daten eingesetzt, um die quantitativen Befunde zu kontextualisieren und vertiefend Barrieren, förderliche Faktoren sowie kontextuelle Einflüsse der digitalen Nutzung zu explorieren.

### **Methoden**

Die Studie folgte einem konvergenten Mixed-Methods-Design. Quantitative und qualitative Daten wurden zwischen Januar 2024 und Oktober 2025 von Teilnehmenden der Intervention RV Fit Psychische Gesundheit erhoben.

Im quantitativen Teil erfolgte die Datenerfassung an zwei Messzeitpunkten. Zu Beginn der Intervention ( $t_1$   $n=327$ ) wurden soziodemografische und gesundheitsbezogene Angaben sowie die eHL mithilfe der eHealth Literacy and Use Scale (eHLUS) erfasst. Nach Abschluss der zwölfwöchigen digitalen Trainingsphase ( $t_2$   $n=118$ ) erfolgte erneut die Erhebung der eHL sowie zusätzlich selbstberichteter App-Nutzungsdaten (FITT-Kriterien), der Teilnahme an Coaching-Sitzungen und der SAE, erfasst mit einer selbstentwickelten 7-Item-Skala zur Messung subjektiver Adhärenz und subjektiven Engagements (SAE-Skala;  $\alpha=0,92$ ). Zur statistischen Auswertung wurden deskriptive Analysen, t-Tests und eine multiple

hierarchische Regressionsanalyse zur Identifikation von Prädiktoren der SAE-Skala durchgeführt.

Bei der qualitative Datenerhebung wurden neun Online-Fokusgruppen mit n=33 Teilnehmenden durchgeführt. Die Auswertung erfolgte nach qualitativer Inhaltsanalyse.

## **Ergebnisse**

Das Durchschnittsalter der ( $t_1$ n=327) Teilnehmenden betrug 50,7 Jahre (SD=9,6) und 70,9 % waren weiblich. Die Mehrheit der ( $t_2$ n=118) Teilnehmenden nutzte die App ein- bis zweimal pro Woche (67,8 %), durchschnittlich 20–40 Minuten pro Sitzung (62,7 %) und meist mit ausgewogener Nutzung unterschiedlicher Inhaltsformate (72,9 %). 42,4 % nahmen an allen drei geplanten Coaching-Sitzungen teil.

Die multiple Regressionsanalyse erklärte 67,5 % der Varianz der SAE-Skala. Höhere Werte der SAE-Skala – also stärkere subjektive Adhärenz und höheres Engagement – waren signifikant assoziiert mit einer geringeren wahrgenommenen Schwierigkeit der Modulbearbeitung ( $\beta=0,329$ ;  $p < 0,001$ ), einer höheren Zahl absolvierter Coaching-Sitzungen ( $\beta=0,256$ ;  $p < 0,001$ ), einer ausgewogeneren Nutzung verschiedener Inhaltsformate ( $\beta=0,254$ ;  $p=0,002$ ) sowie einem höheren Wert der eHLUS-Dimension eHealth Engagement ( $\beta=0,427$ ;  $p < 0,001$ ). Alter, Geschlecht, subjektiver Sozialstatus und weitere eHLUS-Dimensionen zeigten keine signifikanten Zusammenhänge.

Die qualitative Analyse zeigte, dass psychosoziale und kontextuelle Bedingungen das Nutzungsverhalten beeinflussen. Drei Themenbereiche wurden identifiziert: (1) Kontextuelle und individuelle Einflussfaktoren: Zeitressourcen, Gesundheitszustand, Motivation und digitale Kompetenz bestimmten die Regelmäßigkeit und Tiefe der App-Nutzung. Teilnehmende beschrieben flexible Strategien, um Nutzungshürden zu überwinden, etwa die Integration der Übungen in Alltagsroutinen oder die Ergänzung durch externe Informationsquellen; (2) Interventionelle und relationale Faktoren: Als förderlich wurden die Verständlichkeit und Relevanz der Inhalte, Feedback-Elemente sowie die Form der Begleitung beschrieben. Die therapeutische Beziehung erwies sich als zentral für Engagement und Kohärenzempfinden, wurde aber unterschiedlich intensiv genutzt; (3) Sinnhaftigkeit, Passung und Grenzen: Die App wurde überwiegend als hilfreich und motivierend wahrgenommen, insbesondere zur Unterstützung der Selbstreflexion und Verhaltensänderung. Gleichwohl zeigten sich Grenzen hinsichtlich technischer Handhabbarkeit, wahrgenommenem Aufwand und individueller Passung. Die Notwendigkeit eigenständiger Strategien zur Aufrechterhaltung der Nutzung unterstreicht den adaptiven Charakter der Intervention.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass SAE in hybriden Präventionsprogrammen stärker mit motivationalen und erfahrungsbezogenen als mit demografischen Faktoren assoziiert sind. Eine einfache Bedienbarkeit, unterstützende Coaching-Sitzungen und ein abwechslungsreiches digitales Inhaltsdesign begünstigen ein positives Nutzungserleben und tragen zu höherer Adhärenz und stärkerem Engagement bei. Besonders die motivationale eHLUS-Dimension eHealth Engagement erwies sich als zentraler Prädiktor für höhere Werte auf der SAE-Skala – weit bedeutsamer als technische Kompetenzen.

Die qualitative Analyse unterstreicht die Bedeutung kontextsensitiver, personalisierbarer und hybrid begleiteter Ansätze zur Förderung digitaler Adhärenz. Die Teilnehmenden beschrieben unterschiedliche individuelle Strategien zur Integration der digitalen Inhalte in den Alltag sowie persönliche und strukturelle Bedingungen, die Adhärenz und Engagement fördern oder hemmen. Damit tragen die qualitativen Ergebnisse zu einem vertieften Verständnis der Mechanismen bei, die hinter digitaler Nutzung und Motivation in hybriden Präventionsprogrammen stehen.

### **Take-Home-Message**

Subjektive Adhärenz und Engagement in hybriden Präventionsprogrammen hängen stärker mit Motivation, wahrgenommener Einfachheit der Modulbearbeitung, unterstützendem Coaching und ausgewogener Inhaltsnutzung zusammen als mit Technikenkenntnissen oder demografischen Faktoren.

### **Literatur**

n.a.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Psychosomatische Hybrid-Reha in der Praxis: Erwartungen, Adhärenz und Zufriedenheit**

*Jana Langbrandtner; Ruth Deck*

Universität zu Lübeck

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Rehabilitation befindet sich im digitalen Wandel. Insbesondere der Übergang von der stationären Rehabilitation in den Alltag ist für viele Rehabilitand\*innen herausfordernd (Köpke, 2016; Piso, Reinsperger, 2014), weshalb digitale Versorgungskonzepte zunehmend an Bedeutung gewinnen. Hybrid-Modelle kombinieren stationäre und digitale Elemente (DigiFlexReha, DRV Bund, 2024), um die Nachhaltigkeit der Reha-Maßnahme und den Alltagstransfer zu fördern. In der Studie „Hybrid-Reha“ wurde ein solches hybrides Konzept in der Psychosomatik erprobt. Dabei wurde der herkömmliche fünfwöchige stationäre Aufenthalt durch vier Wochen Präsenz-Reha und eine digitale fünfte Woche („Brücken- Woche“) im häuslichen Umfeld ersetzt. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Erwartungen, Bedenken und die Zufriedenheit der Rehabilitand\*innen mit der Hybrid- Reha sowie die Adhärenz gegenüber den digitalen Angeboten systematisch zu erfassen.

### **Methoden**

Im Rahmen einer monozentrischen Längsschnittstudie wurden Rehabilitand\*innen im Alter von 18 bis 60 Jahren mit psychosomatischer Diagnose zur Studienteilnahme eingeladen. Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierter Online-Fragebögen zu vier Messzeitpunkten:

Reha-Beginn, vor und nach der Brücken-Woche sowie sechs Monate nach Reha-Ende. Analysiert wurden Erwartungen, Ängste, Nutzungsquoten der digitalen Angebote sowie die Zufriedenheit mit der Umsetzung. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

## **Ergebnisse**

Insgesamt nahmen 92 Rehabilitand\*innen an der Hybrid-Reha und der Brücken-Woche teil (84 % Frauen, Altersdurchschnitt 48 Jahre). Vor Beginn der Brücken-Woche gaben 83 % an, mit der Vorbereitung zufrieden zu sein, 92 % fühlten sich ausreichend über die Brücken-Woche informiert. Häufigste Erwartungen waren die bessere Übertragung des Gelernten in den Alltag (80 %) sowie Entlastung durch psychologische Betreuung (83 %). Etwa ein Drittel (33 %) äußerte Ängste oder Befürchtungen in Bezug auf die Brücken-Woche, insbesondere hinsichtlich einer möglichen Überforderung durch anfallende Alltagsverpflichtungen (26 %).

Die Adhärenz gegenüber den digitalen Angeboten war insgesamt hoch, jedoch abhängig vom Format: Live-Formate wie Einzelgespräche (99 %) und Gruppentherapien (> 85 %) wurden am häufigsten genutzt, während On-Demand-Formate und Eigenübungen geringere Teilnahmequoten aufwiesen (50–65 %). Die Zufriedenheit mit den digitalen Angeboten war überwiegend positiv: 83 % bewerteten sie als „sehr gut“ oder „gut“. Die ergänzende Selbsteinschätzung der Teilnehmenden zur Brücken-Woche bestätigte diese Befunde: Rund 70 % gaben an, dass sie ihre Therapien und Alltagsroutinen gut vereinbaren konnten (MW=3,7 auf einer 4-stufigen Skala).

80 % bewerteten die Maßnahme insgesamt als „sehr gut“ oder „gut“. Eine erhöhte Ablenkung im häuslichen Umfeld sowie ein eingeschränkter Austausch mit anderen Rehabilitand\*innen wurde von rund einem Viertel der Teilnehmenden (ca. 25 %) als kritisch angesehen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass die Brücken-Woche als Kernelement einer psychosomatischen Hybrid-Reha eine hohe Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft erreicht. Insbesondere synchrone Formate mit direkter therapeutischer und sozialer Interaktion scheinen zentrale Faktoren für Adhärenz und Zufriedenheit zu sein. Die geringere Nutzung asynchroner Formate weist dagegen auf mögliche Barrieren hin, die mit einer fehlenden sozialen Einbindung, eingeschränkten Austauschmöglichkeiten, konkurrierenden Verpflichtungen und Alltagsbelastungen sowie einer geringeren Verbindlichkeit zusammenhängen könnten. Auch eine unzureichende Passung zwischen persönlichen Präferenzen und individuellen Bedürfnissen einerseits und den Inhalten asynchroner Angebote andererseits könnte die Teilnahmebereitschaft beeinträchtigen. Trotz der bestehenden strukturellen Herausforderungen, belegen die Selbsteinschätzungen, dass die Mehrheit der Rehabilitand\*innen die Umsetzung im häuslichen Umfeld als machbar erlebt.

Die Ergebnisse legen nahe, dass eine stärkere strukturelle Einbindung der digitalen Angebote in den Alltag – beispielsweise durch verbindliche Aufgabenstellungen, Feedback-mechanismen, digitale Gruppenkommunikation und flexibilisierte Inhalte – die Adhärenz insbesondere bei asynchronen Formaten fördern könnte. Insgesamt verdeutlichen die Befunde das Potenzial der Hybrid-Reha als zukunftsweisende Alternative zur konventionellen Rehabilitation. Eine laufende Evaluationsstudie prüft derzeit ihre längerfristige Wirksamkeit.



## Take-Home-Message

Die stärkere Nutzung synchroner Formate im Rahmen der Brücken-Woche zeigt, dass interaktive Angebote, soziale Präsenz und therapeutische Begleitung entscheidende Faktoren für die adhärente Umsetzung einer digitalen Rehabilitationsphase sind.

## Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): Rahmenbedingungen zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha). Berlin: DRV Bund.
- Köpke K. (2016): Nachhaltigkeit als Schlüssel zum Reha-Erfolg: Ohne Nachsorge keine erfolgreiche Rehabilitation. Soziale Sicherheit; 65: 245-250.
- Piso, B., Reinsperger, I. (2014): Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: systematischer Review. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 75; Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Zusammenhang psychosozialer Charakteristika und digitaler Gesundheitskompetenz (erhoben mit der eHLUS) in einer hybriden Präventionsleistung (RV-FIT-Psychische-Gesundheit)**

*Johannes Stephan<sup>1</sup>; Jan Gehrmann<sup>1</sup>; Monika Sinha<sup>2</sup>; Ananda Stullich<sup>1</sup>; Matthias Richter<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Technische Universität München (TUM); <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## Hintergrund und Zielstellung

Die zunehmende Verbreitung psychischer Gesundheitsprobleme wie chronischem Stress, Depressionen und Angststörungen stellt eine erhebliche Herausforderung für das Versorgungssystem und die Gesellschaft dar. Hybride Präventionsangebote, die analoge und digitale Interventionsansätze kombinieren, können hierbei eine Lösung darstellen, da sie Zugangsbarrieren verringern und Betroffenen frühzeitig Unterstützung bieten. Ihre Wirksamkeit hängt jedoch von der digitalen Gesundheitskompetenz (dGK; englisch: eHealth literacy) der Teilnehmenden ab, die eng mit deren Fähigkeit verbunden ist, sich mit den digitalen Komponenten einer Präventionsintervention auseinanderzusetzen. Um dGK besser zu verstehen, reicht es nicht aus zu untersuchen, ob sie vorhanden ist – entscheidend ist auch, wie sie durch kontextuelle und individuelle Faktoren strukturiert und geprägt wird. Das Transaktionale Modell der eHealth Literacy (TMeHL) konzeptualisiert dGK als dynamische und facettenreiche Fähigkeit, die über die reine Informationssuche hinausgeht. Es versteht dGK als Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen individuellen Fähigkeiten, kontextuellen Bedingungen und Aufgabenanforderungen und erfasst so den sich entwickelnden und reziproken Charakter der digitalen Gesundheitsnutzung.

Aufbauend auf dem TMeHL untersuchten wir, wie psychosoziale Merkmale mit dGK in der hybriden psychosozialen Präventionsintervention RV Fit Psychische Gesundheit zusammenhängen (Stephan et al., 2025). Ziel war es, psychosoziale Profile unter den

Interventionsteilnehmenden zu identifizieren und deren Unterschiede in dGK zu analysieren, um Implikationen für eine bedarfsgerechte, digital gestützte Sekundärprävention abzuleiten.

## **Methoden**

Es wurde eine Querschnittsstudie mit Teilnehmenden der Intervention RV Fit Psychische Gesundheit (Januar–Dezember 2024) durchgeführt. Psychosoziale Merkmale, darunter Angst, Depression, Optimismus, Pessimismus, Lebensqualität, Selbstwirksamkeit, Stress und Arbeitsfähigkeit, wurden zusammen mit der dGK, anhand der eHealth Literacy and Use Scale (eHLUS) und der eHealth Literacy Scale (eHEALS) erhoben. Zur Identifizierung unterschiedlicher psychosozialer Profile wurde eine Clusteranalyse eingesetzt. Mithilfe eines generalisierten linearen Modells wurden Zusammenhänge zwischen Clusterzugehörigkeit, dGK und soziodemografischen Variablen untersucht. Abschließend wurden Korrelationsmatrizen verwendet, um die Beziehungen zwischen psychosozialen Merkmalen und dGK weiter zu analysieren.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden 173 Teilnehmende in die Analyse eingeschlossen. Auf Grundlage psychosozialer Merkmale konnten vier Cluster identifiziert werden. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen Clusterzugehörigkeit und dGK, darunter der Gesamtscore der eHLUS ( $p=0,004$ ) sowie deren Dimension autonome Nutzung und technischer Zugang ( $p=0,003$ ).

Cluster 3 ( $n=65$ ) wies die günstigsten psychosozialen Merkmale und die höchsten Ausprägungen der dGK auf. Cluster 4 ( $n=36$ ) zeigte die ungünstigsten psychosozialen Merkmale, jedoch mittlere Ausprägungen der dGK. Cluster 2 ( $n=45$ ) wies trotz mittlerer psychosozialer Merkmale die niedrigsten Werte der dGK auf. Cluster 1 ( $n=27$ ) zeigte mittlere Ausprägungen sowohl in psychosozialen Merkmalen als auch in dGK.

Darüber hinaus standen Alter und subjektiver sozioökonomischer Status in signifikantem Zusammenhang mit der dGK. Über die Cluster hinaus wurden zudem signifikante Korrelationen zwischen einzelnen psychosozialen Variablen und der dGK festgestellt.

## **Diskussion und Fazit**

Die Clusteranalyse identifizierte unterschiedliche psychosoziale Profile mit variierenden Ausprägungen der dGK und zeigte, dass psychosoziale Merkmale in nicht-linearer Weise mit dGK verbunden sind. Dies widerspricht der bisherigen Annahme eines linearen Zusammenhangs, der erstmalig mit unserer Studie detailliert geprüft wurde. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, in hybriden Präventionsprogrammen die spezifischen Bedürfnisse einzelner Subgruppen zu berücksichtigen. Bestimmte Gruppen benötigen möglicherweise zusätzliche Unterstützung, um digitale Gesundheitsangebote effektiv nutzen zu können. Damit wird die Relevanz maßgeschneiderter Interventionsstrategien betont, die psychosoziale Diversität im digitalen Gesundheitsengagement berücksichtigen.

Praktisch implizieren die Befunde eine subgruppenorientierte Umsetzung, etwa durch abgestufte Unterstützungstiefen, adaptive Interface-Komplexität und eine differenzierte Gestaltung des Timings von Präsenz- und App-Anteilen. Die Limitationen des Studiendesigns (Querschnitt, instrumentspezifische Selbstberichte) begrenzen zwar kausale Schluss-

folgerungen, dennoch liefern die Ergebnisse belastbare Ansatzpunkte für eine subgruppen-sensible digitale Sekundärprävention im Reha-nahen Kontext.

### **Take-Home-Message**

Psychosoziale Subgruppen unterscheiden sich signifikant in ihrer digitalen Gesundheitskompetenz, weshalb digitale und hybride Präventionsangebote subgruppen-orientiert begleitet werden sollten, um Nutzungshürden wirksam zu reduzieren.

### **Literatur**

Stephan, J., Gehrmann, J., Stullich, A., Sinha, M., Richter, M. (2025): Association between psychosocial characteristics and eHealth literacy: Cross-sectional study of hybrid secondary prevention. *JMIR Mental Health*, 12, e73697. Doi: 10.2196/73697

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## Arbeitslos ist nicht gleich arbeitslos: Arbeitslosentypen nach De Witte im LeiTAR-Projekt

*Celine-Chantal Elster-Kann; Beate Muschalla*

Technische Universität Braunschweig

### Hintergrund und Zielstellung

Bisherige Forschungsarbeiten zu Arbeitslosigkeit unterscheiden primär nach Arbeitslosigkeitsdauer: Kurzzeit- versus Langzeitarbeitslose. Qualitative Typologien von Arbeitslosen hingegen sind seltener (Houssemand et al., 2014). Ein international repliziertes Modell von De Witte (1992) unterscheidet fünf psychosoziale Arbeitslosentypen (Van der Vaart et al., 2018). Dieses Modell (Abb. 1) basiert auf Daten von 309 Arbeitslosen, aus denen die folgenden Typen identifiziert wurden:

Zurückgezogene erleben Arbeitslosigkeit zumeist eher nicht negativ, da anderweitige Verpflichtungen im Vordergrund stehen, z. B. Kindererziehung. Verzweifelte empfinden Arbeitslosigkeit von allen Typen am negativsten und bemühen sich intensiv um Arbeit. Optimisten sind überzeugt, bald Arbeit zu finden. Angepasste weisen trotz langer Arbeitslosigkeit ein stabiles Wohlbefinden auf. Entmutigte bewerten die Arbeitslosigkeit u. a. infolge häufiger Ablehnungserfahrungen negativ und reduzieren ihr Suchverhalten, um weitere Negativerfahrungen zu vermeiden (De Witte, 1992; Van der Vaart et al., 2018).

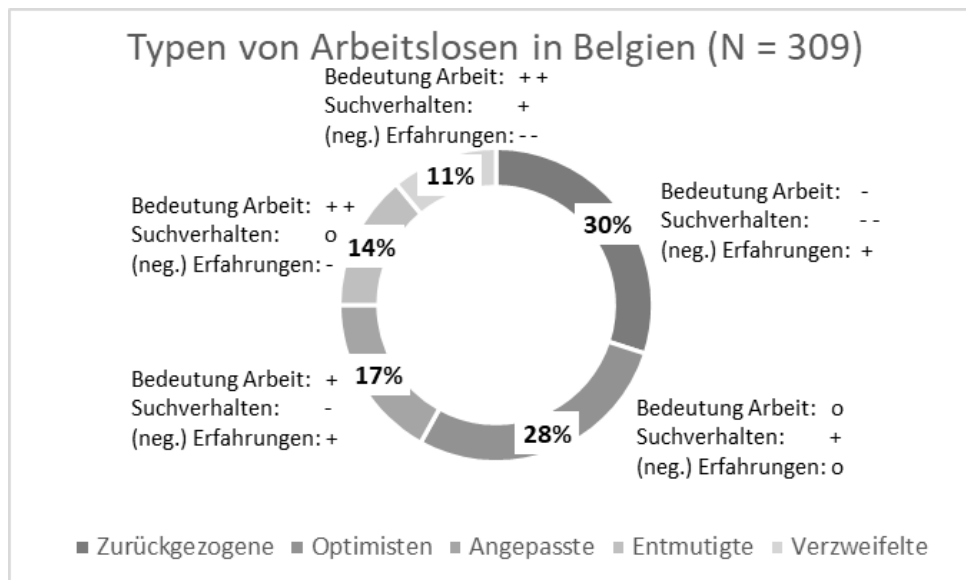


Abbildung1: Typen von Arbeitslosen in Belgien (zitiert nach De Witte, 1992, S. 33 f.)

Die vorliegende qualitative Untersuchung prüft, ob und wie sich die Teilnehmer des beruflichen Eingliederungsprojekts „LeiTAR“ diesen Arbeitslosentypen zuordnen lassen, um daraus Implikationen bzgl. Förder- und Risikofaktoren des beruflichen Wiedereinstiegs abzuleiten.

## Methoden

Die Fälle stammen aus dem Rehapro-Projekt LeiTAR, einer niedrighschwelligen, aufsuchenden Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Arbogast, 2021). Zielgruppe sind arbeitslose und langzeitarbeitsunfähige Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie Mobilitätsbarrieren. Der LeiTAR-Projektbus holt Teilnehmende von zu Hause ab und bringt sie für individualisierte Beratung sowie arbeitsmarktbezogenes Training in ein berufliches Rehazentrum.

Erfasst wurden qualitative und quantitative Daten (Interviews und Fragebögen), darunter soziodemografische Merkmale, arbeitsbezogene Copingstrategien, Arbeitsmotivation und Arbeitsfähigkeiten (Mini-ICF-APP, Linden et al., 2022). Die Zuordnung zu De Wittes Typen erfolgte deduktiv mittels qualitativer Fallanalyse, vorrangig basierend auf Erwartungen der LeiTAR-Teilnehmer an die Maßnahme, Bedeutung von Arbeit, erlebten Hürden und bisherigen Erfahrungen mit fehlender beruflicher Teilhabe. Berücksichtigt wurde insbesondere der Status zu Beginn der Maßnahme.

## Ergebnisse

Von 51 Teilnehmenden aus den Standorten Region Northeim und Braunschweig, haben 42 alle drei Erhebungszeitpunkte (Prä, Post, 4-Monats-FollowUp) abgeschlossen. 52,4 % waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 53,33 Jahren (SD= 7,25 Jahre, Range 26-62 Jahren).

Tabelle 1: Qualitative Zuordnung der LeiTAR-Fallvignetten zu den 5 Arbeitslosentypen nach De Witte

| Arbeitslosentypen         | Anzahl (N) der zugeordneten Fälle | Beschreibung der psychosozialen Haltung                                                                       |                                                                                   | deskriptive Merkmale                                                                              |
|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Optimisten / „Standhafte“ | 8                                 | Aktivität/<br>Hoffnung<br> | aktiv, trotz Belastung hoffnungsvoll, motiviert, offen                            | 62,5% weiblich; MW= 57.25 Jahre (SD= 3.33 Jahre); 62,5% zusammenlebend; 62,5% Handwerk/Industrie  |
| Angepasste                | 6                                 |                                                                                                               | pragmatisch, akzeptierend, stabil, wenig aktiv suchend                            | 66,7% weiblich; MW= 55.67 Jahre (SD= 4.76 Jahre); 83,3% zusammenlebend; 66,6 % Handwerk/Industrie |
| Entmutigte                | 13                                |                                                                                                               | Frustration, teils depressiv, eher Rückzug bzgl. Bewerbungen                      | 53,8% weiblich; MW= 51.69 Jahre (SD= 9.58 Jahre); 53,8% zusammenlebend; 53,8 % Handwerk/Industrie |
| Verzweifelt Suchende      | 11                                |                                                                                                               | hohe Belastung, Verbitterung, hilfesuchend                                        | 27,3% weiblich; MW= 51.09 Jahre (SD= 7.02 Jahre); 72,7% zusammenlebend; 45,5 % Handwerk/Industrie |
| Zurückgezogene            | 4                                 | Rückzug/<br>Belastung                                                                                         | Rückzug aus Arbeitsleben, keine aktive Suche, andere Prioritäten/ Verpflichtungen | 75% weiblich; MW= 53.50 Jahre (SD= 6.46 Jahre); 100% zusammenlebend; 25% Handwerk/Industrie       |

Anmerkungen: Fallvignetten zum Erhebungszeitpunkt „Beginn der Maßnahme“. N = 42 Teilnehmende haben alle 3 Erhebungszeitpunkte der wissenschaftlichen Begleitung abgeschlossen (Stand: Mitte Okt. 2025). Zusammenlebend: mit Familie oder Partner o. ä. zusammenlebend.

Fast alle Teilnehmer hatten unterschiedlichste chronische Erkrankungen. Die Typenzuordnung ist in Tabelle 1 dargestellt. Damit dominieren unter den LeiTAR-Teilnehmenden die Entmutigten, gefolgt von den Verzweifelt Suchenden, während Zurückgezogene seltener in die Maßnahme kommen.

## **Diskussion und Fazit**

Da es sich um eine freiwillige Projektmaßnahme handelt, ist von einer Grundmotivation zur beruflichen Reintegration auszugehen. Die geringe Zahl der Zurückgezogenen suggeriert, dass diese seltener an aktivierenden Programmen teilnehmen.

Die Optimisten zeigen zwar Hoffnung und Motivation sowie kaum Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens, schätzen ihre Chancen für eine schnelle Wiedereingliederung jedoch eher nüchtern ein. Ein alternatives Label wie „Standhafte“ erscheint treffender: sie bleiben trotz Einschränkungen engagiert und offen für Reha-Maßnahmen, ohne Anzeichen von Entmutigung.

Besonders in den beiden größten Gruppen Entmutigte und verzweifelt Suchende macht sich eine hohe Arbeitsmotivation bemerkbar. Sie werden allerdings durch hemmende Kontext- und Gesundheitsfaktoren (körperlich, psychisch) in ihrer Jobsuche eingeschränkt. Dazu zählen mangelnde Bewerbungskennntnisse, Alleinerziehendenschaft, Pflegeverantwortung oder mangelnde Arbeitsmarktoptionen. Die Stellensuche ist nur eine von vielen parallelen „Baustellen“.

## **Take-Home-Message**

Arbeitslosigkeit ist kein einheitliches Phänomen. Berufliche Wiedereingliederung erfordert mehr als Bewerbungs- und Motivationstrainings. Für die Beratung erscheint ein ganzheitliches sozialmedizinisches Fallmanagement angemessener als reine Arbeitsmarkt-orientierung.

## **Literatur**

- Arbogast, M. (2021): Aufsuchende Soziale Arbeit als sozialräumliche und lebensweltorientierte Schadensminderung. In M. Krebs, R. Mäder, T. Mezzera, Soziale Arbeit und Sucht, 175-192. Wiesbaden: Springer Verlag.
- De Witte (1992): Tussen optimisten en teruggetrokkenen: een empirisch onderzoek naar het psychosociaal profiel van langdurig werklozen en deelnemers aan de Weer-Werkactie in Vlaanderen. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven. Hoger Instituut voor de Arbeid.
- Houssemand, C., Pignault, A., Meyers, R. (2014): A psychological typology of newly unemployed people for profiling and counselling. *Current Psychology*, 33(3), 301-320.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., Ostholt-Corsten, M. (2015/2022): Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe (2. Auflage).
- Van der Vaart, L., De Witte, H., Van den Broeck, A., Rothmann, S. (2018): A psychosocial typology of the unemployed in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 48(2), 179-192.
- Projektpartner: INN-tegrativ gGmbH.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Die inhaltliche Verantwortung liegt beim Autorenteam.

## **Chronische Erkrankungen im Handwerk: Bedarfe, Barrieren und Empfehlungen**

*Ernst von Kardorff; Kristina Enders; Wolfgang Hien; Niklas Tibbe; Antonia Höfs; Amy Stelter*

Berliner Werkstatt für Sozialforschung (BWS)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Ausgehend von Befunden einer geringen und vor allem oft zu späten Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen durch Beschäftigte im Handwerk hat die von 01.07.2023 - 31.12.2025 von der DRV Oldenburg-Bremen geförderte Studie („ReHand“) die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen sowie Unterstützungsbedarfe bei gesundheitlichen Problemen in Bremer Handwerksbetrieben mit einem qualitativen Forschungsdesign exemplarisch untersucht.

Chronische Erkrankungen, besonders Muskel- und Skeletterkrankungen im Handwerk stellen eine besondere Herausforderung dar, wie sich u.a. an den im Vergleich zu anderen Berufsgruppen deutlich höheren Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zeigt (Hien et. al., 2024).

Kleinbetriebliche Strukturen, hohe körperliche Belastungen und die Beharrungskräfte einer traditionellen Arbeitskultur erschweren den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen und die Nutzung vorhandener Hilfeangebote: dies betrifft das Sprechen über Krankheiten, Prozesse der Wiedereingliederung, die Einrichtung leidensgerechter Arbeitsplätze und ganz allgemein eine weitgehend fehlende Präventionskultur. Neben einer Bestandaufnahme aus Sicht aller beteiligten Akteure war ein Ziel des Projekts, praxisnahe Empfehlungen für Betriebe, Versorgungssystem und Sozialpolitik zu entwickeln.

### **Methoden**

Die qualitative Studie folgte einem multi-methodischen Ansatz. Durchgeführt wurden 12 problemzentrierte Interviews mit Betriebsinhabenden, 28 narrative Interviews mit chronisch erkrankten Beschäftigten sowie 5 Interviews mit nicht betroffenen Arbeitskolleg:innen. Ergänzend erfolgten 7 Betriebshospitationen zur teilnehmenden Beobachtung und 35 Expert:inneninterviews mit Akteuren aus Versorgungssystem, Sozialversicherung und Wissenschaft. Zwei Fokusgruppen dienten der kommunikativen Validierung der Befunde. Zusätzlich wurden Beispiele guter Praxis auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene identifiziert. Die Ergebnisse der Erhebungen wurden triangulativ aufeinander bezogen.

### **Ergebnisse**

Die Analyse identifizierte fünf zentrale Problemfelder:

- (1) Ausgeprägter Präsentismus, verstärkt durch eine an männlichen Rollenbildern orientierte Arbeitskultur, den Wunsch Kolleg:innen nicht im Stich zu lassen, Zeitdruck und finanzielle Zwänge;
- (2) Strukturelle Zugangsbarrieren zu Präventions- und Rehabilitationsleistungen (Fehlen adressatengerechter Information, keine einheitlichen Ansprechpartner);
- (3) Fehlen einer betrieblichen Präventionskultur, mangelnde Umsetzung und Kontrolle von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie einstellungs- und betriebsablaufbedingte Vorbehalte gegenüber Angeboten der Gesundheitsförderung;
- (4) Schnittstellenprobleme zwischen Betrieben und Versorgungssystem sowie innerhalb des Versorgungssystems durch mangelnde Kooperation und Informationsdefizite;
- (5) Unklare Verantwortlichkeiten und Ressourcenknappheit bei Gesundheitsthemen, insbesondere bei der BEM-Umsetzung in Kleinbetrieben.

Die Problemfelder verweisen auf spezifische strukturell angelegte Paradoxien des Handwerks, die sich immer wieder in den von uns geführten Interviews mit Firmeninhabenden und Beschäftigten bestätigten:

- zwischen Flexibilität und Chaos auf organisatorischer Ebene (Georg et al., 2005),
- zwischen Kreativität und körperlicher Verausgabung auf soziomentaler Ebene (Simon, 2023)
- zwischen Verleugnung und Dramatisierung auf individuell-biographischer Ebene (Horn et al., 1983).

Auf der Basis dieser Ergebnisse wurden zielgruppenspezifische Empfehlungen erarbeitet.

## **Diskussion und Fazit**

Die Befunde verdeutlichen, dass einfache Lösungsansätze den komplexen Realitäten des Handwerks nicht gerecht werden. Empfehlungen müssen die identifizierten Paradoxien berücksichtigen: Für Betriebe sind Information, Sensibilisierung und kultureller Wandel zentral. Das Versorgungssystem benötigt verbesserte Koordination, Zugangserleichterungen und Frühinterventionsstrategien. Sozialpolitisch sind Anpassungen von Präventionsangeboten an KMU-Bedarfe, Ausbau bestehender Beratungsstrukturen, Förderung überbetrieblicher Lösungen sowie Überführung bewährter Modellprojekte in die Regelversorgung erforderlich (Hien et al., 2024; von Kardorff, 2025). Die Übertragbarkeit auf andere KMU-Bereiche ist begrenzt und erfordert die Berücksichtigung handwerksspezifischer und regionaler Besonderheiten.

## **Take-Home-Message**

Chronische Erkrankungen im Handwerk erfordern niedrigschwellige, auf die Besonderheiten des Handwerks abgestimmte Informationen, die Nutzung von Synergieeffekten vorhandener Einrichtungen und Kooperationsnetze mit Verbandsstrukturen des Handwerks.

## **Literatur**

Georg, A., Barkholdt, C., Frerichs, F. (2005): Bericht 'Modelle alternsgerechter Arbeit aus Kleinbetrieben und ihre Nutzungsmöglichkeiten'. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.



- Hien, W., Enders, K., Höfs, A., Stelter, A., von Kardorff, E. (2024): Arbeiten im Handwerk: Hohe Belastungen, Präventionslücken, Präsentismus und andere Paradoxien. In: sicher ist sicher. Teil 1, 12/24, 549-555 & Teil 2 01/25, 17-20.
- Horn, K., Beier, C., Wolf, M. (1983): Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Simon, J.-N. (2023): Paradoxien postindustriellen Handwerks - Hybride Identitäten und kulturelle Bruchlinien in kleinbetrieblichen Subjekt- und Arbeitsnormen. Baden-Baden: Nomos.
- von Kardorff, E. (2025): Kooperation zwischen Betrieben und Gesundheitsversorgung bei Wiedereingliederung und Beschäftigungssicherung. Ist-Zustand, Chancen und Barrieren. Sozialer Fortschritt, 73(8-9), 581-598.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

## **Ein Blaubeuer für erwerbstätige mit psychischen Belastungen und Arbeitsplatzproblematik – Analysen zur Wirksamkeit**

*Michael Schuler<sup>1</sup>; Silvan Renz<sup>2</sup>; Christian Gerlich<sup>3</sup>; Ina Pamperin<sup>4</sup>; Nadine Vorsatz<sup>4</sup>;  
Heiner Vogel<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Bochum ; <sup>2</sup> Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt (THWS);

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Würzburg; <sup>4</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

In dem durch das Bundesprogramm rehapro geförderten Projekt SEMpsych („Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“) wurde eine fallmanagement-basierte Intervention („Blaubeuer“) entwickelt und in den Modellregionen Berlin, Köln und Nürnberg implementiert. Blaubeuer soll Erwerbstätige mit psychischer Belastung und gleichzeitiger Arbeitsplatzproblematik dabei unterstützen, individuell passende Behandlungsangebote in Anspruch nehmen zu können. Die wissenschaftliche Begleitung gliederte sich in eine formative und eine summative Evaluation (Leven et al., 2024). Bisherige Analysen der formativen Evaluation konnten u. a. zeigen, dass die Blaubeuer-Klient:innen aus der anvisierten Zielgruppe stammen (Schuler et al., 2024) und die Maßnahme wie geplant umgesetzt wird. Es zeigten sich 6 Monate nach Maßnahmenbeginn mittelhohe Prä-Post-Effekte in der Psychischen Belastung (SES(PHQ-9) = 0,65) und subjektiven Arbeitsfähigkeit (SES(WAS) = 0,58), die bis 18 Monate nach der Maßnahme noch weiter anstiegen (Leven et al., 2024; Schuler et al., 2024).

In der hier vorgestellten summativen Evaluation wurde geprüft, inwiefern bzw. in welchem Ausmaß diese Prä-Post-Effekte kausal auf die Blaubeuer-Maßnahme zurückgeführt werden können.

## Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein Propensity-Score-Matching-Ansatz (PSM) gewählt. Die Interventionsgruppe (IG) waren Personen, die zwischen 10/2022 und 06/2024 die Blaubeuermaßnahme in Anspruch genommen und standardisierte Fragebögen zu Maßnahmenbeginn (T1) und nach 6 Monaten (T2) ausgefüllt haben. Als Kontrollgruppe (KG) wurden 20.000 DRV-Versicherte aus Regionen, in denen Blaubeuer nicht implementiert ist, angeschrieben und gebeten, den gleichen standardisierten Fragebogen jetzt sowie nach 6 Monaten online auszufüllen. Mittels Propensity-Score-Matching wurden aus IG und KG vergleichbare Paare gezogen. Die statistische Auswertung erfolgte über Kovarianzanalysen.

## Ergebnisse

Über PSM konnten 177 Paare (N=314) aus Teilnehmenden der IG und der KG für die Analysen herangezogen werden. Die gematchten Gruppen wiesen in soziodemografischen Variablen wie Alter ( $M(IG) = 49,8$  vs.  $M(KG) = 50,5$ ) und Anteil Frauen (IG: 66,9 % KG: 67,9 %) sowie im Work Ability Score ( $M(IG) = 4,8$ ;  $M(KG) = 5,1$ ) und im Patient Health Questionnaire-9 ( $M(IG) = 12,5$ ;  $M(KG) = 12,4$ ) vergleichbare Werte auf. Diese Paare zeigten jedoch eine bessere subjektive Arbeitsfähigkeit und geringere psychische Belastung als die Gesamtgruppe der Blaubeuer-Klient:innen ( $M(WAS) = 3,5$ ;  $M(PHQ-9) = 14,1$ ).

Zu T2 zeigten sich zwischen der gemachten IG und KG kleine (Cohens  $d = 0,23$ ) und statistisch signifikante Effekte im PHQ-9 ( $p=0,015$ ) und in anderen Maßen der psychischen Belastung, nicht jedoch in der subjektiven Arbeitsfähigkeit ( $p=0,608$ ).

## Diskussion und Fazit

Zur Frage der Wirksamkeit zeigen sich nun zwei unterschiedliche Ergebnisse. Zum einen finden sich im Anschluss an die Blaubeuerberatung mittel- und langfristig erhebliche Prä- Post- Veränderungen in den primären Zielgrößen subjektive Arbeitsfähigkeit und psychische Belastung (Schuler et al., 2024; Leven et al., 2024). Die Vergleiche nach dem PSM zeigen jedoch maximal kleine Effekte. Dieser scheinbare Widerspruch könnte damit erklärt werden, dass durch das PSM für die stark belasteten Blaubeuer-Klient:innen keine passenden Vergleichspartner:innen („Zwillinge“ im Sinne des PSM) gefunden werden. Es gibt gute Gründe für die Annahmen, dass die Wirksamkeit von Blaubeuer von der Ausgangsbelastung abhängt. In diesem Fall können die Effekte nach PSM als untere Grenze der Wirksamkeit interpretiert werden und die Prä-Post-Effekte als obere Grenze. Weitere Arbeiten sind daher notwendig, um die kausalen Effekte von Blaubeuer genauer zu bestimmen.

## Take-Home-Message

Das Fallmanagement im Sinne des Blaubeuer-Konzeptes ist mit Verbesserungen in der subjektiven Arbeitsfähigkeit und psychischen Belastung verbunden. Die Größe des kausalen Effekts ist noch weiter einzugrenzen.

## Literatur

Leven, L., Schuler, M., Gerlich, C. Pamperin, I. Vogel, H. (2024): Das Rehapro-Modellprojekt SEMpsych: Ein fallmanagementbasiertes Beratungsangebot für psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 37 (1). 49-56.

Schuler, M., Gerlich, C., Leven, L., Pamperin, I., Vorsatz N., Vogel, H. (2024): Die Maßnahme Blaufeuer für Erwerbstätige mit psychischer Belastung und gleichzeitiger Arbeitsplatzproblematik – Wird die Zielgruppe erreicht? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 7. 806-814. doi:10.1007/s00103-024-03907-4

Schuler, M., Leven, L., Gerlich, C., Krähnke, U., Pamperin, I., Vorsatz, N., Vogel, H. (2024): „Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – Was geschieht und was verändert sich? DRV-Schriften, Bd. 130. 345-347.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Ergebnisse der Evaluation aus der Perspektive der Teilnehmenden zum rehapro-Modellprojekt „agil in Wolfsburg“ – ein Mixed-Methods-Ansatz**

*Laura Haas; Sebastian Bernert*

Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische Gesundheit ist ein entscheidender Faktor für die Arbeitsfähigkeit eines Menschen und deren Beeinträchtigung führt immer häufiger zu Krankschreibungen (Badura et al., 2018) und vorzeitigen Berentungen (Kockerling et al., 2019). Menschen mit psychischen Erkrankungen kommen häufig ohne adäquate und vernetzte Hilfesysteme nicht wieder aus langen Phasen ohne Beschäftigung heraus. Um solche Verläufe aufzuhalten wurde das rehapro-Modellprojekt „agil in Wolfsburg“ konzipiert. Dieses widmet sich jungen Erwachsenen mit psychischen Problemen (18 bis 35 Jahre), die Arbeitslosengeld II/Bürgergeld beziehen. In Wolfsburg wurde ein engmaschiges psychosoziales Hilfenetzwerk geschaffen, das die Zielgruppe frühzeitig in ihrer jeweiligen Lebensumwelt abholt und bedarfsgerecht dabei unterstützt, ihre Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Der Beitrag stellt die wesentlichen quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Befragungen zur Wirksamkeit und Akzeptanz des Projekts vor.

### **Methoden**

Die Evaluation des Projekts erfolgt im Rahmen eines Mixed-Methods-Designs.

Die qualitative Befragung wurde auf Basis leitfadengestützter, halbstrukturierter Interviews durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse unter Verwendung der Software MAXQDA (Version 24.9.1).

Die quantitative Befragung der TN erfolgte mit Fragebögen, die alle 6 Monate ausgefüllt werden sollten. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mit der Software R (Version 4.4.2).

Stichprobe

Insgesamt lagen Daten von 149 Teilnehmenden vor. Das durchschnittliche Alter lag bei 27,7 Jahren. 64,6 % der Teilnehmenden waren männlich. Die durchschnittliche Dauer der Teilnahme lag bei 440 Tagen für die, die das Programm bereits abgeschlossen haben (n=56). Es wurden 27 Teilnehmende in zwei Kohorten je nach Erreichbarkeit jeweils ein- bis dreimal befragt, mit einem Abstand von etwa 6 Monaten zwischen den qualitativen Interviews (54 Interviews bis September 2025).

## **Ergebnisse**

### **Qualitative Ergebnisse**

Die Mehrheit der Teilnehmenden bewertete die Ansprache, Beratung und den Übergang von den Integrationsfachkräften (IFK) zum „agil Coach“ (AC) im Jobcenter Wolfsburg als positiv. Gleiches gilt für die als reibungslos beschriebene Vermittlung durch den AC in das Hilfenetzwerk. Die Behandlung und Beratung durch die Netzwerkpartner wurde mehrheitlich positiv bewertet. Teilnehmende äußerten zudem Bedarfe nach zusätzlichen Angeboten, insbesondere einem verbesserten Zugang zu fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung. In Bezug auf die Ergebnisqualität gab ca. die Hälfte der Teilnehmenden eine verbesserte oder teilweise verbesserte Gesundheit und/oder Lebensqualität an.

### **Quantitative Ergebnisse**

Bei der Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit, gemessen mit der Frage nach der derzeitigen Arbeitsfähigkeit aus dem Work-Ability-Index-Fragebogen, zeigte sich über die Messzeitpunkte (t0 zu t4) ein leichter Anstieg der Mittelwerte (3,2 auf 4,2). Auf die Frage nach ihrem derzeitigen Gesundheitszustand aus dem EQ-5D, auf einer Skala von 0 – 100, steigen die Werte von 54,0 (t0) auf 58,1 (t4). Die Werte des psychischen Befindens, gemessen mit der WHO-5-Skala (Wertebereich 0 - 25), steigen von 8,2 (t0) auf 11,6 (t4).

Von 66 Teilnehmenden, die bis September 2025 das „agil Projekt“ beendeten, wurden 2 TN in Ausbildung, 8 TN während und 2 TN direkt nach Beendigung des Projekts in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt. Außerdem holte eine Person ihren Schulabschluss nach.

## **Diskussion und Fazit**

Insgesamt zeigen die Teilnehmenden starke Einschränkungen in den Dimensionen Funktionsfähigkeit, allgemeine Gesundheit und psychisches Befinden zur Baseline. Im Verlauf verändern sich diese Werte leicht zum Positiven, verbleiben aber weit unter den Werten, die in einer vergleichbaren Altersgruppe von Erwerbstätigen zu erwarten wären.

Die Ergebnisse zeigen, dass die individuelle Unterstützung der Teilnehmenden durch den „agil Coach“ und deren Anbindung an das Hilfenetzwerk, wesentliche Komponenten für die Teilnehmenden darstellen, die zu einer zeitnahen Stabilisierung der Gesundheit und Funktionalität beitragen können. Gleichzeitig wird deutlich, dass für einen positiven Verlauf ausreichend personelle Kapazitäten sowie eine verlässliche Anbindung an ärztliche und psychotherapeutische Versorgung notwendig ist.

## **Take-Home-Message**

Teilnehmende profitieren im Durchschnitt (leicht) von der Teilnahme, ohne die schwerwiegenden Eingliederungshemmnisse durch das Programm beheben zu können.

## **Literatur**

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (2018): Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Eds.), Springer.
- Kockerling, E., Sauzet, O., Hesse, B., Korner, M., Razum, O. (2019): Return to work aus einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente. Gesundheitswesen.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales - Jobcenter Wolfsburg

# **Fragmentierung von Teilhabeleistungen und ihre Auswirkungen auf die Verstetigung rechtskreisübergreifender Projekte**

*Feline Zocher*

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

## **Hintergrund und Zielstellung**

Teilhabeleistungen sind in Deutschland durch eine historisch gewachsene horizontale und vertikale Fragmentierung geprägt. Horizontal bedeutet, dass verschiedene Organisationen für die Finanzierung zuständig sein können; vertikal verweist auf die Verortung dieser Organisationen auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen mit jeweils eigener Autonomie. Bei der Bewilligung von Teilhabeleistungen gilt üblicherweise das Kausalprinzip, bei dem die Zuständigkeit durch die Ursache des Bedarfs bestimmt wird (Bogumil, Gräfe, 2024). Da einem Bedarf mehrere Ursachen zugrunde liegen können, ist die Zuordnung jedoch nicht immer eindeutig. An Schnittstellen entstehen dadurch Interferenzprobleme und Verantwortungsdiffusion, was die Versorgungssituation erheblich beeinträchtigen kann – ein Problem, das seit Jahrzehnten bekannt ist und politisch vielfach adressiert wurde. Dennoch konnte die Situation im Bereich der Teilhabeleistungen bislang nicht grundlegend verbessert werden (Stöbe-Blossey et al., 2019).

Es ist anzunehmen, dass Reformprozesse durch die bestehende Fragmentierung gehemmt werden, denn der Transfer von Forschungsergebnissen sowie die flächendeckende Implementierung neuer Maßnahmen sind als Querschnittsaufgaben von einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure mit teils konfligierenden Prinzipien abhängig.

Ziel dieses Beitrags ist es, am Beispiel des Projekts ELAN aus dem Bundesprogramm rehapro, dessen Auftrag unter anderem die Förderung der Kooperation zwischen den Rechtskreisen SGB II und SGB VI war, aufzuzeigen, welche Implementierungshürden durch Fragmentierung entstehen können.

## **Methoden**

Der Beitrag analysiert den Verstetigungsprozess des Projekts aus organisationssoziologischer Perspektive. Grundlage der Untersuchung sind Dokumente, die im Verlauf des Verstetigungsprozesses erstellt wurden, sowie der Abschlussbericht der wissenschaftlichen

Begleitung (Zapfel et al., 2025). Diese werden mittels einschlägiger organisationssoziologischer Konzepte systematisch reflektiert und eingeordnet.

## **Ergebnisse**

Die Überführung erfolgreich bewerteter rechtskreisübergreifender Projekte in das Regelgeschäft stößt auf vielfältige strukturelle Herausforderungen.

Gemäß dem akteurszentrierten Institutionalismus sind Handlungen innerhalb von Institutionen sowohl durch strukturelle Rahmenbedingungen als auch durch individuelle Entscheidungen geprägt (Stöbe-Blossey et al., 2019). Für die Betrachtung von Hürden im Implementierungsprozess rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit bedeutet dies, dass zunächst die determinierenden Faktoren auf Makro-, Meso- und Mikroebene benannt werden müssen (vgl. Becker, Sackmann 2024). Auf Makroebene stehen im vorliegenden Fall unterschiedliche institutionelle Leitideen im Widerspruch: Während im SGB II das Wohlfahrtsprinzip dominiert, basiert das SGB VI auf dem Prinzip des erworbenen Anspruchs – beide beeinflussen die Bewilligungspraxis maßgeblich. Auf Mesebene wirkt die gesetzlich oktroyierte Isomorphie, die eine Gleichbehandlung der Leistungsempfänger innerhalb der Institutionen (Jobcenter/Rentenversicherungsträger) sicherstellen soll. Auf Mikroebene prägen organisationsspezifische Kulturen und Routinen die Entscheidungen der Sachbearbeitenden.

Die gesetzlich vorgeschriebene Zusammenarbeit (§ 25 SGB IX) sollte strukturell unterstützend wirken. Darüber hinaus könnte die Entscheidung des BMAS, Fördermittel direkt an Jobcenter und Rentenversicherungsträger, statt an wissenschaftliche Organisationen zu vergeben, sich positiv auf die Verstetigung ausgewirkt haben, da sie eine stärkere Einbindung der Mesebene fördert.

Im Fall von ELAN wurden auf Mesebene Kooperationsverträge geschlossen und die Zusammenarbeit der Fachkräfte auf Mikroebene durch die Benennung von Ansprechpersonen und die Einführung eines „Vorscreening-Tools“, das die Bewilligungsvoraussetzungen für Leistungen des SGB VI zusammenfasst, gefördert. Diese Kooperation wird fortgesetzt; das Votum hierzu oblag den Entscheidungsträgern der jeweiligen Organisationen. Weitere Kooperationspartner konnten nicht gewonnen werden. ELAN steht somit exemplarisch für die beschriebenen Herausforderungen: Eine Verstetigung erfolgt auf Mikro- oder bestenfalls Mesebene, jedoch nicht darüber hinaus.

## **Diskussion und Fazit**

Implementierungsprozesse können auf Mikro-, Meso- und Makroebene betrachtet werden. Eine gelungene Verstetigung erfordert eine Umsetzung auf allen Ebenen. Das Gelingen hängt allerdings von strukturellen Rahmenbedingungen, der Organisationskultur sowie der Entscheidungsmacht und den individuellen Kompetenzen der beteiligten Akteure ab. Die stärkere Anbindung von Projekten an die Praxis statt an die Wissenschaft kann die Verstetigung auf Mesebene fördern. Darüber hinaus ist eine intensivere Einbindung der Makroebene erforderlich, die überregionale und dauerhafte Vorgaben sowie Handlungsanweisungen etablieren kann.

## **Take-Home-Message**

Fragmentierung von Teilhabeleistungen erschwert die Verstetigung rechtskreisübergreifender Projekte, allerdings kann durch verbindliche Vereinbarungen auf Makro- und Mesoebene sowie persönliche Kontakte auf Mikroebene rechtskreisübergreifende Kooperation gelingen.

## **Literatur**

- Becker, S., Sackmann, R. (2024): Verwaltungsverflechtungen als Herausforderung der interorganisationalen Kooperation zur Reintegration von Arbeitslosen mit Gesundheitseinschränkungen. Zeitschrift für Sozialreform, 70. 303-330.
- Bogumil, J., Gräfe, P. (2024): Fragmentierung der Sozialpolitik – Schnittstellen und Brüche zwischen unterschiedlichen Sozialpolitikfeldern. Eine Literaturstudie. DIFIS Studie, 6.
- Stöbe-Blossey, S., Brussig, M., Ruth, M., Schulz, S. E. (2019): Der komplexe Sozialstaat: Eine Heuristik Rekonstruktion von Schnittstellen. Sozialer Fortschritt, 68. 749–768.
- Zapfel, S.; Roßnagel, T.; Zielinski, B.; Schrauth, B. (2025): Return to Learn – ELAN. Modellprojekt im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung: Aktualisierte Fassung mit den von der DRV 2025 übermittelten, endgültigen Teilnahmezahlen. Nürnberg: IfeS.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

### Arbeit-Familien-Konflikte und ihre Bedeutung für die Psychosomatische Rehabilitation

*Helen Bindels<sup>1</sup>; Hanah Miluczenko<sup>1</sup>; Matthias Bethge<sup>2</sup>; Michael Schuler<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Bochum; <sup>2</sup> Universität zu Lübeck

#### Hintergrund und Zielstellung

Die psychosomatische Rehabilitation (PR) in Deutschland adressiert ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen, darunter affektive und somatoforme Störungen sowie Burnout (Rudolph, Köllner, 2025). Arbeitsplatzbezogene Belastungen gehören zu den am häufigsten genannten und am besten untersuchten Gründen für die Inanspruchnahme einer PR (Bethge et al., 2025). Deutlich weniger beachtet wurde bislang, dass insbesondere Eltern mit psychischer Erkrankung zusätzlich die Anforderungen familiärer Sorgearbeit bewältigen müssen. An der Schnittstelle von Erwerbstätigkeit und Familie entstehende Konflikte („Work-Family-Conflicts“, WFC) stehen in Zusammenhang mit der Entwicklung von Depressionen, Angststörungen und weiteren psychischen Erkrankungen (Frone, 2000). In anderen Forschungsfeldern (z. B. Soziologie, Arbeitswissenschaften) sind WFC ausführlich beschrieben. In der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung ist jedoch kaum untersucht, wie Rehabilitand\*innen diese Konflikte erleben und in Beziehung zu ihrer Erkrankung setzen. Narrative Perspektiven können hierzu wertvolle Einblicke liefern, da sie verdeutlichen, wie Betroffene Belastungen aus Arbeit und Familie mit ihrem Krankheitsgeschehen und ihrem Rehabilitationsbedarf verknüpfen. Wir haben folgende Forschungsfragen untersucht:

1. Wie erleben Rehabilitand\*innen der PR Konflikte an der Schnittstelle zwischen Arbeit und Familie in ihrem Alltag?
2. Wie spiegeln sich diese Konflikte in den subjektiven Schilderungen der Patient\*innen über ihren Rehabilitationsbedarf wider?

#### Methoden

Im Rahmen des rehapro-Projektes Familienorientierte Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten (FER) wurden 32 leitfadengestützte Interviews mit Rehabilitand\*innen der PR geführt, um Erwartungen und Befürchtungen einer familienorientierten Maßnahme zu untersuchen (Miluczenko et al., 2025). Da das Thema der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie in allen Interviews eine zentrale Rolle spielte, führten wir eine vertiefende Sekundäranalyse zu den oben genannten Fragestellungen durch. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch mittels Werkzeugkastenmodell ausgewertet (Schreier, 2014). Zusätzlich wurden narrationsanalytische Fallzusammenfassungen erstellt, um sichtbar zu machen, wie die Befragten Arbeit, Familie und Erkrankung sprachlich und zeitlich zueinander in Beziehung setzen und welche subjektiven Kausalzuschreibungen sie vornehmen.



## **Ergebnisse**

Alle Rehabilitand\*innen berichteten von WFC, auch ohne konkret danach gefragt worden zu sein. WFC wurde nicht als episodische, äußere Belastung, sondern als chronisches intrapersonelles Spannungsfeld beschrieben. Die intrapersonellen Konflikte ließen sich zu 8 Kategorien zusammenfassen: Fremdbestimmtheit, Performance-Druck, Unkontrollierte Entgrenzung, Selbstaufopferung, Nicht sichtbares Alleinsein, (Drohender) Selbstbildverlust, Gewissenskonflikte sowie Existenzielle Sorgen. Auf Grundlage der Fallzusammenfassungen konnten 13 typische Szenarien identifiziert werden, in denen Rehabilitand\*innen die drei Elemente Arbeit, Familie und Erkrankung sprachlich und zeitlich miteinander verknüpfen, um ihren Rehabedarf zu erklären. Während einige beispielsweise die psychische Erkrankung als (Mit-)Ursache oder Verstärker dieser Konflikte betrachteten, sahen andere in den Konflikten selbst den Ursprung ihrer Erkrankung oder sogar den Kern ihres Rehabedarfs. Narrative und WFC konnten deskriptiv einander zugeordnet werden: External attribuierende Narrative (z. B. „Familie/Arbeit ist schuld an meiner Erkrankung.“) traten häufiger in Kombination mit den ersten vier identifizierten WFC-Kategorien (z. B. Fremdbestimmtheit) auf, während internale Attribuierungen („Die Erkrankung wirkt sich negativ auf meine Familie aus.“) eher mit den letzten vier Kategorien verknüpft sind (z. B. Nicht sichtbares Alleinsein).

## **Diskussion und Fazit**

In dieser Studie wird erstmals beschrieben, wie Rehabilitand\*innen einer PR Konflikte an der Schnittstelle zwischen Arbeit und Familie erleben. Die identifizierten chronischen intrapersonellen WFC weisen zwar Parallelen zu Symptombildern von Depression und Burnout auf, werden aber als klar abgrenzbare Erlebensweisen beschrieben. Sie sollten daher als eigenständige Belastungsmuster verstanden werden, die behandlungsrelevante Informationen liefern können. Die Häufigkeit und Stabilität der Erlebensweisen und Narrative sowie ihr Zusammenhang mit Krankheitsverlauf und Rehabilitationsbedarf sollten in künftigen Studien systematisch untersucht werden.

## **Take-Home-Message**

WFC bei psychisch erkrankten Eltern kann als chronischer intrapersoneller Konflikt verstanden werden, der nicht allein in Depression oder Burnout aufgeht und eine entscheidende Rolle im subjektiven Rehabilitationsbedarf spielt.

## **Literatur**

- Bethge, M., Bühne, D., Banaschak, H., Sternberg, A., Budde, A., Schnalke, G., Fauser, D. (2025): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 64(01), 40–53. <https://doi.org/10.1055/a-2290-7717>
- Frone, M. R. (2000): Work–family conflict and employee psychiatric disorders: The national comorbidity survey. *Journal of Applied Psychology*, 85(6), 888–895. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.6.888>
- Miluczenko, H., Bindels, H., Schuler, M., Gerlach, D., Thiller, A. (2025): „Familienorientierte Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten“ (FER) – Welche Erwartungen und Befürchtungen bestehen seitens der Rehabilitand\*innen? *Deutscher Kongress Für Rehabilitationsforschung; DRV-Schriften*; 131, 33–34.

- Rudolph, M., Köllner, V. (2025): Psychosomatische Rehabilitation: Indikationen, Zugangswege und therapeutische Konzepte. *Die Psychotherapie*, 70(5), 321–336. <https://doi.org/10.1007/s00278-025-00795-0>
- Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(1).

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Chancengleichheit sichern: Strukturen und Verfahren im Umgang mit Beschwerden von Rehabilitand\*innen zu rassistischer Diskriminierung**

*Tuğba Aksakal; Fabian Erdsiek; Kübra Annac; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska*

Universität Witten/Herdecke

### **Hintergrund und Zielstellung**

Rassistische Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung ist ein relevantes, bislang jedoch wenig systematisch untersuchtes Thema. In der medizinischen Rehabilitation kann sie das Vertrauen der Rehabilitand\*innen in die Einrichtung beeinträchtigen, den Genesungsprozess erschweren und langfristig zur Meidung von Versorgungsleistungen führen. Eine faire und chancengerechte Versorgung erfordert daher nicht nur die Anerkennung von Vielfalt, sondern auch funktionierende Mechanismen, um auf rassistische Diskriminierung angemessen zu reagieren. Bisher ist jedoch unklar, über welche Strukturen Rehabilitationseinrichtungen verfügen und welche Maßnahmen bei Beschwerden wegen rassistischer Diskriminierung umgesetzt werden.

Ziel der Untersuchung war es, bestehende Strukturen und Verfahren im Umgang mit Beschwerden von Rehabilitand\*innen zu rassistischer Diskriminierung in deutschen Rehabilitationseinrichtungen zu erfassen und zu beschreiben.

### **Methoden**

Von 1.322 eingeladenen Rehabilitationseinrichtungen nahmen 144 zwischen Oktober und November 2024 an der Online-Befragung teil. Die Teilnehmenden setzten sich aus Leitungspersonen verschiedener Bereiche zusammen: Qualitätsmanagement (24 %), Beschwerdemanagement (14 %) sowie Verwaltung und Einrichtungsleitung (54 %). Erfasst wurden u. a.: Häufigkeit und Art von Beschwerden zu rassistischer Diskriminierung, bestehende Beschwerde- und Beratungsstrukturen, Informations- und Rückmeldewege, Maßnahmen und Unterstützungsangebote sowie Einschätzungen zur Relevanz und institutionellen Sensibilisierung. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv.

## **Ergebnisse**

In 91 % der befragten Einrichtungen machen Beschwerden zu rassistischer Diskriminierung etwa 10 % des gesamten Beschwerdeaufkommens aus. Von den Befragten gaben 8 % an, dass ca. 25 % der Beschwerden darauf entfallen. Beschwerden zu rassistischer Diskriminierung durch Mitpatient\*innen treten häufiger auf als solche, die sich auf Mitarbeitende beziehen. Rund 70 % der Einrichtungen berichten, dass Rehabilitand\*innen mehrmals pro Jahr Diskriminierung durch Mitpatient\*innen an sie heranzutragen, während dies in etwa der Hälfte der Einrichtungen in Bezug auf Mitarbeitende vorkommt. Die Mehrheit der Einrichtungen verfügt über ein allgemeines Beschwerdemanagementteam (86 %), jedoch nur wenige über spezifische oder ergänzende Strukturen wie Ethikkommissionen (8 %), Ombudsstellen (5 %) oder spezialisierte Sozialdienste (7 %). Eigene Patientenförsprecher\*innen existieren in 33 % der Einrichtungen, während 6 % keine über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehenden Angebote bereitstellen.

Rehabilitand\*innen werden über Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten in der Regel mündlich (69 %) oder durch schriftliche Materialien (64 %) informiert, seltener durch Websites (36 %) oder Informationsveranstaltungen (18 %). Soziale Medien oder Newsletter spielen (zusammen 8 %) eine untergeordnete Rolle. Wenn Beschwerden eingehen, erfolgt die Rückmeldung über den Ausgang dieser überwiegend im persönlichen Gespräch (83 %), per E-Mail (46 %) oder telefonisch (43 %). 3 % der Einrichtungen informieren gar nicht über den Verlauf oder die Ergebnisse eines Beschwerdeverfahrens.

Geht eine Beschwerde zu rassistischer Diskriminierung ein, leiten 83 % der Einrichtungen unmittelbar eine Untersuchung der Vorwürfe ein. 68 % klären und kommunizieren das Verfahren transparent mit allen beteiligten Parteien. 47 % implementieren Sofortmaßnahmen zum Schutz der betroffenen Person (z. B. räumliche/organisatorische Trennung), 40 % stellen psychosoziale Unterstützung bereit und 29 % bieten die Möglichkeit zur internen Aufarbeitung im Team. Eine interne Untersuchungskommission wird in 17 % der Fälle einberufen. Keine der befragten Einrichtungen gab an, mit externen Antidiskriminierungs- oder Rechtsberatungsstellen zusammenzuarbeiten. 3 % der Einrichtungen gaben an, bei Beschwerden keinerlei Maßnahmen zu ergreifen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich über etablierte Beschwerdestrukturen verfügen, diese aber selten auf den spezifischen Umgang mit rassistischen Diskriminierungserfahrungen von Rehabilitand\*innen ausgerichtet sind. Eine deutliche Diskrepanz zwischen formaler Zuständigkeit und inhaltlicher Spezialisierung wird sichtbar. Während Beschwerdeverfahren zumeist organisatorisch verankert sind, fehlen häufig verbindliche Abläufe, die auf die besonderen Belastungen eingehen, die mit rassistischen Erfahrungen einhergehen. Auch die fehlende Einbindung externer Fachstellen und die begrenzte psychosoziale Unterstützung verdeutlichen Handlungsbedarf.

Zugleich lässt sich erkennen, dass viele Einrichtungen bemüht sind, Diskriminierung als Thema in Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung zu integrieren. Die hohe Bereitschaft, Beschwerden zeitnah zu prüfen und Verfahren transparent zu gestalten, bietet eine wichtige Grundlage für eine diskriminierungssensible Weiterentwicklung. Um faire und chancengerechte Strukturen zu fördern, sind jedoch weitere Schritte notwendig: die

Festlegung klarer Zuständigkeiten, standardisierte Abläufe zur Bearbeitung rassistischer Beschwerden, verbindliche Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen sowie Kooperationen mit externen Beratungs- und Unterstützungsstellen.

### **Take-Home-Message**

- Chancengleichheit in der Rehabilitation erfordert mehr als die Anerkennung von Vielfalt – sie braucht verbindliche Strukturen.
- Diskriminierungssensible Organisationskulturen sind ein wesentlicher Bestandteil von Qualität und Fairness in der Versorgung.
- Vertrauen, Sicherheit und Teilhabe der Rehabilitand\*innen können nur durch strukturelle Verankerung von Antidiskriminierung gewährleistet werden.

### **Literatur**

Merz, S., Aksakal, T., Hibtay, A., Yücesoy, H., Fieselmann, J., Annac, K., Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Tezcan-Güntekin, H. (2024): Racism against healthcare users in inpatient care: a scoping review. *Int J Equity Health* 2024; 23: 89.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

## **Chancengleichheit und gerechter Zugang zur medizinischen Rehabilitation?**

*Maria Mader; Lia Seibel; Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Anna Brinkmann; Oliver Razum*  
Universität Bielefeld

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation ist in Deutschland über das Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt und daher weitgehend einheitlich. Nach der Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs erfolgt die Antragstellung, i.d.R. über eine vertragsärztliche Praxis. Danach prüfen die zuständigen Kostenträger in der Bedarfsermittlung den eingereichten Antrag, stellen auf deren Grundlage den Rehabilitationsbedarf fest und versenden einen Leistungsbescheid (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2022). Jedoch gibt es Rahmenbedingungen, die den Zugang und Prozess beeinflussen können, z. B. Diversitätsmerkmale wie Lebenslagen und vorbestehende Behinderungen (Gardenswartz, Rowe, 1998). Eine fehlende Berücksichtigung dieser Bedingungen kann den Zugang zur medizinischen Rehabilitation und eine gerechte Versorgung hemmen (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., 2022). Ziel dieses Beitrags ist es, am Beispiel von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen (MmvB) zu untersuchen, inwieweit Unterschiede in Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation im Vergleich zu Menschen ohne vorbestehende Behinderungen (MovB) bestehen.

## **Methoden**

Für den Vergleich des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit und ohne vorbestehende Behinderungen (MmvB vs. MovB) wurde eine Synthese der Ergebnisse (Patton, 2014) zweier qualitativer Studien durchgeführt. Die Studie „MeReMBe“ untersuchte MmvB, während die Studie „FöBeR“ MovB fokussierte. Beide Studien befragten Prozessbeteiligte zu ihren Erfahrungen, Herausforderungen und Gelingensbedingungen. In beiden Studien erfolgte ein Maximum Variation Sampling. Insgesamt wurden dabei 19 Expert\*inneninterviews und 8 Fokusgruppen mit Prozessbeteiligten durchgeführt. Alle Gespräche wurden transkribiert, pseudonymisiert und mit der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz, 2018).

## **Ergebnisse**

Für die untersuchten Gruppen werden im Grundsatz ähnliche Herausforderungen berichtet: Einerseits wird die Bedarfserkennung durch Mediziner\*innen als kritisch angesehen, da diese medizinische Rehabilitation häufig nur empfehlen, wenn sie einen Nutzen erkennen, eine positive Haltung gegenüber der medizinischen Rehabilitation haben und über das notwendige Wissen verfügen. Besonders für MmvB ist die Zieldefinition und Rehabilitationsprognose eine große Herausforderung, wenn bereits eine Teilhabebeschränkung vorliegt, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten. Andererseits wirkt der Antragsprozess aufgrund des bürokratischen Aufwands sowie fachspezifischer Begrifflichkeiten für beide Gruppen als komplex und schwer verständlich. Diesbezüglich scheinen MmvB jedoch größeren Herausforderungen zu begegnen, da die standardisierten Antragsformulare ihre oftmals komplexen Versorgungsbedarfe oder Mehrfachdiagnose nicht ausreichend abbilden. Anträge seien dadurch z. T. unvollständig, ungenau oder fehlerhaft. Zudem sind Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglicherweise aufgrund mangelnder Lese- oder Schreibkompetenz benachteiligt. Die Unterstützung der An- und Zugehörigen sowie hausärztliche Praxen erweist sich für alle als zentral, da diese oftmals den Anstoß und die notwendige Hilfe zur Umsetzung geben. Jedoch bedürfen MmvB, v.a. bei komplexen oder kognitiven Beeinträchtigungen sowie einem erhöhtem Pflegebedarf, mehr Unterstützung. Kostenträgern fehlen oft Informationen zu Angeboten für besondere Bedarfe, etwa bei Mehrfachdiagnosen, Pflegebedarf, seltenen Erkrankungen oder dem Bedarf einer Begleitperson. Besonders häufig betrifft das MmvB, denen oft mit Unsicherheit oder Vorbehalten begegnet wird.

## **Diskussion und Fazit**

MmvB und MovB begegnen ähnlichen Herausforderungen im Zugang zur MR, wobei vorbestehende Behinderungen und damit zusammenhängende Bedarfe zusätzliche Barrieren verursachen können. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind relevant, da ein gerechter Zugang zur medizinischen Rehabilitation essenziell für die Teilhabe an der Gesundheitsversorgung ist. Ein gesetzlich geregelter Zugang bildet zwar die Grundlage für Chancengleichheit, führt aber nicht zwangsläufig zu einer gerechten Versorgung, da nicht alle die nötigen Voraussetzungen erfüllen, um Angebote effektiv zu nutzen. Die für MmvB formulierten Herausforderungen gelten zudem nicht ausschließlich für diese Gruppe, sondern verweisen auf mögliche Barrieren für Patient\*innen mit anderen Diversitätsmerkmalen. Zukünftige Studien sollten untersuchen, welche Gelingensbedingungen in verschiedenen

Gruppen bestehen und wie diese zur Verbesserung der Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation weiterentwickelt werden können.

### **Take-Home-Message**

Ein gleichberechtigter Zugang zur medizinischen Rehabilitation trägt wesentlich zu einer verbesserten Versorgung bei, von der letztlich die (erwerbsfähige) Gesamtbevölkerung profitiert – weit über die spezifischen Belange von Menschen mit vorbestehender Behinderung hinaus.

### **Literatur**

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.) (2022): Rehabilitation und Teilhabe: Ein Wegweiser. Frankfurt am Main.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (Hrsg.) (2022): Agenda für einen Aktionsplan "Inklusives Gesundheitswesen" der Bundesregierung - ein Beitrag aus der DVfR: Positionen aus der DVfR. Heidelberg.
- Gardenswartz, L., Rowe, A. (1998): Managing Diversity – A complete desk reference and planning guide. Rev. ed. New York: McGraw-Hill.
- Kuckartz U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Patton, M. Q. (2014): Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice. Sage publications.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V. und Universität Bielefeld

## **Exklusionsrisiken und -faktoren bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit**

*Betje Schwarz*

iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH  
an der Deutschen Sporthochschule Köln

### **Hintergrund und Zielstellung**

40 % der deutschen Bevölkerung ab 16 Jahren gibt an, von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein (Stiftung Gesundheitswissen, 2021). Chronische Erkrankungen können die Teilhabe in verschiedenen Bereichen (wie Erwerbsarbeit, Finanzen, Wohnen, soziale Kontakte, Freizeitaktivitäten) beeinträchtigen und Desintegration, Armut und Vereinsamung nach sich ziehen. Ziel des Beitrags ist es, Exklusionsrisiken von Menschen nachzuzeichnen, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen gefährdet oder bereits gemindert ist und Faktoren zu identifizieren, die auf diese Risiken wirken.

## Methoden

Grundlage bilden (video-)telefonisch durchgeführte problemzentrierte Interviews mit 49 bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund bzw. Nord versicherten Menschen, die gemäß des Risiko-Index Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) ein hohes Risiko für einen vorzeitigen, erkrankungsbedingten Austritt aus dem Erwerbsleben aufweisen (Bethge et al., 2021). Die Rekrutierung und das Sampling erfolgte mit Hilfe eines Anschreibens und Kurzfragebogens, welche über die beiden beteiligten Rentenversicherungsträger an insgesamt 4.000 Versicherte versendet wurden. Die Analyse folgte einem Mix aus sequenziell-narrationsanalytischem und kategoriebildendem Vorgehen (Witzel, 2000), das um einen systematisch-kontrastiven Fallvergleich (Kluge, 2000) ergänzt wurde. In den Einzelfallanalysen stand die Rekonstruktion individueller biographischer Verläufe samt Einfluss-, Bedingungs- und Gestaltungsfaktoren im Mittelpunkt; mittels des Fallvergleichs wurden die Einzelfälle sodann gezielt auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den identifizierten Verläufen und Bedingungsgefügen hin analysiert, um zu fallübergreifenden und theoretisch generalisierbaren Erkenntnissen zu gelangen.

## Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass aufgrund chronischer Erkrankungen in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkte Menschen das Risiko tragen, in eine Exklusionsspirale zu geraten, die von verschiedenen personen- und erkrankungs- sowie kontextbezogenen Faktoren beschleunigt oder abgebremsst werden kann (Abb. 1; Schwarz, Nebe, under review).

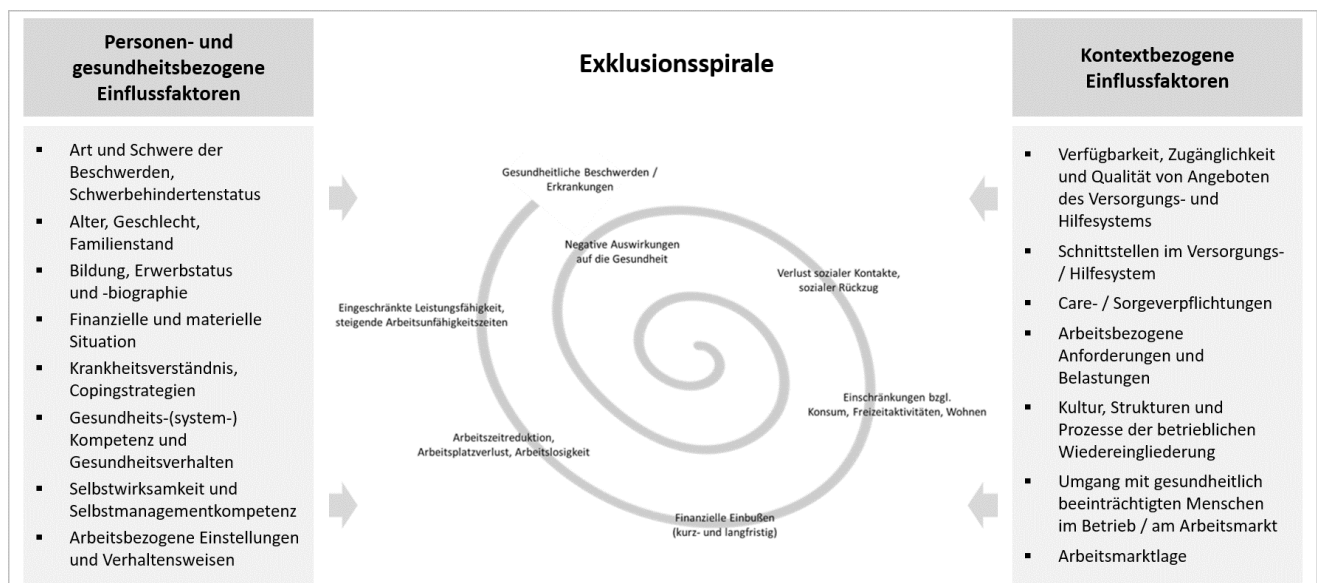


Abbildung 1

Arbeitsunfähigkeitszeiten (die sich aufgrund von Wartezeiten auf und Zugangsbarrieren in medizinisch-therapeutische Versorgung weiter verlängern können), Arbeitszeitreduktionen (die aufgrund eingeschränkter Leistungsfähigkeit, aber auch mit Blick auf das häufig sehr aufwändige Krankheits-/Versorgungsmanagement erforderlich werden) sowie etwaiger Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit (die mitunter mit Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz/-markt einhergehen) führen zu finanziellen Einbußen, wodurch sich weitere Teilhabebeeinträchtigungen in den Bereichen Freizeit, Wohnen und Konsum ergeben können. Auch die soziale Teilhabe kann in der Folge leiden, weil Kontakte

zu Arbeitskolleg:innen und Freund:innen wegbrechen oder Betroffene sich (aus Scham) zurückziehen. All dies wiederum kann die Gesundheit weiter beeinträchtigen und die Exklusionsspirale immer schneller vorantreiben.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass aufgrund chronischer Erkrankungen in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkte Menschen das Risiko tragen, in eine Exklusionsspirale zu geraten – und das obwohl eine Vielzahl gesetzlicher (sozial-, arbeits-, behinderungsrechtlicher) Regelungen darauf abzielen, dies zu verhindern. Wie hoch das individuelle Risiko tatsächlich ist, und ob die beschriebene Exklusionsspirale bereits in Gang gesetzt wurde bzw. wie weit sie bereits vorangeschritten ist, hängt von verschiedenen Faktoren und ihrem Zusammenwirken ab. Neben der Art und Schwere der Erkrankungen und Beeinträchtigungen zeigen sich hierfür v. a. personen- und kontextbezogene Faktoren als besonders wirkmächtig. Um Exklusionsrisiken zu minimieren, sind Zugangsbarrieren ins Versorgungs- und Hilfesystem weiter ab- und niedrigschwellige Beratungs-, Begleit- und Fallmanagementangebote weiter auszubauen, Wartezeiten müssen reduziert und eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden, bestehende finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten sind bekannter zu machen, Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren sowie zwischen medizinisch-therapeutischem und betrieblichem System noch gezielter und effektiver zu überbrücken und Arbeitgeber stärker in die Pflicht zu nehmen sowie in ihren Bemühungen zu unterstützen, Menschen mit bedingter Gesundheit im Unternehmen zu halten.

## **Take-Home-Message**

Um erkrankungsbedingten gesellschaftlichen Ausschlüssen entgegenzuwirken, bedarf es umfassender Maßnahmen, die insbesondere an versorgungs- und arbeitsweltlichen Exklusionsfaktoren ansetzen und dabei „klassische“ Ungleichheitskategorien nicht aus den Augen verlieren.

## **Literatur**

- Bethge, M., Spanier, K., Streibelt, M. (2021): Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability: A Cohort Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31. 376-382.
- Kluge, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 1(1), Art. 14. URL: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2498>, Abruf: 27.08.2025.
- Schwarz, B., Nebe, K. (under review): Exklusionsrisiken bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit: „Das ist nicht vorgesehen im System, dass man so viel krank ist.“ *Die Rehabilitation*, under review.
- Stiftung Gesundheitswissen (Hrsg) (2021): *Gesundheitsorientierung und Informationsverhalten chronisch Kranker. Sekundäranalyse in Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie Allensbach*. Berlin: Stiftung Gesundheitswissen.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 1(1), Art. 22. URL: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520>, Abruf: 27.08.2025.



Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Rehalisierung: Positive Erfahrungen von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen in der medizinischen Rehabilitation**

*Anna Brinkmann; Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Lia Seibel; Oliver Razum*

Universität Bielefeld

### **Hintergrund und Zielstellung**

Menschen mit Behinderungen sind in besonderem Maße von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verfügen sie über einen eingeschränkteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, weisen insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand auf und haben ein erhöhtes Risiko für Multimorbidität sowie chronische, schwere oder psychische Erkrankungen (BMAS, 2021; WHO, 2022). Diese Faktoren lassen auf einen erhöhten Bedarf von Menschen mit Behinderungen an medizinischer Rehabilitation schließen. Es mangelt jedoch an empirischen Daten über Zugang, Inanspruchnahme und Outcomes von Rehabilitation für diese Zielgruppe. Gleichzeitig wird der Fokus in Forschung und Praxis häufig eher auf bestehende Barrieren und Defizite gelegt; weniger Aufmerksamkeit erhalten positive Erfahrungen mit der medizinischen Rehabilitation. Die Betrachtung dieser positiven Erfahrungen kann jedoch wertvolle Hinweise auf Förderfaktoren und Gelingensbedingungen einer erfolgreichen Rehabilitation liefern. Ziel dieses Beitrags ist es daher, ebendiese positiven Erfahrungen darzustellen.

### **Methoden**

Im Rahmen eines explorativen, qualitativen Forschungsprojekts wurden 13 Interviews mit Menschen mit vorbestehenden Behinderungen geführt, die aufgrund einer Sekundärerkrankung, Komorbidität oder eines akuten Ereignisses eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nahmen. Die Interviews folgten einem semistrukturierten Leitfaden mit narrativen Anteilen. Sämtliche Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) ausgewertet.

### **Ergebnisse**

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass Rehabilitationsmaßnahmen Anstöße zu positiven Veränderungen im Leben der Teilnehmenden geben können. Fünf zentrale Themenbereiche konnten dabei identifiziert werden:

#### **1. Therapeutische Effekte und fachliche Kompetenz**

Die intensivste therapeutische Begleitung im Rahmen der Rehabilitation sowie die regelmäßige Wiederholung der therapeutischen Maßnahmen werden von Menschen, die dauerhaft mit Beeinträchtigungen leben, wiederkehrend als bedeutsam für den Erhalt von Funktionsfähigkeit und Teilhabe beschrieben. Erfolge werden auf ein interdisziplinäres, individuell angepasstes Therapieangebot und die teilweise hohe fachliche Spezialisierung der

jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen zurückgeführt. Empathie, Offenheit und fachliche Kompetenz des Personals gelten als zentrale Erfolgsfaktoren.

## 2. Psychosoziale Stärkung und Gemeinschaft

Der Austausch mit anderen Betroffenen kann das Erleben von Zugehörigkeit, Akzeptanz und Motivation unterstützen. Gemeinschaftserlebnisse und psychologische Begleitung werden als hilfreich für die mentale Stabilisierung sowie Krankheitsverarbeitung empfunden und können über die Maßnahme hinaus wirken.

## 3. Förderung von Resilienz und Selbstmanagement

Die Rehabilitation wird als Lern- und Entwicklungsraum erlebt, der Resilienz, Selbstwirksamkeit und Körperbewusstsein stärken kann. Die Teilnehmenden entwickeln Bewältigungskompetenzen sowie Eigenständigkeit und erwerben damit wichtige Ressourcen für den Alltag.

## 4. Anbahnung und Ausbau unterstützender Ressourcen

Im Rahmen der Rehabilitation können Impulse für den Ausbau unterstützender Ressourcen sowie neue Therapiekonzepte angestoßen werden. Teilnehmende beschreiben es als wertvollen Bestandteil einer erfolgreichen Rehabilitation, wenn sie neue Hilfsmittel kennenlernen und in ihren Alltag integrieren können. Um den Rehabilitationserfolg über die Maßnahme hinaus zu sichern, werden eine umfassende sozialrechtliche Beratung und eine langfristig angelegte Nachbetreuung als wesentliche Erfolgsfaktoren benannt.

## 5. Übergeordnete positive Lebensveränderung

Die Rehabilitationsmaßnahme kann als entscheidender Wendepunkt in einer belastenden Krankheitsphase erlebt werden. Sie kann Hoffnung, Stabilität und neue Lebensfreude vermitteln sowie das allgemeine körperliche Wohlbefinden nachhaltig steigern.

## **Diskussion und Fazit**

Positiv erlebte Rehabilitationserfahrungen von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen besitzen ein erhebliches Potenzial, insbesondere körperliche Funktionen und psychosoziales Wohlbefinden zu fördern. Positive Erfahrungen entstehen insbesondere dort, wo Einrichtungen partizipative, spezialisierte und ressourcenorientierte Rahmenbedingungen schaffen. Jedoch deuten die geführten Interviews darauf hin, dass diese Gelingensbedingungen bislang nicht flächendeckend realisiert werden. Häufig hängen positive Erfahrungen stärker von einzelnen engagierten Fachkräften oder spezialisierten Einrichtungen ab als von systematisch verankerten Strukturen. Gründe hierfür liegen in ressourcenbedingten Engpässen, starren Kostenträgersystemen sowie unzureichender Sensibilisierung für die heterogenen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, medizinische Rehabilitation bedarfsangepasster und teilhabeorientierter zu gestalten. Ein Perspektivwechsel hin zu einer Praxis, die Selbstwirksamkeit und Kompetenzentwicklung fördert, kann nicht nur Barrieren abbauen, sondern auch Motivation und Nachhaltigkeit der Rehabilitationserfolge erhöhen. Weitere Forschung sollte untersuchen, wie die identifizierten Gelingensbedingungen institutionell gestärkt und in bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden können.

## **Take-Home-Message**

Für Menschen mit vorbestehenden Behinderungen kann medizinische Rehabilitation als Rehalisierung ihrer Teilhabeziele erfahren werden, insbesondere wenn diese partizipative und spezialisierte Therapieangebote, psychosoziale Stärkung, die Förderung personaler Kompetenzen sowie den Ausbau unterstützender Ressourcen umfasst.

## **Literatur**

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.

Kuckartz U, Rädiker S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa

World Health Organization (2022): Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva, Switzerland

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

### **Entwicklung und Evaluation eines Manuals zur Identifikation und Beratung von Patienten in der medizinischen Rehabilitation mit LTA-Bedarf**

*Jens Knispel; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling*

RWTH Aachen

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Die medizinische Rehabilitation stellt häufig den Ausgangspunkt für weiterführende berufliche Rehabilitationsmaßnahmen dar. Patient:innen mit potenziellem Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sehen sich oft erheblichen organisatorischen Hürden, langen Wartezeiten und Informationsdefiziten gegenüber. Der bisherige Prozess der eigenverantwortlichen Antragstellung führte häufig zu verzögerten bzw. erschwerten Übergängen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation (Arling et al., 2020; Jankowiak et al., 2013). Diese Lücken beeinträchtigen nicht nur den Erfolg anschließender LTA-Maßnahmen, sondern können auch das Risiko erhöhen, dass Patient:innen ohne möglicherweise notwendige Anschlussmaßnahmen verbleiben.

Vor diesem Hintergrund bestand das primäre Ziel des Projekts „Entwicklung und Evaluation eines Manuals zur Identifikation und Beratung von Patient:innen in der medizinischen Rehabilitation mit LTA-Bedarf“ in der Entwicklung eines praxisorientierten LTA-Manuals als standardisiertem Instrument zur Verbesserung des Identifikations- und Beratungsprozesses im klinischen Alltag (Laufzeit: 01.01.2020 – 30.06.2025). Das Projekt wurde in enger Kooperation zwischen der RWTH Aachen, der DRV Bund und fünf kooperierenden medizinischen Reha-Einrichtungen umgesetzt.

Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die Entwicklung des LTA-Manuals sowie auf dessen Evaluation aus Sicht der Anwender:innen in den Kliniken.

#### **Methoden**

Um systematisch Bedarfe und Herausforderungen im LTA-Prozess zu ermitteln, bezog die RWTH Aachen zwei Versichertengruppen ein: In der Kontrollgruppe KG-MR wurde das klinikinterne Standardvorgehen zum LTA-Prozess sowie ein möglicher Übergang der Versicherten in LTA-Maßnahmen sechs bzw. zwölf Monate nach der medizinischen Rehabilitation erfasst. Ergänzend wurden in der Kontrollgruppe KG-BR mithilfe retrospektiver, thematisch fokussierter Interviews Informationen zu Laufzeiten bis zur LTA-Bewilligung sowie Herausforderungen bei Versicherten untersucht, die bereits den Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation durchlaufen hatten.

Zur Ableitung geeigneter LTA-Kriterien und eines anwendbaren Beratungsansatzes führten die RWTH Aachen und die Kliniken zwei Workshops durch. Parallel dazu erhielt das Klinikpersonal von der DRV Bund eine Schulung zu Zielgruppen, Zugangswegen und Antragsanforderungen im Bereich LTA, um einen einheitlichen Wissensstand herzustellen.

Alle Erkenntnisse flossen in ein LTA-Manual ein, das nach eingehendem Feedback durch die DRV Bund überarbeitet und den medizinischen Rehabilitationskliniken zur abschließenden Bewertung vorgelegt wurde (vgl. Abbildung 1).

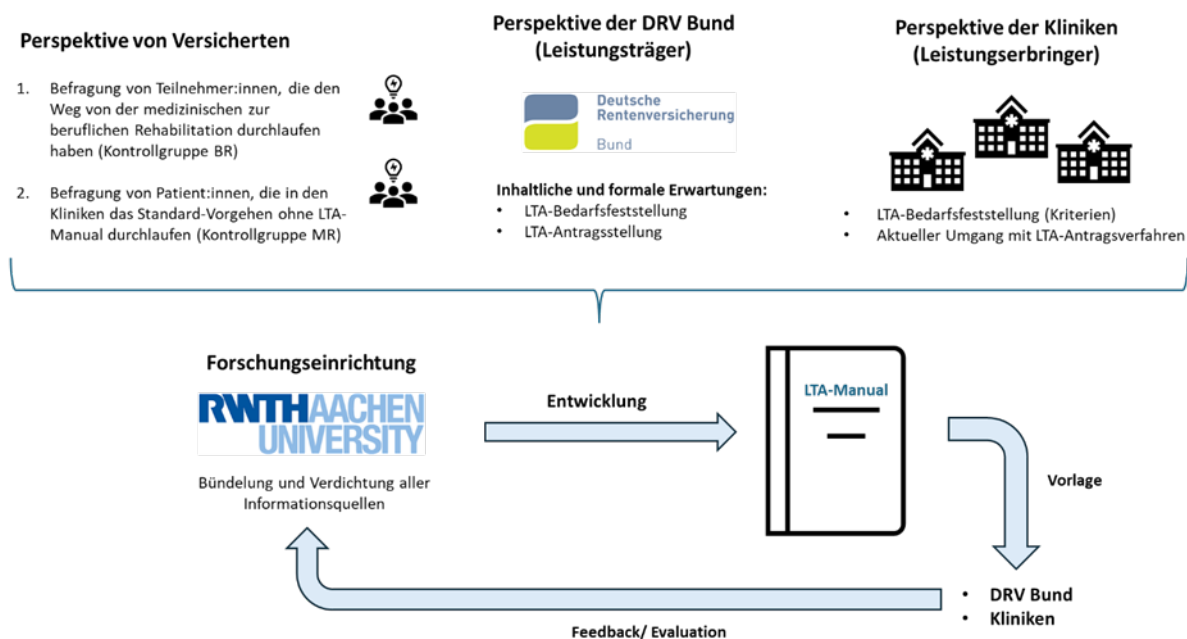


Abbildung 1: Vorgehen bei der Entwicklung des LTA-Manuals

## Ergebnisse

Das vorliegende LTA-Manual als Endprodukt der Konzeptionsphase gliedert sich in sieben Kapitel: Kapitel 1 beleuchtet Relevanz, Bedarfe und Verzögerungen bei LTA-Anträgen; Kapitel 2 definiert Ziele für einen effektiven Antragsprozess in medizinischen Reha-Kliniken; Kapitel 3 beschreibt die evidenzbasierte Entwicklungsgrundlage; Kapitel 4 erklärt die rechtlichen Rahmenbedingungen nach SGB IX; Kapitel 5 adressiert den multiprofessionellen Ansatz zur Bedarfsidentifikation; Kapitel 6 widmet sich der Patientenberatung zum Antrag; Kapitel 7 liefert praxisnahe Tipps für erfolgreiche Antragstellung und Qualitätssicherung.

Zur Überprüfung der Handhabbarkeit wurde das Klinikpersonal gebeten, das Manual aus der Konzeptionsphase zu bewerten (Evaluationszeitraum: 21.04.2023 bis 08.05.2023). Insgesamt bewerteten zehn Klinikmitarbeitende das Manual – davon neun Personen aus dem Sozialdienst und eine Person aus dem ärztlichen Personal. Das Manual wurde von den Anwender:innen insgesamt sehr positiv bewertet: Besonders hervorgehoben wurden Verständlichkeit, logischer Aufbau, sprachliche Klarheit sowie praxisnahe Fallbeispiele (vgl. Tabelle 1).

## Diskussion und Fazit

Die Evaluation des Manuals legt nahe, dass die Beratung hinsichtlich einer anschließenden Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als fester Bestandteil aus der medizinischen Rehabilitation heraus in den Kliniken implementiert werden kann. Die zeitnahe Anbindung an die berufliche Rehabilitation kann möglicherweise einen positiven Beitrag zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe von Versicherten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leisten. Das Manual kann bei Interesse von der DRV Bund angefragt werden.

Tabelle 1: Evaluation des LTA-Manuals durch die Anwender:innen

| Skala von 1 = <i>trifft überhaupt nicht zu</i> bis 7 = <i>trifft voll und ganz zu</i>                                               | <i>AM</i> | <i>SD</i> | <i>Spanne</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|
| Das LTA-Manual hat eine verständliche Struktur.                                                                                     | 6.10      | 0.57      | 5 – 7         |
| Der Aufbau des LTA-Manuals ist logisch.                                                                                             | 6.20      | 0.63      | 5 – 7         |
| Das LTA-Manual ist sprachlich leicht verständlich.                                                                                  | 6.00      | 1.05      | 4 – 7         |
| Die Zielsetzung des LTA-Manuals ist klar.                                                                                           | 5.90      | 1.10      | 4 – 7         |
| Die Fallbeispiele waren realistisch.                                                                                                | 6.00      | 0.82      | 4 – 7         |
| Die Fallbeispiele haben zum Verständnis der Darstellung beigetragen.                                                                | 6.30      | 0.68      | 5 – 7         |
| Das LTA-Manual macht klar, worauf es bei der LTA-Antragstellung aus der medizinischen Rehabilitation ankommt.                       | 6.30      | 0.48      | 6 – 7         |
| Das LTA-Manual verdeutlicht, auf Basis welcher Kriterien der LTA-Bedarf festgestellt werden kann.                                   | 5.80      | 0.63      | 5 – 7         |
| Das LTA-Manual vermittelt eine klare Haltung bzgl. der LTA-Antragstellung aus Sicht der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. | 6.00      | 0.67      | 5 – 7         |
| Das LTA-Manual macht deutlich, was ein vollständiger LTA-Antrag beinhalten muss.                                                    | 6.20      | 0.63      | 5 – 7         |
| Das LTA-Manual hilft dabei, die Dokumentation im Entlassbericht für den LTA-Antrag zu strukturieren.                                | 6.00      | 0.82      | 4 – 7         |

### Take-Home-Message

Das Manual ermöglicht eine strukturierte Beratung sowie frühzeitige Antragstellung aus der medizinischen Rehabilitation heraus und unterstützt damit gezielt Übergänge zwischen Maßnahmen und trägt möglicherweise dazu bei, die Teilhabechancen gesundheitlich beeinträchtigter Menschen zu verbessern.

### Literatur

- Arling, V., Grotenburg, A., Küppers, P., Knispel, J. (2020): Wege in die berufliche Rehabilitation – retrospektive Interviews mit Teilnehmern beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. DRV-Schriften, Bd. 120. 146-148.
- Jankowiak, S., Kaluscha, R., Holstiege, J., Holstiege, G. (2013): Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des Übergangs zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? DRV-Schriften, Bd. 101. 180-182.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Evaluation von Fallmanagement in der Rehafachberatung bei neun Rentenversicherungsträgern – Ergebnisse aus Versichertenbefragungen und Falldokumentationen**

*Julia Klinger; Sebastian Ehlen*

FOGS GmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit sind Grundlage des gesellschaftlichen Wohlstands. Aufgrund hoher Prävalenz chronischer Erkrankungen und demografischem Wandel wird Rehabilitation daher als eine zentrale Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts betrachtet (Stucki, 2021). Ziel des rehapro-Modellprojekts „Koordination individueller Teilhabe“(KiT) war die Implementation und Erprobung eines Case Management- bzw. Fallmanagement-Ansatzes (FM) in der Rehafachberatung von neun Rentenversicherungsträgern (DRV). Dafür wurden die beteiligten Beratungsfachkräfte in einer Fallmanagement-Weiterbildung geschult (Ehlen, Klinger 2025). Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf und ihr beruflicher Rehabilitationsprozess standen im Fokus von KiT. Dieser Beitrag stellt mit Blick auf das Fallmanagement als Innovation in der beruflichen Reha Wirkhinweise vor.

## **Methoden**

Das Projekt wurde mit einem Mixed-Methods Studiendesign wissenschaftlich begleitet und bewertet. Auf Versichertenebene wurden teilstandardisierte Fragebogenerhebungen im Paneldesign zu drei Zeitpunkten durchgeführt: zu Beginn (t1), zum Ende (t2) und ca. 6 Monate nach Ende (t3) des FM. Zu t1 wurden insbesondere soziodemografische/-ökonomische Merkmale, die gesundheitliche Situation und Einstellungen zum FM erfasst. Die Wiederholungsbefragung zu t2 enthielt zusätzlich Fragen zur erfolgten Teilnahme am CM. Im Rahmen des Beitrags werden insbesondere die Veränderungen im Erwerbsstatus, bei Teilhabeeinschränkungen und bei gesundheitlichen Outcomes fokussiert, bspw. die Teilhabeeinschränkungen in mehreren Lebensbereichen (gemessen mittels IMET, Deck et al., 2015) und die mentale Gesundheit (gemessen mittels MHI-5, Rumpf et al., 2001). Zudem werden Analysen zu Daten aus den von den Rehafachberatenden eingesetzten standardisierten Fallmanagement-Instrumenten vorgestellt (Bedarfsermittlung und Abschlussdokumentation).

Insgesamt begannen 2.252 Versicherte das FM und von 820 Versicherten liegen Bedarfsermittlungen vor, also von 36 % aller Teilnehmenden. Von 630 Versicherten können Abschlussdokumentationen analysiert werden, also von 28 % aller Teilnehmenden. Die Anzahl an Fragebogen ist geringer: t1=586, t2=329. Für die Panelanalyse (t1 und t2) können Daten von 271 Versicherten verwendet werden.

## **Ergebnisse**

Die Rehabilitand\*innen haben insbesondere psychische/psychosomatische (74 %), orthopädische (64 %) und kardiologische (35 %) Erkrankungen. Bei der Mehrheit (84 %) besteht Multimorbidität. 31 % haben einen Grad der Behinderung von mindestens 30. Zu Beginn des FM schätzen 56 % ihre Gesundheit als mittelmäßig und 34 % als (sehr) schlecht ein. 29 % beurteilen sich als beruflich überhaupt nicht leistungsfähig. Entsprechend sind die

Einschränkungen der Teilhabe groß (IMET-Mittelwert=42,1) und die mentale Gesundheit eher gering (MHI-5-Mittelwert=44,5). Zudem sind 51 % arbeitslos, davon 24 % über ein Jahr lang. Rund 80 % sind für die Teilnahme an zukünftigen Rehamaßnahmen motiviert.

Zum Abschluss des FM sind 57 % der Teilnehmenden sehr und 31 % eher zufrieden mit der Begleitung durch die Rehaberatung. Sie bewerten die Beziehungs-, Service und fachliche Ebene mehrheitlich als positiv, z. B. die Beratung auf Augenhöhe. Beim Abschluss zeigt sich, dass 22 % eine Erwerbstätigkeit aufnehmen und weitere 12 % eine bestehende Erwerbstätigkeit erhalten konnten. 34 % befinden sich zum Abschluss in sonstiger Beschäftigung, zumeist in Rehamaßnahmen. Bei rund der Hälfte der Befragten sind Verbesserungen bei den Teilhabeeinschränkungen und der mentalen Gesundheit zu verzeichnen, bei rund einem Drittel zeigen sich dabei keine oder kaum Veränderungen. Bei der Bewertung des Gesundheitszustands gibt ein Drittel eine positivere Antwort als zu Beginn des FM – bei 17 % wechselt die Bewertung von mittelmäßig auf (sehr) gut und bei 15 % von (sehr) schlecht auf mittelmäßig oder gut – unverändert geben beim Abschluss 30 % einen mittelmäßigen und 16 % einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand an. Mittels Subgruppenanalysen können nur eingeschränkt Hinweise ermittelt werden, welche Personen hinsichtlich der genannten Zielvariablen stärker vom Fallmanagement zu profitieren scheinen.

## **Diskussion und Fazit**

Mit dem FM in der Rehafachberatung wurden Personen mit komplexen Unterstützungsbedarf erreicht bei denen gewöhnliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel nicht ausreichen. Die Teilnehmenden bewerten die erhaltene Leistung insgesamt und einzelne Aspekte überwiegend positiv. Darüber hinaus lassen sich zum Teil empirische Hinweise für die Wirksamkeit der Innovation feststellen. Durch die Einführung von FM in die Rehafachberatung kann die DRV ihre Arbeits- und Beratungsroutinen im Sinne der Personenzentrierung und den Grundsätzen von ICF, UN-BRK und BTHG weiterentwickeln.

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse des Modellprojekts KiT liefern Wirkhinweise für das Fallmanagement in der Rehafachberatung der DRV für Versicherte mit einem komplexen Unterstützungsbedarf.

## **Literatur**

- Deck R, Walther AL, Staupendahl A, Katalinic A (2015): Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung – Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. *Die Rehabilitation*, 54(06): 402-408.
- Ehlen S, Klinger J (2025): Wie bewerten Rehafachberater:innen und Führungskräfte der Deutschen Rentenversicherung die Implementierung von Fallmanagement? *DRV-Schriften* 131, 124-125.
- Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U (2001): Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Res* 2001; 105(3): 243–53.
- Stucki G. (2021) Advancing the Rehabilitation Sciences. *Front Rehabil Sci*; 1: 617749. doi:10.3389/fresc.2020.617749

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales – rehapro



# **Gelingt eine berufliche Reintegration aus der Erwerbsminderungsrente heraus? – Ergebnisse aus dem rehapro-Modellprojekt FREEMI.**

*Jens Knispel; Fee Kahlhofer; Viktoria Arling*

RWTH Aachen

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Zahl der jährlich neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) liegt seit über einem Jahrzehnt bei etwa 180.000 Fällen. Besonders auffällig ist der hohe Anteil psychischer Erkrankungen: Diese sind inzwischen für fast die Hälfte der Zugänge verantwortlich (Gross et al., 2022). Nur etwa ein Prozent der EM-Rentner:innen kehren innerhalb von neun Jahren nach Rentenbeginn wieder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zurück.

Das Modellprojekt FREEMI (Fallmanagement zur Rückkehr in das Erwerbsleben bei EM-Rentenbezug mit Intervallrehabilitation) der DRV Rheinland zielte diesbezüglich darauf ab, psychisch erkrankte Versicherte mit befristeter EM-Rente bzgl. der Rückkehr in Erwerbstätigkeit zu unterstützen. Im Rahmen des Projektes erhielten FREEMI-Teilnehmende eine kontinuierliche Begleitung durch das Reha-Fallmanagement der DRV Rheinland sowie bis zu drei zweiwöchige medizinische Intervall-Rehabilitationen in kooperierenden Kliniken.

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von FREEMI erfolgte durch die RWTH Aachen. Ziel dieses Beitrags ist es zu beleuchten, inwieweit FREEMI die Rückkehr von EM-Rentner:innen auf den ersten Arbeitsmarkt unterstützen konnte.

## **Methoden**

Die Einschlusskriterien umfassten u. a. eine befristete EM-Rente bei psychischer Hauptdiagnose (ICD-10 F30–F39 bzw. F40–F48), ein Alter unter 58 Jahren sowie ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis in den letzten fünf Jahren. Der Einschluss von den Versicherten erfolgte durch die DRV Rheinland nach Aktenlage und Aufklärungsgesprächen. Zur Überprüfung des individuellen Status des EM-Rentenbezugs überprüfte die DRV Rheinland zum Stichtag 31.03.2025 die Versichertenkonten aller FREEMI-Fälle, um den Status des EM-Rentenbezugs zu kontrollieren.

## **Ergebnisse**

Im Rahmen des Modellprojektes wurden 7045 Akten durch die DRV Rheinland bzgl. einer möglichen Passung für FREEMI gesichtet, wovon 901 Personen als potenziell geeignet eingestuft und vom Kostenträger kontaktiert wurden. Von den 901 Personen meldeten sich 711 Versicherte zurück, wovon wiederum 134 Personen am Projekt teilnahmen. Die Abbruchquote im Projekt gestaltete sich mit rund 80 % als hoch. 28 von 134 Teilnehmenden beendeten FREEMI im Sinne einer abgeschlossenen LTA-Abklärung, während für 106 von 134 Personen die FREEMI-Teilnahme vorzeitig abgebrochen werden musste (vgl. Abbildung 1). Für die 106 Abbrecher:innen gilt: 33 Abbrüche gingen auf Entscheidungen der Teilnehmenden zurück, während 73 durch eine Instanz (z. B. Maßnahmenträger oder Kostenträger) veranlasst wurde. Die meistgenannten Gründe für den Abbruch waren gesundheitliche Verschlechterungen oder eine fehlende Motivation.

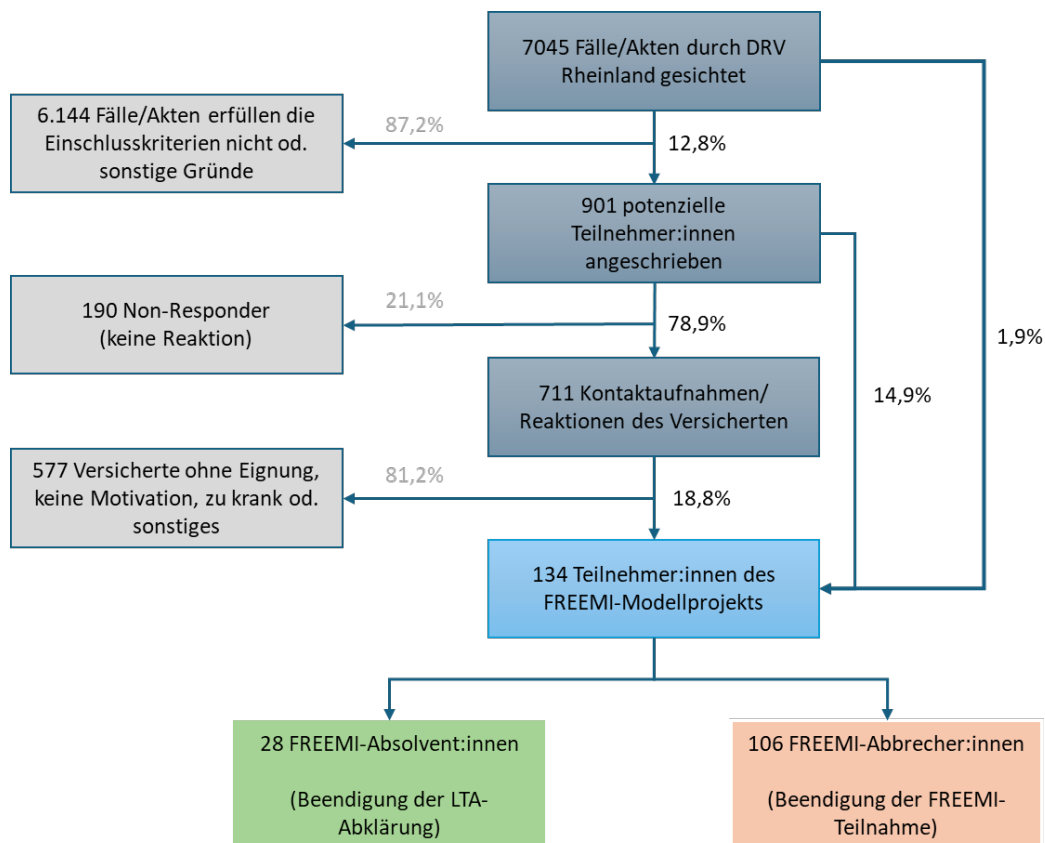


Abbildung 1: Flowchart von Identifikation bis Einschluss und Projektende der FREEMI-Teilnehmer:innen

Zum Stichtag wurde bei 113 von 134 Teilnehmer:innen kein Rentenende gesetzt und die Zahlungen wurden fortgesetzt. Bei sieben Absolvent:innen und 14 Abbrecher:innen war ein Rentenende im System festgelegt. Unter den sieben Absolvent:innen waren vier in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und zwei in einer LTA-Maßnahme; in einem Fall wurde die Rente aktuell verlängert. Bei sieben Abbrecher:innen wurde die Rentenzahlung zeitnah wieder aufgenommen; in vier Fällen lief ein Widerspruchsverfahren. Eine Person war verstorben. Insgesamt konnten 2,98 % aller FREEMI-Teilnehmer:innen bzw. 14,29 % der Absolvent:innen wieder in eine versicherungspflichtige Beschäftigung zurückkehren.

## Diskussion und Fazit

Mit FREEMI konnte die Rückkehrquote von EM-Rentenbeziehenden mit psychischen Indikationen auf den ersten Arbeitsmarkt nicht bedeutsam verbessert werden. Erfahrungswerte aus dem Projekt zeigen, dass viele Teilnehmende die EM-Rente nicht als temporär, sondern als Endpunkt ihrer Erwerbsbiografie ansahen. Die Entlastung durch die Rentenbewilligung schuf ein schwer umkehrbares „psychologisches Momentum“. Tatsächlich gilt aber auch, dass die stark belastete gesundheitliche Situation der Betroffenen in vielen Fällen als Validierung des EM-Rentenanspruchs gesehen werden kann. Die zweiwöchigen Intervalle der medizinischen Rehabilitation wurden in diesem Rahmen grundsätzlich als unterstützend von den Versicherten wahrgenommen. Jedoch reichten sie in ihrer Dauer und Intensität aber nicht aus, um tragfähige berufliche Perspektiven zu entwickeln.

Das Reha-Fallmanagement der DRV Rheinland erwies sich als besondere Stärke von FREEMI. Die Fallmanager:innen boten den Versicherten eine hoch individualisierte, bedarfs- und bedürfnisorientierte Beratung. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden bestätigten

diesen Eindruck: Die persönliche Ansprache, das ausgeprägte Verständnis für psychische Belastungen und der lösungsorientierte Ansatz wurden von den Teilnehmenden besonders geschätzt und ausdrücklich positiv hervorgehoben. Entsprechende Erfahrungswerte fließen in die Weiterentwicklung des Reha-Fallmanagements der DRV Rheinland ein und tragen so auch über die EM-Rententhematik hinaus zu einer passgenauen Beratung von Versicherten bei.

### **Take-Home-Message**

Angeichts der gewonnenen Erkenntnisse wird empfohlen, das FREEMI-Konzept in seiner aktuellen Form nicht fortzuführen, aber die Erfahrungswerte in den LTA-Kontext mit gesundheitlich besonders herausgeforderten Versicherungsgruppen gewinnbringend zu überführen.

### **Literatur**

Gross, B., Brüggemann, S., Streibelt, M. (2022): Überblick zu Trends und Entwicklungen von Erwerbsminderungsrenten. Deutsche Rentenversicherung, 3/2022. Abgerufen unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV\\_Hefte\\_deutsch/2022/ausgewaehlter\\_artikel\\_heft\\_3\\_gross\\_et\\_al.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV_Hefte_deutsch/2022/ausgewaehlter_artikel_heft_3_gross_et_al.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

# **Mitarbeiter:innen der Berufsförderungswerke im Fallmanagement der DRV Mitteldeutschland im Spannungsfeld unterschiedlicher Akteur:innen**

*Kathleen Rechlin; Philipp Überall; Sandra Schmitz; Thorsten Meyer-Feil*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Das indikationsübergreifende Fallmanagement (FM) der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD) ist ein Angebot für Personen in der medizinischen Rehabilitation, die komplexe bzw. besondere Problemlagen aufweisen. Das Hauptziel des FM der DRV MD besteht in einer erfolgreichen (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt (DRV, 2024). Leistungserbringer des FM sind die Fallmanager:innen, die in den Berufsförderungswerke (BFW) Mitteldeutschlands tätig sind. Diese Fallmanager:innen sind für die Koordination und Umsetzung des FM verantwortlich und arbeiten eng mit den Rehabilitand:innen, den Sozialdienst-Mitarbeitenden der Reha-Einrichtungen und anderen Leistungserbringern zusammen.

Im Rahmen der BEiFall-Studie, die die Implementierung des indikationsübergreifenden FM der DRV MD wissenschaftlich begleitet und evaluiert, wird im Rahmen der Prozessevaluation die Identifikation von Herausforderungen und Anpassungsbedarfen des FM aus Sicht der Fallmanager:innen und der Sozialdienst-Mitarbeitenden der Reha-Einrichtungen untersucht.

## **Methoden**

Zur Erhebung von den herausfordernden und fördernden Faktoren im FM, sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Implementierung des FM in den Einrichtungen wurden leitfadengestützte Interviews mit sieben Sozialdienst-Mitarbeitenden der Reha-Einrichtungen und mit fünf Fallmanager:innen der BFWs geführt. Die Auswertung erfolgte softwaregestützt durch die Projektmitarbeiter:innen als strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Das Kategoriensystem wurde in einem induktiv-deduktivem Verfahren entwickelt, um sowohl Vorannahmen überprüfen als auch neue Themen herausarbeiten zu können.

## **Ergebnisse**

Die Auswahl für das FM erfolgt in interprofessioneller Zusammenarbeit im Reha-Team, wobei die Sozialdienst-Mitarbeitenden als zentrale Koordinator:innen fungieren. Sie übernehmen die überwiegende Kommunikation mit den Rehabilitand:innen, füllen gemeinsam mit ihnen den Förderplan aus und initiieren die Übergabe an die Fallmanager:innen. Diese Arbeit ist entscheidend für die strukturierte und zeitnahe Einsteuerung. In den Interviews der Sozialdienst-Mitarbeitenden zeigten sich Erwartungen an die Fallmanager:innen, nicht thematisierte Themen wie Grad der Behinderung oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsplatz im FM zu beraten und zu bearbeiten. Die Fallmanager:innen nehmen ihre berufliche Funktion als vielschichtig und anspruchsvoll wahr. Zudem erfordert ihre Arbeit eine hohe Flexibilität und individuelle Anpassung an die jeweiligen Bedürfnisse der Rehabilitand:innen, da das persönliche Engagement der Rehabilitand:innen sehr variiert – von Passivität über Koordination und Begleitung zu Terminen außerhalb des BFW bis hin zur Hilfe beim Auffüllen von Anträgen. Gleichzeitig stehen die Fallmanager:innen unter betriebswirtschaftlichem

Druck vom Arbeitgeber, die volle abrechenbare Leistungsdauer zu nutzen. Nicht alle erbrachten Leistungen sind abrechenbar, obwohl sie für eine qualitativ hochwertige Betreuung unerlässlich sind, wie z. B. Recherchetätigkeiten. Ein zentraler Themenbereich waren die persönlichen Ansprüche an die eigene Arbeit im FM. Die Fallmanager:innen dokumentieren ihre gesamten Tätigkeiten detailliert, als Rechtfertigung vor dem Vorgesetzten und aus Sorge, die eigene Arbeit könnte nicht ausreichend sichtbar sein.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Auswahl geeigneter Rehabilitand:innen für das indikationsübergreifende FM ein genuin interprofessioneller Prozess ist. Die Qualität der Zusammenarbeit bestimmt maßgeblich den reibungsarmen Ablauf des Auswahlverfahrens und die Kontinuität der Nachsorge. Es zeigte sich, dass es zu einer Aufgabenverlagerung, beispielsweise bei der Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz, zu den Fallmanager:innen kommt, die von Sozialdienst-Mitarbeitenden erwartet, aber nur bedingt kommuniziert wird. Ein weiterer zentraler Punkt ist das Spannungsfeld zwischen einer individuellen, bedarfsorientierten Betreuung und dem betriebswirtschaftlichen Druck, die volle abrechenbare Leistungsdauer optimal zu nutzen. Die Fallmanager:innen erbringen erhebliche, nicht abrechenbare Leistungen, wie Recherchen, die für eine wirksame Betreuung der Rehabilitand:innen unerlässlich sind. Diese „unsichtbare Arbeit“ wird jedoch nicht finanziell abgegolten, was zu einer erhöhten Belastung und Unsicherheit führt. Dies zeigt sich auch in der ausführlichen Dokumentation der Tätigkeiten der Fallmanager:innen als Rechtfertigung vor den Vorgesetzten. Die unterschiedlichen Erwartungen der Rehabilitand:innen an die Fallmanager:innen erfordern eine hohe individuelle Anpassungsfähigkeit und empathische Kompetenz der Fallmanager:innen, die jedoch durch den organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Druck eingeschränkt werden kann. Die Ergebnisse unterstreichen, dass das FM nicht nur ein strukturelles Instrument ist, sondern eine komplexe soziale Praxis, die von der Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit, der Klarheit der Rollenverteilung und der institutionellen Unterstützung abhängt.

## **Take-Home-Message**

Die Arbeit der Fallmanager:innen in FM der DRV MD findet im Spannungsfeld der unterschiedlichen Erwartungen der Sozialdienst-Mitarbeitenden, der BFWs und der Rehabilitand:innen statt, das die direkte Betreuungsarbeit mit bedingt.

## **Literatur**

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland (2024): Rahmenkonzept Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/Traeger/Mitteldeutschland/Formularpakete/Fallmanagement-nach-medizinischer-Rehabilitation/Konzept-Fallmanagement.html?nn=17c6f100-61b6-4153-817e-b78ba29205cb>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

# **Reflexive Praxis im Fallmanagementprozess – Ein Einblick in die qualitative Evaluation des Forschungsprojektes „FaKT“**

*Madelaine Saalman; Christopher Grobys; Julia Hille; Heike Ohlbrecht*

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Im Rahmen des rehapro-Modellprojektes „FaKT – Fallmanagement im Kontext verminderter Erwerbsfähigkeit: Teilhabebezogene Unterstützung von Versicherten zur Rückkehr in Arbeit“ erhalten Versicherte, die aufgrund onkologischer oder neurologischer Erkrankungen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehen oder einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen, ein individuelles, persönliches und aufsuchendes Fallmanagement. Ziel des Fallmanagements ist es, die bisher geringe Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsreaktivierung von Versicherten mit Erwerbsminderungsrente zu erhöhen und einen individuell gangbaren Weg aus der Erwerbsminderung aufzuzeigen.

Die wissenschaftliche Evaluation von „FaKT“ bedient sowohl quantitative als auch qualitative Methoden. Im Fokus der Evaluationsforschung steht die Untersuchung des Fallmanagements hinsichtlich Erfolges und Nutzen, insbesondere für die teilnehmenden, begleiteten Versicherten. Der Beitrag gewährt einen Einblick in vorläufige Ergebnisse der qualitativen Analyse. So deutet sich bereits nach aktuellem Stand an, dass das implementierte Fallmanagement ein komplexer und paradoxer Prozess ist, in dem sich institutionelle Steuerungslogiken und lebensweltliche Bedarfe der Versicherten teilweise widersprüchlich gegenüberstehen und seitens der Fallmanager:innen vermittelt und ausgehandelt werden müssen.

## **Methoden**

Vor dem Hintergrund der summativen und formativen Evaluation des Modellprojektes „FaKT“ wird ein integratives Mixed-Methods-Design genutzt, welches quantitative und qualitative Methoden kombiniert. Die qualitativ-empirische Evaluation, die der Beitrag fokussiert, basiert auf 35 leitfadengestützten Interviews mit Teilnehmenden aus „FaKT“ während und nach Beendigung des Fallmanagements sowie 4 Expert:inneninterviews mit Fallmanager:innen, welche mit 10 Teilnehmenden Beobachtungen methodisch trianguliert wurden, um ein tieferes, valideres und ganzheitlicheres Verständnis des Fallmanagements nach „FaKT“ zu erhalten. Die Auswertung der leitfadengestützten Interviews mit Teilnehmenden und mit Fallmanager:innen erfolgte mittels der Grounded Theory Methodologie. Im Analysefokus stand dabei der prozesshafte Verlauf des Fallmanagements und dessen Einfluss auf die Erwerbsmotivation und Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden, um so eine umfassende Beurteilung zum Erfolg und Nutzen des Fallmanagements nach „FaKT“ aus der Perspektive der begleiteten Versicherten zu ermöglichen.

## **Ergebnisse**

Auf der Grundlage der qualitativ-empirischen Evaluation zeigt sich, dass das Fallmanagement des Modellprojektes „FaKT“ als ein komplexes, von strukturellen Unvereinbarkeiten geprägtes Handlungsfeld zu begreifen ist. Es vereint widersprüchliche Logiken – etwa Aktivierung und

Fürsorge, Standardisierung und Individualisierung, Steuerung und Selbstbestimmung –, welche es im Prozess der bedarfsorientierten Begleitung und Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung der teilnehmenden Versicherten durch die Fallmanager:innen permanent auszutarieren gilt (Lehmann, Petereit, 2024). Diese Scharnierfunktion erscheint bei dem individuell, persönlich und aufsuchend konzipierten Fallmanagement „FaKT“ als besonders virulent, da die widersprüchlichen Logiken zwischen der Lebenswelt der Versicherten und den institutionellen Anforderungen die Praxis der Fallmanager:innen maßgeblich prägt. Damit wird das Fallmanagement „FaKT“ weniger als lineares Interventionsverfahren, sondern als relationaler und kontextsensitiver Prozess im Spannungsfeld institutioneller (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit) und lebensweltlicher (insbesondere teilnehmende, begleitete Versicherte) Anforderungen sichtbar (Grunwald, Thiersch, 2016).

### **Diskussion und Fazit**

Das Fallmanagement „FaKT“ fungiert als intermediäre Praxis zwischen System und Lebenswelt, die soziale, gesundheitliche und erwerbsarbeitsbezogene Problemlagen nicht einfach bearbeitet, sondern in organisationalen und normativen Rahmenbedingungen vermittelt (Müller, Ehlers, 2024). Zugespitzt lässt sich formulieren: Je intensiver sich das Fallmanagement in die Lebenswelt der Versicherten vertieft und diese als konstitutiven Bestandteil seiner Praxis versteht, desto deutlicher treten die bestehenden Widersprüche hervor, welche wiederum produktiv im Rahmen des institutionell Möglichen bearbeitet werden müssen, um die angestrebten Handlungsziele – allen voran die Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit – zu erreichen. Seine Wirksamkeit liegt nicht in der Auflösung, sondern in der reflexiven Gestaltung inhärenter Unvereinbarkeiten, wodurch Handlungsspielräume für Teilhabe am Arbeitsleben und Selbstermächtigung im Hilfesystem geschaffen werden können.

### **Take-Home-Message**

Das Fallmanagement nach „FaKT“ ist als eine reflexive Praxis zu begreifen, die darin professionell ist, Unvereinbarkeiten zwischen Steuerung und Lebenswelt nicht zu negieren, sondern produktiv im Rahmen institutioneller Möglichkeiten zu gestalten.

### **Literatur**

- Grunwald, K., Thiersch, H. (2016): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lehmann, D., Petereit, J. (2024): Lebenswelt und Teilhabe konsequent im Blick. In: Forum Sozialarbeit + Gesundheit. Fachzeitschrift der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Jg. 2024, H. 1, S. 12–17.
- Müller, M., Ehlers, C. (2024): Sozialarbeiterisches Case Management. In: Forum Sozialarbeit + Gesundheit. Fachzeitschrift der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Jg. 2024, S. 6–11.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Bundesministerium für Arbeit und Soziales – rehapro

### **Die Unsichtbaren stärken - Perspektiven von Anbieter:innen auf junge informell Pflegende**

*Petra Gierer; Irén Horváth*

Evangelische Hochschule Dresden

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Junge Erwachsene in der Rolle informell Pflegender (young adult carer, YAC), die Familienmitglieder versorgen oder aufgrund von Krankheit eines Familienmitgliedes überdurchschnittlich viele Aufgaben innerhalb der Familie übernehmen, sind eine Gruppe von pflegenden Angehörigen, die bisher wenig im Fokus sind. Dabei betrifft dies schätzungsweise jeden 10. jüngeren Erwachsenen (Haumann, 2021). YAC bedürfen besonderer Aufmerksamkeit, da sie aufgrund der Lebensphase Spezifika mitbringen, die sie von älteren pflegenden Angehörigen unterscheiden. Die Postadoleszenz (18 - ca. 27 J.) zeichnet sich durch Entwicklungsaufgaben aus, die die jungen Menschen ohnehin fordern. Die lebensphasentypischen Aufgaben mit Pflegeaufgaben in Einklang zu bringen, stellt vor Herausforderungen, die sich in inhaltlichen (z. B. Ablösung von der Primärfamilie vs. Übernahme von Pflegeaufgaben) und zeitlichen Konflikten zeigen und zur Überforderung führen (Darabos, Faust, 2023). YAC in der Wahrnehmung ihrer Pflege- und Entwicklungsaufgaben zu unterstützen, damit diese gelingen können und sie trotz herausfordernder Lebenssituationen gesund bleiben, scheint zwingend notwendig.

Ziel des Projektes, aus welchem diese Teilergebnisse stammen, ist es, eine Lern- und Vernetzungsplattform für YAC zu entwickeln, mit dem Fokus, deren Selbstfürsorge zu stärken. In Vorbereitung der Plattform war von Interesse, wie sich die Situation für die Zielgruppe hinsichtlich Unterstützungsangeboten darstellt. Neben vorhandenen Angeboten interessierten die Bedarfe, Gelingensfaktoren und Barrieren für Angebote bzw. Anbieter:innen.

#### **Methoden**

Zwei Modellregionen je eine in Sachsen und Thüringen waren Grundlage für die Entwicklung des Angebotsbereiches der Plattform. Aus den Modellregionen wurden mittels Leitfadeninterviews 16 Akteuer:innen der Jugendarbeit, Arbeit mit pflegenden Angehörigen und Pflege sowie Berufsorientierung in 14 Einzel- und einem Gruppeninterview befragt. Zur Auswahl geeigneter Interviewpartner:innen wurden im Internet Angebote recherchiert, die a) pflegerelevante Themen und b) lebensphasentypische Themen junger Erwachsener adressieren. Die Interviews wurden transkribiert und mit MAXQDA inhaltsanalytisch anhand deduktiver und induktiver Auswertungskategorien ausgewertet.

#### **Ergebnisse**

In beiden Modellregionen gibt es derzeit keine speziellen Unterstützungsangebote für YAC. YAC könnten zwar die Angebote für pflegende Angehörige nutzen, tun dies aber kaum.



Gleichzeitig sind YAC bei Anbieter:innen bisher wenig im Bewusstsein und es gibt kaum Berührungspunkte. Dennoch beschreiben die Befragten spezielle Herausforderungen von YAC. Dazu gehören eingeschränkte soziale Kontakte mit der Peergroup. Dies wird damit begründet, dass ‚Pflege‘ kein Thema ist und schambehaftet, wenn Eltern gepflegt werden. Vielmehr versuchen YAC ein ‚reguläres‘ Familienleben aufrecht zu erhalten. Die Selbstverständlichkeit der Pflegerolle und ein fehlendes Bewusstsein als pflegende/r Angehörige/r werden als Begründung dafür herangezogen, dass sich YAC keine externe Unterstützung suchen.

Ein Gelingensfaktor für Unterstützungsangebote scheint daher zu sein, dass YAC ein Bewusstsein als pflegende Angehörige entwickeln und wahrnehmen, dass die (Pflege-)aufgaben, die sie übernehmen, zusätzliche und nicht ‚reguläre‘ Verpflichtungen sind. Für Angebote benötigt es Vertrauen zwischen den häufig älteren Anbieter:innen und den jüngeren YAC. Damit sich dieses entwickeln kann, benötigt es eine geeignete Ansprache („Du“) und passende (digitale) Zugangswege. Berater:innen, die bisher kaum Kontakt mit jungen Erwachsenen haben, profitieren möglicherweise von Schulungen und entwickeln dadurch auch eine Aufmerksamkeit, YAC besser zu erkennen. Angebote durch gleichaltrige Menschen gestalten zu lassen, könnte die Barrieren im Zugang zur Zielgruppe reduzieren helfen. Die inhaltliche Gestaltung von Angeboten für YAC sollte kompetenzorientiert (vs. defizitorientiert) erfolgen. Grafische Gestaltung sollte textlastiger Beschreibungen vorgezogen werden. Als zentrale Barrieren für Unterstützungsangebote für YAC werden deren Erreichbarkeit und Verschllossenheit, eine notwendige Wirtschaftlichkeit von Angeboten sowie eine häufige (gedankliche) Verbindung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige mit Seniorenarbeit benannt.

## **Diskussion und Fazit**

Damit YAC Unterstützung erhalten können, benötigt es Sensibilisierung von Akteur:innen und Kommunen für diese Zielgruppe. Aufgrund der bisherigen Unsichtbarkeit bedarf es eines proaktiven und aufsuchenden Zugehens in den Lebensorten von YAC. Dabei ist auf eine altersgemäße Ansprache und Gestaltung von Angeboten zu achten. Hierfür benötigt es geeignete strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen. Dazu gehören eine Vernetzung von Akteur:innen aus Jugendarbeit und Pflege. Die Kommune als ‚neutrale‘ Anbieterin könnte Barrieren abbauen, die mit Unterstützungsangeboten z. B. durch Pflegekassen oder Pflegedienste verbunden sind. Die Gestaltung von Angeboten durch jüngere Beratungspersonen (z. B. Pflegestudent:innen) könnte ebenfalls die Annahme von Unterstützungsangeboten verbessern.

## **Take-Home-Message**

Sichtbar stark für andere und spürbar stark für sich – junge informell Pflegende bedürfen unserer Unterstützung.

## **Literatur**

Darabos, K., Faust, H. (2023): Assessing health, psychological distress and financial well-being in informal young adult caregivers compared to matched young adult non-caregivers. *Psychology, health & medicine*. 28(8). 2249–2260.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2195671>

Haumann, W. (2021): Die junge Pflege – Allensbach-Befragung der 16- bis 39-jährigen Bevölkerung mit besonderer Berücksichtigung junger Pfleger. In Storm, A. (Hrsg.). Pflegereport 2021: Junge Menschen und Pflege - Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 35). DAK-Gesundheit. Hamburg/Freiburg: medhochzwei. S. 31-70.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

## **Evaluation des Projekts „Starke Geschwister!“ – Unterstützungsangebote für gesunde Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher**

*Melanie Jagla-Franke<sup>1</sup>; Lars Schlüter<sup>2</sup>; Leonard K. Kulisch<sup>3</sup>; Charlotte Sievert<sup>4</sup>;  
Marlen Förderer<sup>5</sup>; Kerstin Kowalewski<sup>5</sup>; Gabriele Helga Franke<sup>6</sup>; Christa Engelhardt-Lohrke<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Neubrandenburg; <sup>2</sup> Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e. V.;

<sup>3</sup> Ruhr-Universität Bochum; <sup>4</sup> Städtisches Klinikum Karlsruhe;

<sup>5</sup> Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg; <sup>6</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal

### **Hintergrund und Zielstellung**

Neben alltäglichen Anforderungen und typischen Entwicklungsaufgaben müssen gesunde Geschwister von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen auch Belastungen bewältigen, die durch die Erkrankung von Bruder oder Schwester entstehen (Tröster, 1999). Psychische Auffälligkeiten können die Folge von einem Nicht-Gelingen dieser Anpassungsleistung sein (Vermaes et al., 2012).

Ziel des Projekts „Starke Geschwister“ ist die Unterstützung von gesunden Geschwistern mit Hilfe der Präventionsangebote „Supporting Siblings“ (SuSi; Kowalewski et al., 2017) und GeschwisterTREFF „Jetzt bin ICH mal dran!“ (TREFF; Engelhardt-Lohrke et al., 2019). SuSi ist eine primärpräventive Intervention für acht- bis 12-jährige gesunde Geschwister und soll die Stressbewältigungskompetenzen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Sozialkompetenzen und das Selbstwertgefühl fördern (Kowalewski et al., 2017). Der TREFF (Engelhardt-Lohrke et al., 2019) kann bei sieben- bis 14jährigen Geschwistern zur Stärkung der Resilienz eingesetzt werden, indem sozial-emotionale Lebenskompetenzen, Bewältigungsstrategien und Ressourcen gefördert werden.

Ziel dieser Studie ist die Überprüfung, ob SuSi stärker die Bewältigungskompetenzen und TREFF stärker die Ressourcen fördert sowie das beide zur Förderung der Selbstwertes und der sozial-emotionalen Kompetenzen beitragen.

## Methoden

Es nahmen 148 Familien zwischen 2020 und 2023 am Projekt „Starke Geschwister!“ teil; 109 gesunde Geschwister nahmen an Präventionsangeboten teil. Die gesunden Geschwister waren im Mittel 10.6 ( $\pm$  2.6) Jahre alt, 70 % waren weiblich.

Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn (T0) und 12 Wochen nach Ende der Intervention (T2). Es wurden Ressourcen (FRKJ), Stressverarbeitung (SVF-KJ), Lebensqualität (KIDScreen) sowie Stärken und Schwächen (SDQ) im Selbstbericht erhoben. Mit Hilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholung (Gruppe [SuSi vs. TREFF] x Zeit [T0 vs. T2]) sollte die Forschungsfrage beantwortet werden. Aufgrund einer hohen drop-out Rate und missing data verringerte sich die Stichprobe drastisch (max. N=38).

## Ergebnisse

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigte weder in der Selbst- noch in der Fremdbeurteilung einen Effekt. Im SVF-KJ zeigten sich die Tendenz eines Interaktionseffekts ( $p=.058$ ) für die Skala Positive Selbstinstruktion, ein Haupteffekt – Gruppe für die Skala Bagatellisierung ( $p>.001$ ), ein Haupteffekte – Zeit für die Skalen Soziales Unterstützungsbedürfnis ( $p=.036$ ) und Resignation ( $p=.011$ ). Die Prüfung der FRKJ-Skalen zeigte eine signifikante Interaktion für die Skala Selbstwertschätzung ( $p=.009$ ) und eine Tendenz für die Selbstkontrolle ( $p=.065$ ); Haupteffekte – Gruppe zeigten sich für die Skalen Elterliche Unterstützung ( $p=.042$ ) und Integration in die Peergruppe ( $p=.011$ ); Haupteffekte – Zeit fanden sich für die Skalen Selbstwirksamkeit ( $p=.028$ ), Integration in die Schule ( $p=.011$ ) und Integration in die Peergruppe ( $p=.008$ ). Die deutlichsten Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich des Fragebogens zur Erfassung der Stärken und Schwächen: Der Gesamtproblemwert wies zwar keinen Interaktionseffekt auf ( $p=.094$ ), aber beide Haupteffekte waren signifikant (Gruppe  $p=.002$ , Zeit  $p=.032$ ). Haupteffekte – Gruppe fanden sich bei den Skalen Verhaltensprobleme ( $p=.011$ ), Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ( $p=.007$ ) und Emotionale Probleme ( $p=.011$ ), Haupteffekte – Zeit fanden sich bei den Skalen Hyperaktivität ( $p=.007$ ) und Emotionale Probleme ( $p=.011$ ).

## Diskussion und Fazit

Das Aufwachsen mit einem chronisch kranken Geschwister kann für die gesunden Geschwister herausfordernd sein und mit Belastungen einhergehen (Vermaes et al., 2012).

In Bezug auf die Forschungsfragen ist festzuhalten, dass sich die Effekte nicht so deutlich abbildeten wie erwartet, was auf die geringe Stichprobe zurückzuführen ist. Auffällig ist, dass sich hinsichtlich der Lebensqualität keine Effekte zeigten. Die SuSi-Gruppe zeigte sich insgesamt belasteter. Dies könnte durchaus damit in Verbindung gebracht werden, dass der SuSi-Kurs als „Einsteiger-Kurs“ genutzt wurde, was die höheren Ausgangswerte im SDQ und die geringeren Ausgangswerte im FRKJ erklärt. Oftmals haben die gesunden Geschwister später einen TREFF besucht. Die Evaluation des TREFFs zeigte eher signifikante Ergebnisse hinsichtlich der ressourcenförderlichen Aspekte (z. B. Selbstwert und Selbstkontrolle).

## Take-Home-Message

„Starke Geschwister!“ zeigt insgesamt positive Effekte. Von der unterschiedlichen Wirksamkeit der beiden Präventionsangebote kann ausgegangen werden; flächendeckende Angebote zur Unterstützung von gesunden Geschwistern sind wünschenswert.

## Literatur

- Engelhardt-Lohrke, C. et al. (2019): GeschwisterTREFF - Jetzt bin ICH mal dran. Praxishandbuch zur Förderung der Resilienz von Geschwistern chronisch kranker, schwerkranker und/ oder behinderter Kinder. 2. Auflage. Augsburg: Bundesverband Bunter Kreis e. V.
- Kowalewski, K., Spilger, T., Podeswik, A., Hampel, P. (2017): Praxishandbuch SuSi - Supporting Siblings (2. Auflage). Augsburg: Bundesverband Bunter Kreis.
- Tröster, H. (1999). Sind Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet? Ein Überblick über den Stand der Forschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 28, 101-107.
- Vermaes, I.P.R., van Susante, A.M.J., van Bakel, H.J.A. (2012): Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology, 37. 166-184.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Aktion Mensch Stiftung, Auridis Stiftung

## **Interprofessionelle neuropädiatrische Erstbefundung als Schlüssel für personzentrierte Rehabilitation: Familien verstehen, gemeinsam handeln, Erfolge feiern**

*Melanie Hessenauer<sup>1</sup>; Gaby Kirsch<sup>2</sup>; Steffen Berweck<sup>3</sup>; Jenni Janssen<sup>1</sup>; Thomas Nastulla<sup>1</sup>;  
Birgit Prodinger<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Schön Klinik, Fachzentrum für pädiatrische Neurologie, Neuro-Rehabilitation und Epileptologie; <sup>2</sup> Gaby Kirsch Coaching; <sup>3</sup> Ostschweizer Kinderspital; <sup>4</sup> Universität Augsburg

## Hintergrund und Zielstellung

Der zunehmende Rehabilitationsbedarf durch die sich wandelnde Gesellschaft, bei zugleich zunehmendem Fachkräftemangel fordert und fördert Interprofessionalität. Die Professionen sind gefordert als Team und nicht als einzelne Profession zu denken und zu handeln (Worringen et al., 2024). Gleichzeitig bedarf es in der neuropädiatrischen Rehabilitation neben dem Kind auch dessen Familie und deren Bedürfnisse zu verstehen.

Im Sinne des Kongressthemas „Fairsorgt in der Reha? Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen“ stellt sich die Frage, wie eine gerechte und inklusive Versorgung gelingen kann, die die Vielfalt der Lebensrealitäten anerkennt und berücksichtigt. Gerade in der Neuropädiatrie, wo Kinder mit komplexen Beeinträchtigungen und ihre Familien auf ein sensibles, abgestimmtes Vorgehen angewiesen sind, wird deutlich, dass Chancengleichheit nicht durch standardisierte Abläufe, sondern durch personzentrierte und interprofessionelle Zusammenarbeit geschaffen wird.

Ziel des Projektes ist, Strukturen und Prozesse in einem neuropädiatrischen Fachzentrum nachhaltig zu verändern, um interprofessionelle Teamarbeit in der Rehabilitation zu

verankern, die das Kind und dessen Familie, deren Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt stellt.

## **Methoden**

Das Projekt basiert auf einem mehrstufigen Change-Management-Prozess, der durch eine externe Expertin begleitet wurde. Eine für das Projekt etablierte Steuerungsgruppe koordinierte den Gesamtprozess, kommunizierte Fortschritte und integrierte Rückmeldungen aus dem Team. Die methodische Grundlage bildeten Workshops aller Teammitglieder zur personenzentrierten Praxis nach Carl Rogers sowie zur Anwendung des Canadian Occupational Performance Measure (COPM), einem halbstrukturierten Interview zur Erhebung individueller Zielsetzungen. Die wissenschaftliche Prozessevaluation hat insbesondere Aspekte der Implementierung, Akzeptanz und Nachhaltigkeit systematisch untersucht. Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierter Fragebögen und qualitativer Gruppendiskussionen.

## **Ergebnisse**

Zwischen November 2022 und März 2024 nahmen alle 60 Therapeut:innen der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie an insgesamt neun interprofessionellen Workshops teil. Parallel dazu wurden themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet, die konkrete Herausforderungen aus dem Projektverlauf bearbeiteten. Im Projektverlauf wurden über 120 COPM-Erstgespräche durchgeführt. Die Therapeut:innen berichteten von einer verbesserten Kommunikation, höherer Zufriedenheit und effizienterer Zielentwicklung. Die Familien profitierten von einer reduzierten Belastung durch weniger Wiederholungen ihrer Krankengeschichte und einer klareren Struktur im Rehabilitationsprozess.

Monoprofessionelle Abläufe wurden durch gemeinsame Routinen ersetzt. Die interprofessionelle Erstbefundung führte zu einem einheitlichen Wissensstand im Team und ermöglichte eine abgestimmte Therapieplanung. Die Steuerungsgruppe etablierte transparente Kommunikationsstrukturen und sorgte für eine kontinuierliche Weiterentwicklung.

Die Evaluation zeigte eine hohe Akzeptanz im Team und positive Rückmeldungen der Eltern. Als förderliche Faktoren wurden die klare Vision und Einigkeit auf therapeutischer und ärztlicher Leitungsebene, die externe Begleitung, das strukturierte Vorgehen, die Rollenklärung aller Beteiligten, sowie die wertschätzende und konstruktive Zusammenarbeit, um fachliche Herausforderungen zu lösen, identifiziert.

## **Diskussion und Fazit**

Das Projekt zeigt, dass interprofessionelle Erstbefundung nicht nur die Versorgungsqualität verbessert, sondern auch die Zufriedenheit von Mitarbeitenden und Familien steigert. Die Kombination aus personenzentrierter Haltung und struktureller Veränderung erwies sich als positiv für alle Beteiligten.

Die partizipative Projektgestaltung förderte das Engagement im Team und ermöglichte eine nachhaltige Implementierung. Die Steuerungsgruppe bleibt über das Projektende hinaus aktiv, um Folgeprojekte zu initiieren – etwa zur Rolle der Eltern in der Rehabilitation oder zur Einbindung weiterer Professionen.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit ein zukunftsweisendes Modell für eine effiziente und personenzentrierte Rehabilitation ist, die Chancengleichheit stärkt.

### **Take-Home-Message**

Interprofessionelle Erstbefundung stärkt die personenzentrierte and chancengerechte Rehabilitation, verbessert die interprofessionelle Zusammenarbeit und erhöht die Zufriedenheit von Familien und Mitarbeitenden.

### **Literatur**

Worringen, U., Geidl, W., Reusch, A., Proding, B., Redzewsky, L., Salzwedel, A., Reudelsterz, C., Herbold, D., Zimmer, J-M., Thomas, A., Körner, M. Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ in der DGRW. Die Rehabilitation 2024;63(2):131-137. <https://doi.org/10.1055/a-2259-4323>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Phasenspezifische Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe erwerbstätiger pflegender Angehöriger – Ergebnisse aus dem Projekt „beLAnge-Pflege“**

*Kerstin Thümmeler; Bernd Schmitz; Georg Lindinger; Feline Zocher*

Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e. V.

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen erstreckt sich häufig über mehrere Jahre und ist ohne das Engagement pflegender Angehöriger kaum möglich. Nach Daten des SOEP 2021 sind knapp zwei Drittel der pflegenden Angehörigen erwerbstätig (Herrmann et al., 2023). Die parallele Bewältigung von Beruf, Pflege und familiären Verpflichtungen stellt eine dauerhafte Herausforderung mit erheblichen physischen und psychischen Belastungen dar.

Lindgren (1993) unterscheidet drei Stadien der „Pflegerkarriere“: Eintritt in die Pflegerrolle, ein beständiges Stadium und das Austrittsstadium nach Beendigung der Pflegerrolle.

Jede dieser Phasen ist mit spezifischen Belastungen, Bewältigungsstrategien und Unterstützungsbedarfen verbunden.

Ziel des Beitrags ist es, Erfahrungen erwerbstätiger pflegender Angehöriger in den verschiedenen Phasen der privaten Pflege vergleichend darzustellen und daraus phasenspezifische Unterstützungsbedarfe für rehabilitative Maßnahmen abzuleiten.

### **Methoden**

Der Beitrag basiert auf einer Teilfragestellung des von der DRV Mitteldeutschland geförderten Projekts „beLAnge-Pflege“. Dieses Projekt untersucht Bedarfe und Bedürfnisse erwerbsfähiger pflegender Angehöriger in der Region Mitteldeutschland (Sachsen, Thüringen und

Sachsen-Anhalt). Unter Hinzunahme der Perspektive von Fachexperten sollen Empfehlungen zur Verbesserung rehabilitativer Angebote abgeleitet werden, die zum Erhalt der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit dieses Personenkreises beitragen.

Das Studienprojekt folgt einem qualitativen Ansatz auf Grundlage der Grounded-Theory-Methodologie und bezieht verschiedene Akteursperspektiven ein, die für Zugang und Umsetzung rehabilitativer Leistungen relevant sind. Es wurden 20 Interviews mit erwerbstätigen pflegenden Angehörigen geführt, die mindestens eine Person in häuslicher Umgebung pflegen oder betreuen und in Mitteldeutschland wohnen. Ergänzend sind Gruppendiskussionen mit zehn Experten aus den Bereichen Rehabilitation und Gesundheit sowie Selbsthilfe geplant.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen, dass das Erleben erwerbstätiger pflegender Angehöriger im Verlauf ihrer Pflegekarriere mit unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen und spezifischen Unterstützungsbedarfen einhergeht. Die Unterstützung bei der Bewältigung wird von den meisten Befragten als unzureichend beschrieben.

In der Eintrittsphase dominieren mentale Überforderung, Informationsdefizite und Orientierungslosigkeit im Versorgungssystem. Ein erkennbarer Bedarf besteht u. a. an strukturierter Begleitung, um die neue Rolle und ihre Konsequenzen besser einordnen zu können: „Ich hätte mir am Anfang auch gerade eine Begleitung in Persona gewünscht. Die sagt, guck mal, das wird auf dich zukommen“.

Das Beständigkeitsstadium ist geprägt von dem Gefühl des „Funktionieren-Müssens“. Der durchgetaktete Alltag zwischen Pflege, Beruf und Familie bietet kaum Erholungsmöglichkeiten. Die Angehörigen berichten von der permanenten Suche nach Entlastungs- und Bewältigungsstrategien, die sich sowohl auf den (Pflege)Alltag als auch auf Auszeiten beziehen. Dabei benennen sie auch Barrieren im Zugang zu rehabilitativen Leistungen und geeigneten Ansprechpersonen, z. B. lange Wartezeiten, unzureichende Informationen, Zugang nur über Widerspruchsverfahren und die Wahrnehmung, dass private Angehörigenpflege kein anerkannter Rehabilitationsgrund ist. Der Bedarf richtet sich u. a. auf besser kommunizierte, leicht zugängliche und passgenaue Unterstützungsangebote, die Pflegebelastung frühzeitig abfedern.

Auch nach Beendigung der Pflegetätigkeit bestehen vielfach psychische und physische Erschöpfung, Konzentrationsprobleme und berufliche Leistungsbeeinträchtigungen fort. Die Befragten berichten von mangelnder Kraft, sich nun selbst Hilfe zu suchen, weil sie sich schon über lange Zeit im Hilfesystem bewegt haben. Hier zeigt sich ein spezifischer Bedarf an Nachsorgeangeboten, die den Übergang aus der Pflegerolle begleiten, emotionale Entlastung fördern und berufliche Stabilisierung bzw. Wiederaanpassung unterstützen.

## **Diskussion und Fazit**

Wie bereits im Fachgutachten des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit (Hertle et al., 2014) beschrieben, bestehen nach wie vor Zugangsbarrieren zu rehabilitativen Leistungen. Notwendig sind niedrigschwellige, präventive und begleitende Angebote entlang des gesamten Pflegeverlaufs. Darüber hinaus sollten bestehende Angebote der Deutschen Rentenversicherung stärker bekannt gemacht und zugänglicher gestaltet werden.

Eine systematische Sensibilisierung von Fachkräften in Gesundheitswesen und Rehabilitation ist nötig, um pflegende Angehörige als eigene Anspruchsgruppe mit spezifischen Bedürfnissen wahrzunehmen.

### **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse zeigen, dass die phasenspezifischen Unterstützungsbedarfe pflegender Angehöriger gezielter berücksichtigt werden müssen, um ihre Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu sichern.

### **Literatur**

- Hertle, D., Lüken, F., Trümner, A., Tewes, C., Rohjans, M., Veit, C. (2014): Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf: BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH. URL: <https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/Vom-Bedarf-zur-Reha-Bestandsaufnahme-zur-medizinischen-Rehabilitation-fr-pflegende-Angehörige.pdf.pdf> Abruf: 04.11.2025.
- Herrmann, J., Calahorrano, L., Praet, M., Rebaudo, M. (2023): Daten zur Informellen Pflege: Pflegebedürftige und Pflegende. Fraunhofer FIT. URL: <https://publica.fraunhofer.de/entities/publication/6b91d0b1-795e-4ded-ac87-acff82a80926>, Abruf: 04.11.2025.
- Lindgren, C. L. (1993). The caregiver career. Journal of Nursing Scholarship, 25. 214-219.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

## **Pilotierung des Modellprojekts ZuKiJu - Ergebnisse der Prozessevaluation**

*Franziska Carow, Hannes Banaschak, Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wird ein erleichterter Zugang zur medizinischen Rehabilitation angestrebt (DRV Bund, 2023). Das norddeutsche rehapro-Modellprojekt „ZuKiJu - Barrieren im Zugang zu Kinder- und Jugendlichenrehabilitation (KJR) abbauen“ adressiert dieses Ziel mit einer multimodalen Intervention zur Reduktion von Zugangsbarrieren für Familien in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. Ziel dieser Studie war die Evaluation der Pilotierungsphase und die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die weitere Interventionsausgestaltung.

### **Methoden**

Zentrale Bausteine der multimodalen Intervention sind neben einem gekürzten Antragsformular, zielgruppenspezifische Informationsveranstaltungen zur KJR für Familien und Fachkräfte aus den Bereichen Sozialarbeit, Pädagogik und Medizin, Reha-Coachings, die



Familien zur Reha beraten und bei der Antragsstellung unterstützen und eine neue Internetplattform, die Informationen zur KJR bündelt. Zur Bewertung der Pilotierung (März bis Oktober 2025) wurden in einer begleitenden Mixed-Methods-Prozessevaluation quantitative (Fragebögen, Dokumentationstools) und qualitative Daten (Interviews, Dokumente) erhoben und im Hinblick auf Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität deskriptiv, dokumenten- und inhaltsanalytisch ausgewertet.

## **Ergebnisse**

In der Pilotierungsphase wurden 12 Informationsveranstaltungen mit 140 Teilnehmenden durchgeführt. Die für das Projektthema KJR aufgewendete Zeit belief sich auf rund 20 Stunden (durchschnittlich 1,7 Stunden pro Veranstaltung (SD = 0,67)). Sozialarbeitende machten mit 56 % die größte Teilnehmendengruppe aus. Geäußerte Kritik betraf überwiegend organisatorische Aspekte, beispielsweise Räumlichkeiten oder Zeitrahmen. Teilnehmende (n = 63) bewerteten die Informationsveranstaltungen auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) im Mittel mit 1,6 (SD: 0,8) Punkten und 95,2 % gaben an, dass sie die Teilnahme weiterempfehlen würden.

Zudem wurden 26 Freiwillige im Rahmen einer 33-stündigen Schulung zu Reha-Coaches ausgebildet. Schulungsteilnehmende waren durchschnittlich 41 Jahre alt und überwiegend weiblich (92 %). 77 % hatten Migrationsbiografie. 76 % der Coaches bewerteten den Umfang der Schulung als „Genau richtig“, 16 % als zu groß, 8 % als zu gering. Verbesserungsvorschläge betrafen beispielsweise das häufigere Üben der Coaching-Situationen (Rollenspiele, Trainings mit Schauspielenden). Auf einer vierstufigen Skala waren 36 % „eher zufrieden“ und 64 % „zufrieden“.

Nach der Schulung unterstützten die Coaches insgesamt 38 Familien, von denen 26 zum Pilotierungsabschluss weiterbetreut werden. Entsprechend wurden 12 Coachings abgeschlossen, von 8 lag die Coaching-Dokumentation vollständig vor. 63 % davon wurden mit dem Versand des fertigen Reha-Antrags abgeschlossen (n = 5). Die Organisation des Coachings wurde mit „sehr gut“ (40 %) oder „gut“ (60 %) bewertet. Alle an der Befragung teilnehmenden Familien (n=5) bewerteten das Coaching mit der Gesamtnote „sehr gut“ und gaben an, dass sie die Teilnahme an der Veranstaltung weiterempfehlen würden.

Die Internetplattform wurde von 26 Personen (16 Angehörige chronisch kranker Kinder, 10 Fachpersonen) validierte Instrumente zu Inhalt, Ästhetik und Nutzungsfreundlichkeit bewertet. Der Inhalt wurde als vergleichsweise überdurchschnittlich eingeschätzt (M = 5,5; SD = 0,9), während Ästhetik durchschnittlich (M = 5,1; SD = 1,4) und Nutzungsfreundlichkeit durchschnittlich bis unterdurchschnittlich bewertet wurden (M = 4,8; SD = 1,4). Probleme bezüglich Verständnis und Auffindbarkeit bestimmter Angebote zeigten sich besonders in 4 der 17 projektspezifisch konstruierten Rechercheaufgaben.

## **Diskussion und Fazit**

Die Interventionsbausteine konnten während Pilotierungsphase inhaltlich weitestgehend erfolgreich umgesetzt werden. Hierfür sprechen die überwiegend positiven Bewertungen der Informationsveranstaltungen, der Coaching-Schulung und der Internetplattform. Mit rund 12 Personen pro Infoveranstaltung und 26 Teilnehmenden an der Coaching-Schulung konnte zudem eine relevante Anzahl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden. Herausfordernd stellt sich insbesondere die Implementierung des Reha-Coachings nach der

Schulung dar. Zwar deuten die Ergebnisse zur inhaltlichen Umsetzung in eine positive Richtung, sie sind jedoch aufgrund der geringen Fallzahl nur bedingt aussagekräftig. Überträgt man die Pilotierungsergebnisse auf die geplante Hauptphase, zeigt sich zudem, dass die Zuweisung in das Coaching optimiert werden muss, um die anvisierten Rekrutierungsziele zu erreichen. Zudem waren in den Informationsveranstaltungen medizinisches Fachpersonal und Familien noch unterrepräsentiert. Diese Zielgruppen sollten stärker berücksichtigt werden. Eine zentrale Aufgabe für die Hauptphase des Projekts sind entsprechend ein Ausbau des Zuweisenden-Netzwerks sowie die weitere Verzahnung der Interventionsbausteine. Dazu werden die Pilotierungsergebnisse nach dem MRC-Framework (Skivington et al., 2021) mit allen Projektbeteiligten geteilt und diskutiert.

### **Take-Home-Message**

Die Implementierung der Intervention war hinsichtlich inhaltlicher Ausgestaltung und Teilnehmendenzufriedenheit weitgehend erfolgreich. Optimierungsbedarfe betreffen insbesondere die Rekrutierungsstrategie, in der für die Hauptphase des Projekts medizinische Fachkräfte und Familien stärker Berücksichtigung finden sollten.

### **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., Moore, L. (2021): A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ, n2061.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales – rehapro

### **LeKER – Ein Rahmenkonzept mit Arbeitsmaterialien für Lehrküchenveranstaltungen in der medizinischen Rehabilitation**

*Anne Schumacher<sup>1</sup>; Angelina Heumüller<sup>1</sup>; Felicitas Härlin<sup>2</sup>; Andrea Reusch<sup>3</sup>;  
Christian Toellner<sup>4</sup>; Sigrid Hahn<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Fulda; <sup>2</sup> Fachklinik Sonnenhof, Waldachtal;

<sup>3</sup> Zentrum für Patientenschulung und Gesundheitsförderung (ZePG e. V.);

<sup>4</sup> Frankenland-Klinik, Bad Windsheim

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund klassifiziert den Raum Lehrküche als strukturell relevant (DRV Bund, 2025b) und hat Lehrküchenveranstaltungen (LKV) in der KTL im Kapitel M „Ernährungs(-medizinische)-therapeutische Leistungen“ verankert (DRV Bund 2015, 2025a). Konkrete qualitätssichernde Vorgaben und Arbeitsmaterialien für die Ausstattung des Raums „Lehrküche“ und die Durchführung von LKV fehlten bislang. Ziel des von Januar 2023 – Oktober 2025 durchgeführten Forschungsprojekts „Lehrküchen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen für standardisierte Konzepte in der medizinischen Rehabilitation (LeKER)“ war die Entwicklung eines Rahmenkonzepts mit Arbeitsmaterialien. Das Projekt wurde von der DRV Bund gefördert.

#### **Methoden**

Zur Entwicklung des Rahmenkonzept einschließlich Praxisempfehlungen und Arbeitsmaterialien für Lehrküchen und LKV wurde ein Mixed-Methods-Ansatz (Literaturrecherche; bundesweite Bestands- und Bedarfserhebung (n = 116); Delphi-Prozess mit interprofessionellem Expert\*innen-Beirat (n = 26)) genutzt. Begleitet wurde die Entwicklung von einer Steuerungsgruppe (Reusch, A.; Toellner, C., Härlin, F.).

#### **Ergebnisse**

Das im Forschungsprojekt LeKER entwickelte Rahmenkonzept gliedert sich in die Kapitel Hintergrund und Geltungsbereich, Therapeutisches Konzept der LKV, Didaktik und Methoden sowie Prozesse und Strukturen. Für die Umsetzung werden im Anhang praxisorientierte Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt.

Ausgangspunkt des therapeutischen Konzepts ist das prozessgeleitete Arbeiten in der Ernährungstherapie entlang des German-Nutrition Care Prozesses (G-NCP) (Buchholz und Ohlrich-Hahn 2025). In diesen ist die LKV als Intervention integriert. Die LKV selbst folgt den Prozessschritten Zieldefinition, Planung, Durchführung, Evaluation sowie Dokumentation.

Im Abschnitt Didaktik und Methoden werden entsprechend werden die Herausforderungen und Chancen des gruppentherapeutischen Settings und einer klientenzentrierten Kommunikation herausgearbeitet. Weiterhin sind die didaktischen Phasen der LKV (Einstieg, Lebensmittelzubereitung, gemeinsames Essen, Feedback, Abschluss) sowie Aspekte der

Lebensmittelauswahl und Rezeptgestaltung erläutert. Als Arbeitsprozesse der LKV werden die Schritte Planung und Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung und Evaluation sowie Dokumentation beschrieben. Bestandteil dieser sind die Zuweisung zur LKV einschließlich der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Indikation und Zielgruppe. Als relevante Strukturen wurden die Kompetenzen und (Zusatz-)Qualifikationen der Fachkräfte für Ernährungstherapie, räumliche Anforderungen und Ausstattungsmerkmale sowie Sicherheit und Hygiene identifiziert. Die umfangreichen Arbeitsmaterialien im Anhang ergänzen gezielt einzelne Abschnitte des Rahmenkonzepts und unterstützen den Praxistransfer. Hierbei wurde der in der Bedarfsanalyse erfasste und vom Expert\*innen-Beirat bestätigte Bedarf berücksichtigt. Enthalten sind u. a. Ablaufpläne, Rezepttemplates, verschiedene Checklisten, Plakate und eine Liste mit weiterführenden Links zu Informationsmaterialien und Handreichungen institutioneller Anbieter. Bei der Ausarbeitung wurde die besondere Stellung des Raums Lehrküche als Therapieraum, Arbeitsplatz und Lebensmittelunternehmen deutlich.

### **Diskussion und Fazit**

Die strukturierten Empfehlungen des LeKER-Rahmenkonzepts liefern einrichtungsübergreifende Qualitätsstandards für die LKV und die Lehrküche als Raum. Der G-NCP bindet die LKV in ein ernährungstherapeutisches Gesamtkonzept ein. Erst hierdurch wird das Potential der LKV im Rahmen der Ernährungstherapie zur Kompetenzvermittlung, Motivation und Verhaltensänderung optimal genutzt. Die Vielschichtigkeit der LKV ist durch die unterschiedlichen Professionen im Delphi-Prozess abgebildet und zeigt sich in der Komplexität des Rahmenkonzepts sowie den umfangreichen Arbeitsmaterialien zu unterschiedlichsten Bereichen. Bei der Entwicklung der Arbeitsmaterialien mussten die unterschiedlichen Anforderungen an den Raum (Therapieraum, Arbeitsplatz, Lebensmittelunternehmen) abgewogen werden. Präzise Vorgaben oder direkte Arbeitsanweisungen können aufgrund von Einrichtungs- und Indikationsspezifika nicht gegeben werden. Das Rahmenkonzept berücksichtigt explizit die Expertise und Autonomie der Fachkräfte für Ernährungstherapie und unterstützt diese bei der Ableitung eigener einrichtungsspezifischer LKV-Konzepte. Die Umsetzung des ernährungstherapeutischen Konzeptes kann daher nur durch Fachkräfte für Ernährungstherapie geleistet werden. Hierzu gehören insbesondere die konsequente Zielformulierung, sorgfältige Planung sowie strukturierte Durchführung und Dokumentation der LKV. Die konzipierten und auf den individuellen Bedarf der Einrichtungen anpassbaren Arbeitsmaterialien können maßgeblich zur einrichtungsspezifischen Standardisierung und Qualitätssicherung der LKV-Prozesse sowie der Lehrküche beitragen.

### **Take-Home-Message**

Mit dem Ziel die Wirksamkeit der Einzelmaßnahme zu stärken, bindet das LeKER-Rahmenkonzept die LKV qualitätssichernd in den G-NCP ein und unterstützt mit den Arbeitsmaterialien die Implementierung, wobei Einrichtungsspezifika und die Souveränität der Fachkräfte für Ernährungstherapie berücksichtigt werden.

### **Literatur**

Buchholz, D.; Ohlrich-Hahn, S. (Hrsg.) (2025): Der German-Nutrition Care Prozess. Theoretische Grundlagen und Praktische Anwendung in Beruf, Ausbildung und Studium.

Berlin, Heidelberg, Springer Spektrum. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-70974-0> (Abruf: 20.11.2025).

DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2015): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. URL:

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl\\_broschuere\\_2015\\_pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_broschuere_2015_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Zuletzt aktualisiert: 2015 (Abruf: 30.09.2025).

DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2025a): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl\\_broschuere\\_2025\\_pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_broschuere_2025_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=4). Zuletzt aktualisiert: 2025 (Abruf: 30.09.2025).

DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2025b): Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen. URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_strukturqualitaet/strukturqualitaet\\_reha\\_fachabteilungen.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/strukturqualitaet_reha_fachabteilungen.html). Zuletzt aktualisiert: 2025 (Abruf: 30.09.2025).

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Reha passt: Eine Website zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Rehabilitand\*innen**

*Paula Rubertus; Roland Küffner; Sarah Niedermeier; Heiner Vogel; Matthias Lukasczik*

Universitätsklinikum Würzburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Etwa ein Drittel aller Rehabilitand\*innen weist berufliche Problemlagen (Bethge et al., 2025) und/oder psychische Belastungen und Komorbiditäten (Streibelt et al., 2013) auf. Um auf die spezifischen Belastungen dieser Gruppen angemessen eingehen zu können, wurden in den letzten Jahren die Konzepte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) bzw. der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) in Reha-Einrichtungen implementiert.

Patientengerecht gestaltete Informationen zu diesen Reha-Konzepten, die Versicherte – insbesondere vor dem Hintergrund des Wunsch- und Wahlrechts – bei der Vorbereitung auf eine Rehabilitation oder die Entscheidung für eine Reha-Einrichtung unterstützen könnten, sind jedoch kaum vorhanden. Daher wurde die Website [reha-passt.de](https://reha-passt.de) entwickelt, die Menschen mit Reha-Bedarf zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere zu MBOR und

VOR, und zur Auswahl der Reha-Einrichtung informiert. Für Gesundheitsfachkräfte stellt die Seite Fachinformationen bereit.

In einer mehrstufigen Evaluation der Website wurden u. a. Verständlichkeit und Nutzen für die informierte Entscheidungsfindung untersucht.

## **Methoden**

Die Website wurde auf der Grundlage von Literaturrecherchen und Workshops mit Expert\*innen aus Reha-Einrichtungen, der Deutschen Rentenversicherung, Fachverbänden sowie aus der Forschung entwickelt. Die so entstandene Beta-Version wurde mithilfe halbstrukturierter Interviews mit Rehabilitand\*innen überarbeitet. Im Oktober 2024 wurde reha-passt.de freigeschaltet und unter anderem über Beiträge in Newslettern, Print- und Online-Medien bekannt gemacht.

Zwischen Oktober 2024 und Oktober 2025 wurden alle Besuchenden der Website um die Teilnahme an einer verlinkten Online-Befragung gebeten. Der adaptive Fragebogen enthielt Fragen zu Verständlichkeit, Usability (PWU-G), Relevanz und Nutzen der Website sowie zu soziodemografischen Daten und digitaler Gesundheitskompetenz (HLS19-DIGI, nur Patient\*innen).

## **Ergebnisse**

Die Website wurde von insgesamt 353 Personen evaluiert, davon 209 Patient\*innen (57 % männlich, 68,1 % Reha-erfahren, 48,9 % hohe digitale Gesundheitskompetenz, Median Altersgruppe 50–59 J.) und 144 Gesundheitsfachkräfte (26,4 % Psycholog\*innen, 23,6 % Gesundheitsmanager\*innen, 18,1 % Sozialarbeiter\*innen und 23,0 % Ärzt\*innen).

93,2 % der Patient\*innen bewerteten die Website als gut verständlich, 82,5 % als persönlich relevant. 77 % informierten sich über Reha im Allgemeinen, 28,2 % über die medizinisch-beruflich orientierte und 33,5 % über die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (Mehrfachnennung möglich), wobei den meisten Patient\*innen die Konzepte im Vorfeld nicht bekannt waren (62,1 % für MBOR, 75,7 % für VOR). Insgesamt 86,6 % gaben an, nun mehr über das Reha-Konzept zu wissen, über das sie sich informiert hatten.

Bezüglich des Nutzens der Website berichteten 78,1 %, besser zu verstehen, welche Reha sie brauchen. 81,2 % gaben an, die Website habe ihnen gezeigt, welchen Nutzen Reha für sie haben könne. Darüber hinaus erklärten 75,3 %, sie verstünden nun besser, welche Rolle berufliche und/oder psychische Belastungen für ihre Gesundheit spielen. Es ergaben sich Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und Gesamtbewertung der Website ( $r=0,28$ ,  $p < 0,01$ ).

Die Fachinhalte wurden von 98,6 % der Gesundheitsfachkräfte als verständlich bewertet; 92,2 % beurteilten die Informationen als für sich relevant. Je nach angegebener Tätigkeit sahen 91,6 % die Website als nützlich für die Beratung von Patient\*innen und 84,0 % für die Implementierung der MBOR/VOR in der eigenen Einrichtung an.

Die Nutzungsfreundlichkeit übertrifft (mit einer gemittelten Bewertung von 5,74 im PWU-G, Skala von 1 bis 7) die Empfehlungen für Gesundheitswebsites (Thielsch et al., 2019).

## **Diskussion und Fazit**

Die Website reha-passt.de wurde von Patient\*innen und von Gesundheitsfachkräften positiv bewertet und als leicht verständlich sowie persönlich bzw. beruflich relevant eingeschätzt. Trotz des Fokus auf die Reha-Konzepte MBOR und VOR interessierte sich ein Großteil der Besuchenden für grundsätzliche Informationen zum Thema Reha, was den Bedarf nach digitalen Angeboten zur Erstinformation unterstreicht.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Website Versicherte darin unterstützen kann, sich gezielt mit den eigenen Reha-relevanten Problemlagen zu befassen und damit die eigene Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit einer möglichen Rehabilitation zu stärken. Ein Großteil der befragten Patient\*innen hatte bereits eine Reha absolviert. Bei der Verstetigung der Website soll daher die Zugänglichkeit der Informationen für Versicherte ohne Reha-Erfahrung verbessert werden.

## **Take-Home-Message**

Die Evaluationsergebnisse verdeutlichen die Relevanz der Website reha-passt.de für die Stärkung der Gesundheits- und Entscheidungskompetenz von Menschen mit Reha-Bedarf.

## **Literatur**

- Bethge, M., Bühne, D., Banaschak, H., Sternberg, A., Budde, A., Schnalke, G., Fauser, D. (2025): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Die Rehabilitation, 64. 40-53. <https://doi.org/10.1055/a-2290-7717>
- Streibelt, M., Weiler, U., Brünger, M., Spyra, K. (2013): MBOR - Alternative oder Ergänzung zu Verhaltensorientierter Rehabilitation (VOR)? Ein repräsentativer Zielgruppenvergleich. DRV-Schriften, Bd. 101. 248-250.
- Thielsch, M. T., Thielsch, C., Hirschfeld, G. (2019). How informative is informative? Benchmarks and optimal cut points for E-Health Websites. Mensch und Computer 2019 – Workshopband (S. 448-452). Bonn: Gesellschaft für Informatik e. V. <https://doi.org/10.18420/muc2019-ws-642>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Relevanz der Gesundheitskompetenz für den Rehabilitationsverlauf in der dualen Rehabilitation

*Karin Meng<sup>1</sup>; Peter Eisermann<sup>2</sup>; Klaus Herrmann<sup>3</sup>; Sabine Jendrosch<sup>4</sup>; Volker Köllner<sup>5</sup>; Jödis Kroll<sup>2</sup>; Christoph Reichel<sup>6</sup>; Gerhard Sütfels<sup>7</sup>; Robert Wessbecher<sup>4</sup>; Natascha Scheller<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Würzburg; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Bad Frankenhausen;

<sup>3</sup> Reha-Zentrum Bad Kissingen, Kliniken Rhön und Saale;

<sup>4</sup> Reha-Zentrum Borkum, Klinik Borkum Riff; <sup>5</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow;

<sup>6</sup> Reha-Zentrum Bad Brückenau; <sup>7</sup> Reha-Zentrum Todtmoos

## Hintergrund und Zielstellung

Das Wissen, die Motivation und Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden, verstehen, bewerten und für gesundheitsrelevante Entscheidungen und Handlungen nutzen zu können ist eine wesentliche Gesundheitskompetenz (Health literacy HL; Sorensen et al., 2012). Ein hoher Anteil der Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al., 2017), aber auch von Rehabilitand:innen gibt subjektive Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheits-/Krankheitsinformationen an. Für Rehabilitand:innen konnten Verbesserungen während einer Rehabilitation und Zusammenhänge mit Rehabilitationsergebnissen gezeigt werden (Meng et al., 2021, 2023; Scheller et al., 2024).

Zu den Rehabilitationsverläufen von Rehabilitand:innen in Abhängigkeit von deren subjektiver Gesundheitskompetenz liegen bisher noch wenige Erkenntnisse vor. Der folgende Beitrag untersucht daher explorativ die folgenden Fragestellungen:

- Wie entwickelt sich die HL bis 6 Monate nach einer dualen Rehabilitation?
- Unterscheiden sich Teilnehmende in Abhängigkeit von der HL zu Reha-Beginn (ausreichend, problematisch, unzureichend) in der Veränderung relevanter Reha-Zielparametern?
- Ist eine Veränderung der HL während der Rehabilitation mit einer mittelfristigen Veränderung in relevanten Reha-Zielparametern assoziiert?

## Methoden

Sekundärdatenanalyse (Projekt „DUAL“) einer prospektiven Kohortenstudie mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn t1, Reha-Ende t2, 6- t3, 12-Monats-Follow-Up t4) an sechs dualen Rehabilitationskliniken mit unterschiedlicher somatischer Indikation. Eingeschlossen wurden 717 Rehabilitand:innen, im Verlauf (t1-t3) liegen Daten von 537 Teilnehmenden (75 %) vor.

Die Gesundheitskompetenz wurde mit der 16-Item-Kurzform des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) erfasst. Der HL-Gesamtwert bildet die subjektive Schwierigkeit im Umgang mit Gesundheitsinformationen ab; höhere Skalenwerte (range 1-4) entsprechen einer höheren HL. Für eine Einordnung der HL als ausreichend, problematisch, unzureichend sind Grenzwerte verfügbar. Reha-Zielparameter wurden mit Selbst-beurteilungsfragebögen operationalisiert: PHQ-9, GAD-7, HEALTH-49/Skala PSB (psychische und somatoforme Beschwerden), SF-36, WAI.



Die statistische Analyse erfolgte mit ein- und mehrfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung. Zusammenhänge in den Veränderungen wurden mit Regressionsanalysen mit residualisierten Veränderungswerten der UV (HL t1-t2) und AV (Reha-Zielparameter t1-t3) unter Kontrolle soziodemografischer Parameter geprüft.

Die Stichprobe umfasste 69 % Frauen, das Durchschnittsalter 52.6 Jahre (SD=9.1). 11.4 % hatten einen Volks-/Hauptschulabschluss, 42.5 % die Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule, 16.9 % Fachhochschulreife und 28.6 % Abitur. Ein Großteil ist erwerbstätig (85.3 %).

## **Ergebnisse**

Zum Reha-Beginn wird die Gesundheitskompetenz für 38.4 % als ausreichend, für 39.6 % als problematisch und für 22.0 % als unzureichend eingestuft. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede ( $p > .05$ ) zwischen den Indikationen.

Im Rehabilitationsverlauf bis 6 Monate nach der Reha (t1, t2, t3) verbessert sich die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden signifikant ( $p < .001$ ,  $\eta^2=.10$ ). Die paarweisen Vergleiche ergeben jeweils eine Zunahme zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende bzw. 6-Monats-Follow-up ( $t1 < t2$ ,  $t1 < t3$ ,  $p < .001$ ), aber keine signifikante Zunahme zwischen den Post-Messzeitpunkten ( $t2-t3$ ,  $p > .05$ ). Bei Aufnahme der HL-Gruppe zeigt sich eine signifikante Interaktion (Gruppe x Zeit,  $p < .001$ ). Bei ausreichender HL besteht keine ( $t2$ ) bzw. nur eine sehr kleine Zunahme ( $t1 < t3$ ).

Die HL-Gruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Reha-Zielparameter; bei unzureichender HL liegen jeweils ungünstigsten Werte vor. Signifikante positive Verlaufseffekte für die Zielparameter sind aber unabhängig von der HL-Gruppe (Interaktion Zeit x Gruppe,  $p > .05$ ) nachweisbar.

Veränderungen in der HL während der Reha (t1-t2) sind ein signifikanter Prädiktor für mittelfristige Veränderungen (t1-t3) in den meisten Reha-Zielparametern.

## **Diskussion und Fazit**

Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist ein proximales Rehabilitationsziel. Subjektive Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen verringern sich im Rehabilitationsverlauf, nach der Reha kommt es zu keiner weiteren bedeutsamen Veränderung. Die Verbesserung während der Rehabilitation ist ein Prädiktor für die mittelfristige Verbesserung in wesentlichen gesundheitsbezogenen Reha-Zielparametern. Erste Ergebnisse aus dem Rehasetting können dahingehend bestätigt bzw. erweitert werden (Meng et al., 2021, 2023).

Positive Veränderungen in den Reha-Zielparametern bestehen in allen HL-Gruppen. Unterschiede in der Belastung können nicht ausgeglichen werden.

## **Take-Home-Message**

HL als proximales Rehabilitationsziel kann während einer Rehabilitation verbessert werden; diese Verbesserung ist ein Prädiktor für die mittelfristige Verbesserung in distalen Rehabilitationsergebnissen.

## Literatur

- Meng, K., Heß, V., Schulte, T., Faller, H., Schuler, M. (2021): Health literacy bei onkologischen Rehabilitanden und deren Relevanz für den subjektiven Rehabilitationsverlauf. *Rehabilitation*, 60. 102-109.
- Meng, K., Isele, C., von Neukirch, C., Sohr, G., Benninghoven, D., Heß, V. (2023): Health literacy bei Rehabilitand:innen in der verhaltensmedizinisch-orientierten orthopädischen Rehabilitation (VOR). *DRV-Schriften*, Bd. 128. 389-392.
- Schaeffer, D., Berens, E., Vogt, D. (2017): Health Literacy in Germany. *Ärzteblatt*, 114. 53-60.
- Scheller, N., Eisermann, P., Herrmann, K., Jendrosch, S., Köllner, V., Kroll, J., Reichel, C., Sütfels, G., Wessbecher, R., Meng, K. (2025): Gesundheitskompetenz bei multimorbiden Rehabilitand:innen in der dualen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd. 131. 271-274.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12. 80.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Strukturiert vorbereitet – Eine Gesprächsvorbereitung für die Reha-Zwischenvisite zur Unterstützung des Übergangsmanagements**

*Madeline Richter; Clara Schwarze; Hans-Dieter Wolf; Petra Seidel; Heiner Vogel*

Universitätsklinikum Würzburg

## Hintergrund und Zielstellung

Zur nachhaltigen Sicherung des Reha-Effekts kann ein gelungenes Übergangsmanagement einen wesentlichen Beitrag leisten. Eine gezielte Vorbereitung auf Arzt-Patienten-Gespräche in der Klinik kann dabei helfen, Rehabilitand:innen aktiv einzubinden und relevante Themen frühzeitig zu adressieren.

Question Prompt Lists (QPLs) sind strukturierte Fragenlisten, die Patient:innen dabei unterstützen können, sich gezielt auf medizinische Gespräche vorzubereiten (Sanson et al., 2015). Ursprünglich meist in der Onkologie eingesetzt, zeigen neuere Studien auch Potenziale im Bereich der medizinischen Rehabilitation (z. B. Lukasczik et al., 2024). Die Forschung belegt, dass QPLs die Gesprächsstruktur verbessern und die Patient:innenbeteiligung fördern können, auch wenn teils ein erhöhter Zeitaufwand von ärztlicher Seite wahrgenommen wird (Ramlakhan et al., 2023; Sanson et al., 2015). Vor diesem Hintergrund wurde im vorliegenden Projekt eine Gesprächsvorbereitung in Form einer QPL entwickelt, die das Übergangsmanagement unterstützt und niedrighschwellig in bestehende Abläufe integrierbar ist.

Ziel des Projektes „Übergangsmanagement in der medizinischen Rehabilitation“ stellt die Erstellung einer Handreichung mit Einzeltools zur Unterstützung von Kliniken im Rahmen des Übergangsmanagements dar.

## **Methoden**

Die Gesprächsvorbereitung wurde an die Zwischenvisiten der beiden Kooperationskliniken angegliedert. Sie umfasste neben einer einfachen Instruktion eine Liste mit möglichen Fragen für das Zwischenvisitengespräch. Themenschwerpunkte waren: Rehaziele, Auswirkungen der Erkrankung, weiterführende Versorgungsplanung sowie Informationsmaterialien. Eigene Fragen konnten ergänzt werden. Die Rehabilitand:innen wurden zur besseren Strukturierung des Gesprächs gebeten, wichtige Fragen für das Zwischengespräch zu priorisieren.

Die Gesprächsvorbereitung wurde von Mai bis Juli 2025 multizentrisch erprobt. Für die formative Evaluation wurde ein Mixed-Methods-Design gewählt. Hierfür wurden die Rehabilitand:innen schriftlich befragt (mehrheitlich geschlossene Antwortformate, eigens entwickelte Items). Die Befragung fokussierte Akzeptanz und Benutzung der QPL sowie Verlauf des Gesprächs. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv. Zudem wurden mit 18 Rehabilitand:innen sowie 13 Klinikmitarbeiter:innen (u. a. Ärzt:innen) leitfadengestützte Interviews und eine Fokusgruppendifkussion durchgeführt. Schwerpunkte waren die Vorbereitungsphase, das Zwischenvisitengespräch, die Vorbereitung auf Zuhause, sowie die Implementierung.

## **Ergebnisse**

Für  $n = 42$  Rehabilitand:innen konnten schriftliche Befragungsergebnisse erhoben werden. Die überwiegend männlichen Teilnehmenden (56 %) waren  $M(SD) = 51,5 (7,7)$  Jahre alt. Der Bogen wird von ihnen als verständlich beschrieben und zudem von 87 % als hilfreich und nützlich bewertet. Die Rehabilitand:innen sind zufrieden mit der Gesprächsvorbereitung (97 %).

Etwa zwei Drittel (65 %) haben den Bogen im Rahmen des Zwischenvisitengesprächs genutzt. Eine Nichtnutzung wird u. a. mit eigenen Notizen begründet (29 %). Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass sie sich gut vorbereitet gefühlt habe (81 %) und mit dem Gesprächsverlauf zufrieden sei (90 %).

Die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews sowie der Fokusgruppendifkussion bestätigen die schriftlichen Befragungsergebnisse. Die Gesprächsvorbereitung wird positiv bewertet und als thematisch vollständig beschrieben. Die Priorisierung auf drei Fragen fiel hingegen schwer. Die Gesprächsvorbereitung wurde von den Rehabilitand:innen als Reflexionshilfe oder Gedankenstütze verwendet. Zudem bewerteten die Rehabilitand:innen die Instruktion als hilfreich. Neben der Erörterung konkreter übergangsrelevanter Fragen, wurde der Therapieplan nach der Zwischenvisite teilweise angepasst.

Die befragten Klinikmitarbeiter:innen geben an, dass Rehabilitand:innen insgesamt besser vorbereitet wirkten und die Gespräche strukturierter verliefen. Die Gesprächsvorbereitung wird positiv beurteilt und als gut implementierbar beschrieben.

## **Diskussion und Fazit**

Die von der Stichprobe insgesamt positiv bewertete Gesprächsvorbereitung deutet auf einen möglichen Selektionseffekt hin – insbesondere eigeninitiativ handelnde Rehabilitand:innen

nahmen teil. Zukünftige Studien sollten gezielt auch weniger vorbereitete Personen einbeziehen, um die Wirksamkeit des Tools breiter zu evaluieren. Die Stichprobengröße ist begrenzt, und die Ergebnisse sollten in weiteren Kliniken überprüft werden. Dennoch konnte ein einfach implementierbares und umsetzbares Tool entwickelt werden, das das Übergangsmanagement strukturiert unterstützt. Dies deckt sich mit bisherigen Ergebnissen zu QPLs.

### **Take-Home-Message**

Die entwickelte Gesprächsvorbereitung ist ein niedrighschwelliges, praxisnahes Tool, das einfach in bestehende Abläufe integriert werden kann. Sie kann das Übergangsmanagement wirksam unterstützen, indem sie Struktur und Qualität von Gesprächen verbessert und Rehabilitand:innen gezielt auf die Zeit nach der Reha vorbereitet.

### **Literatur**

- Lukaszczik, M., Wolf, H.D., Vogel, H. (2024): Development and initial evaluation of the usefulness of a question prompt list to promote patients' level of information about work-related medical rehabilitation: a pilot study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5, 1266065. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1266065>
- Ramlakhan, J. U., Dhanani, S., Berta, W. B., Gagliardi, A. R. (2023): Optimizing the design and implementation of question prompt lists to support person-centred care: A scoping review. *Health Expectations*, 26(4), 1404–1417. <https://doi.org/10.1111/hex.13783>
- Sansoni, J. E., Grootemaat, P., Duncan, C. (2015): Question prompt lists in health consultations: A review. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1454-1464. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.015>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Was ist klimabezogene Gesundheitskompetenz und wie kann man sie messen? Ein Konzeptmodell und systematisches Review**

*Nadine Sänger<sup>1</sup>; Betje Schwarz<sup>1</sup>; Michelle Jandl<sup>2</sup>; Annika Wilke<sup>2</sup>; Bettina Wollesen<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln;

<sup>2</sup> Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück; <sup>3</sup> Deutsche Sporthochschule Köln

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Klimawandel führt zu gesundheitlichen Risiken und gefährdet dabei insbesondere vorerkrankte Menschen (Herrmann, Danquah, 2021). Diese Einflüsse auf die Gesundheit können langfristig die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und stellen somit ein relevantes Thema für die medizinische Rehabilitation dar. Gleichzeitig können medizinische Rehabilitations-

einrichtungen ein geeigneter Ort sein, um Kompetenzen zu entwickeln, die es chronisch erkrankten Menschen ermöglicht, gesundheitsbezogene Risiken durch den Klimawandel zu erkennen und diesen zu begegnen (Worringen et al., 2023). Das Projekt Klima@Reha adressiert diese Thematik und hatte im ersten Schritt zum Ziel, klimabezogene Gesundheits- und Schulungskompetenz von Rehabilitand:innen und Reha-Fachkräften anhand eines Modells sowie möglicher Messinstrumente zu operationalisieren.

## **Methoden**

Zur Erarbeitung des Kompetenzmodells wurde eine umfangreiche manuelle Suche nach vergleichbaren Ansätzen zu klimabezogener Gesundheitskompetenz durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen wurde ein Modell als Projektgrundlage entwickelt. Aufbauend erfolgte eine systematische Literaturrecherche nach bestehenden Messinstrumenten in wissenschaftlichen Datenbanken anhand der COSMIN-Methode (Mokkink et al., 2024), welche durch eine Handsuche ergänzt wurde. Es wurden Artikel eingeschlossen, die mittels Fragebogenerhebung klimabezogene Gesundheitskompetenz bzw. einen Teilbereich des Kompetenzmodells untersuchten und eine Validierung des Messinstruments durchführten. Die Ergebnisse wurden stufenweise gescreent, die daraufhin eingeschlossenen Studien extrahiert sowie die verwendeten Messinstrumente zusammengefasst. Die so identifizierten Instrumente wurden anhand der COSMIN-Vorgaben auf ihre Qualität bewertet (Mokkink et al., 2020).

## **Ergebnisse**

Das Modell wurde in das Grundgerüst der (professionellen) Gesundheitskompetenz eingebettet und durch bestehende Ansätze aus dem Themenfeld Klima und Gesundheit ergänzt (Abb. 1). Die systematische Suche produzierte  $N = 2.372$  Treffer, wovon nach Abzug von Duplikaten  $n = 1.731$  Artikel gescreent wurden. Nach händischen Ergänzungen konnten  $n = 24$  Artikel eingeschlossen werden, die zusammengefasst  $n = 19$  Instrumente einsetzten. Bei  $n = 5$  der Artikel handelte es sich um Studien der Instrumentenentwicklung. Die meisten Artikel ( $n = 17$ ) berichteten deskriptiv über Querschnittserhebungen. Der Großteil der Instrumente wurde genutzt, um die Bereiche „awareness“ und „knowledge“ zu untersuchen, meist unter Studierenden der Pflege oder Medizin ( $n = 15$ ). Die interne Konsistenz aller Bögen, für die diese berichtet wurde ( $n = 16$ ), war angemessen (Cronbach's Alpha von 0.62 bis 0.95), wofür zusammengefasst pro Bogen eine hohe ( $n = 7$ ) oder moderate ( $n = 9$ ) Evidenz vorlag. Die Inhaltsvalidität konnte maximal mit moderat bewertet werden ( $n = 5$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Ein Modell wurde konzipiert, welches klimabezogene Gesundheits- und Schulungskompetenz kombiniert und operationalisiert. Es konnte kein validiertes Messinstrument ermittelt werden, welches den definierten Ansatz bislang ausreichend adressiert. Einige der identifizierten Bögen wiesen eine angemessene Validität auf und zielten auf Teilbereiche des Kompetenzmodells ab.

Um die Erfassung der klimabezogenen Gesundheits- und Schulungskompetenz anhand der Projektdefinition zu ermöglichen, ist die Entwicklung eines neuen Fragebogens erforderlich. Hierfür können die identifizierten Messinstrumente als Grundlage dienen und teilweise einzelne Bereiche abdecken. Hierbei ist zu beachten, dass nur vier Bögen in die deutsche

Sprache übersetzt wurden und bisher keine Untersuchung in einem rehabilitativen Setting durchgeführt wurde. Außerdem gilt es, ein erhöhtes Augenmerk auf die Inhaltsvalidität zu setzen, die bei allen Studien Schwächen aufwies.

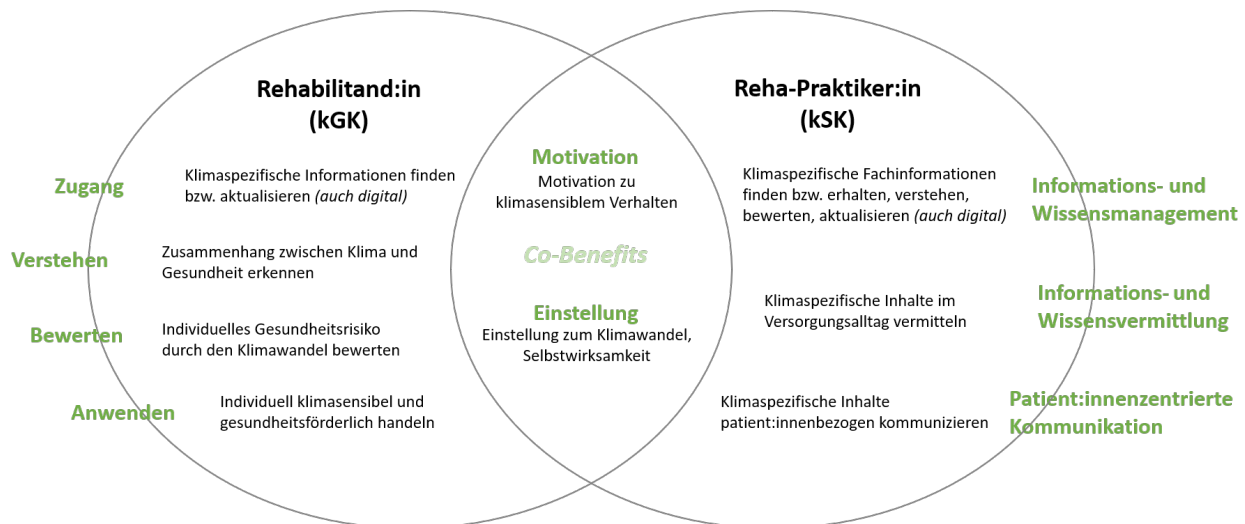


Abbildung 1

## Take-Home-Message

Anhand des konzipierten Modells und der Untersuchung bestehender Messinstrumente konnte eine Grundlage geschaffen werden, um klimabezogene Gesundheits- und Schulungskompetenz in der medizinischen Rehabilitation zu operationalisieren

## Literatur

- Baumann, H., Meixner, C., Wollesen, B. (2022): Voraussetzungen zur Vermittlung digitaler Gesundheitskompetenzen durch Sportlehrkräfte im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie. Eine explorative Mixed-Methods-Studie im Schulkontext. Zeitschrift für Studium und Lehre in der Sportwissenschaft, 5(1), 5–18.
- Herrmann, A., Danquah, I. (2021): Klimawandel und Gesundheit aus globaler Perspektive – eine Übersicht über Risiken und Nebenwirkungen. In C. Günster, J. Klauber, B.-P. Robra, C. Schmuker & A. Schneider (Hrsg.), Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit (S. 23–37). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954666270-2>
- Mokkink, L. B., Boers, M., van der Vleuten, C. P. M., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., Vet, H. C. W. de, Terwee, C. B. (2020): COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: a Delphi study. BMC medical research methodology, 20(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01179-5>
- Mokkink, L. B., Elsmann, E. B. M., Terwee, C. B. (2024): COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures version 2.0. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 33(11), 2929–2939. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03761-6>

Worringen, U., Becker, P., Reusch, A., Küffner, R., Reudelsterz, C., Pawel, A., Weimann, E. (2023): Ökologische Transformation der medizinischen Rehabilitation: Was können wir wissen und was müssen wir tun?. *Die Rehabilitation*, 62(03), 133–139. <https://doi.org/10.1055/a-2079-8708>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Flexibilisierung medizinischer Rehabilitation – im Spannungsfeld zwischen Bewährtem und Innovation**

*Kristina Kulisch*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die medizinische Rehabilitation in Deutschland blickt auf eine lange Tradition zurück. Dabei ist ihre zeitliche und örtliche Ausgestaltung im Rahmen rechtlicher Vorgaben bis heute weitgehend homogen geblieben. In der Verwaltungsadministration der Leistungsträger sind Strukturen, Prozesse und Instrumente auf die Erhaltung und Stärkung der standardisierten und über Jahrzehnte hinweg bewährten Leistungserbringung ausgerichtet. Neuen Anforderungen an eine individuelle „Fairsorgung“ gerecht zu werden, kann eine Herausforderung für ein solches System darstellen.

Durch aktuelle Entwicklungen wie der wachsenden Verbreitung chronischer und psychischer Krankheiten, dem demografischen Wandel und neuen Anforderungen der Arbeitswelt steigt mit dem Rehabilitationsbedarf die sozialstaatliche Bedeutsamkeit der Leistung, aber auch der Kostendruck stetig an. Für die Verwirklichung sozialer Rechte und individueller Teilhabe ergibt sich Handlungsbedarf im Hinblick auf eine bedarfsgerechte örtliche und zeitliche Diversifizierung des Leistungsangebots in der medizinischen Rehabilitation. Eine in diesem Sinne flexibilisierte Leistung birgt das Potenzial, die Heterogenität der Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen anzuerkennen und zu berücksichtigen.

Das komplexe Spannungsfeld zwischen Kosten- und Veränderungsdruck sowie gesetzlich verankerten Rahmenbedingungen einschließlich des assoziierten Verwaltungshandelns wurde am Beispiel des größten Leistungsträgers für medizinische Rehabilitation in Deutschland, der Deutschen Rentenversicherung (DRV), im Hinblick auf eine Flexibilisierung der Leistung untersucht.

### **Methoden**

Auf Grundlage einer im Zeitraum von März bis Juni 2024 durchgeführten Literaturanalyse erfolgte zunächst eine multiperspektivische Erfassung und Beschreibung der Rahmenbedingungen medizinischer Rehabilitation in ökonomischer, rechtlicher und verwaltungsorganisatorischer Hinsicht sowie eine begriffliche und rechtliche Einordnung der Flexibilisierung. Darauf basierend erfolgte die theoriegeleitete Entwicklung eines neuartigen Modells der DRV im Spannungsfeld der Flexibilisierung, in dem externe Kräfte und verwaltungsinterne Bedingungsfaktoren betrachtet werden. Das Modell diente als analytisches Raster für im Juli 2024 durchgeführte, explorative, semistrukturierte Expert\*inneninterviews (n=4), die mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz, Rädiker, 2022) ausgewertet wurden.



## Ergebnisse

Das theoriebasierte Modell (siehe Abb. 1) zeigt, dass Kräfte von außen aus Reha-System und Gesellschaft auf den Leistungsträger einwirken und in diametrale Richtungen weisen: bewahrende Kräfte ziehen in Richtung der Bewahrung des Status Quo der Ausgestaltung der Leistung, treibende Kräfte wirken in Richtung innovativer Weiterentwicklung der Leistungen durch Flexibilisierung.



Abbildung 1: Modell der DRV im Spannungsfeld der Flexibilisierung – Eigene Darstellung

Die Expert\*innen befürworteten eine Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation. Chancen einer Flexibilisierung ergeben sich aus akzelerierenden Kräften, die von außen auf die DRV einwirken. Diese bewegen sich zum einen auf individueller Ebene im Hinblick auf Personen- und Sozialraumorientierung sowie das Absenken von Zugangsbarrieren, zum anderen auf überindividueller Ebene durch Effizienzsteigerung.

Im Leistungsträger selbst vorliegende Bedingungsfaktoren stellen die größten Herausforderungen dar. Sozialrechtlicher Regelungsbedarf (Kulisch, 2025) sowie bisher fehlende Effektivitätsnachweise flexibler Leistungsformen verstärken tradierte, verwaltungsspezifische Handlungsmuster.

## Diskussion und Fazit

Als ein zentrales strategisches Ziel der Weiterentwicklung der Rehabilitation hat die Rentenversicherung die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse durch flexibilisierte und bedarfsorientierte Leistungen definiert (DRV, 2023). Mit der modellhaften Umsetzung eines berufsbegleitenden, ambulanten Konzeptes (Kohl et al., 2020) und der Definition von Rahmenbedingungen für eine digital flexibilisierte medizinische Rehabilitation (DRV, 2024) bestehen bereits wegweisende Ansätze, die Praxistauglichkeit und Wirksamkeit einzelner flexibler Leistungsformen zu untersuchen.

Leistungsflexibilisierung bedeutet einen grundlegenden Wandel in der Organisation der Rentenversicherung. Um die weiteren Entwicklungen zielgerichtet voranzutreiben, gilt es, die Flexibilisierung und Ausdifferenzierung der Leistung proaktiv anzugehen und aus dem Träger heraus planvoll gesteuert und nachhaltig zu bearbeiten.

Das entwickelte Modell und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen bilden eine Grundlage zur weiteren Auseinandersetzung mit der Flexibilisierung medizinischer Rehabilitation. Sie dienen der Sensibilisierung von Rehabilitationsträger, Forschung und Leistungsanbietern für die Bewertung des Transferpotenzials von Innovationsansätzen im Hinblick auf deren Auswirkungen auf das administrative Handeln.

### **Take-Home-Message**

Eine Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation kann die Zukunftsfähigkeit der Leistung gewährleisten, wenn innovative Angebote unter Berücksichtigung ökonomischer, rechtlicher und administrativer Rahmenbedingungen mit Offenheit und Mut entwickelt und umgesetzt werden.

### **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung [DRV] (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha\\_forschung/Strategie\\_Rehabilitation\\_Praevention\\_DRV\\_2023.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/Strategie_Rehabilitation_Praevention_DRV_2023.html)
- Deutsche Rentenversicherung [DRV] (2024): Rahmenbedingungen zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha). [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/modellprojekt-digiflexreha.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/modellprojekt-digiflexreha.html)
- Kohl, M., Kulisch, K., Lorenz, S., Streibelt, M. (2020): Stay at work – Machbarkeit und Akzeptanz einer berufsbegleitenden Form der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation; 59(05): 273-281. <https://doi.org/10.1055/a-1151-7345>
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa.
- Kulisch, K. (2025): Chancen und Herausforderungen einer Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation – Eine multiperspektivische Analyse eines Leistungsträgers; Beitrag D7-2025 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)

Interessenkonflikt: Kristina Kulisch ist Mitarbeiterin im Dezernat Reha-Wissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Förderung: -

# **Gesundheitskommunikation im Handwerk neu denken – Kurzvideos als niedrigschwelliger Zugang zu Prävention und Rehabilitation**

*Niklas Tibbe; Ernst von Kardorff; Antonia Höfs; Amy Stelter; Wolfgang Hien; Kristina Enders*

Berliner Werkstatt für Sozialforschung (BWS)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Demografische Wandel, Fachkräftemangel und die Zunahme chronischer Erkrankungen rücken den Erhalt der Arbeitsfähigkeit auch in Kleinst- und Kleinbetrieben (KKU) zunehmend in den Fokus. Besonders im Handwerk zeigen sich spezifische Barrieren: Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation werden selten aktiv thematisiert oder in betriebliche Routinen integriert. Unsere empirischen Ergebnisse aus dem von der Rentenversicherung Oldenburg-Bremen geförderten Projekt ReHand (Chronische Erkrankungen im Handwerk – exemplarische Bestandsaufnahme von Reha-Bedarfen, Reha-Zugang und Teilhabsicherung bei Bremer Handwerkswerksbetrieben. Strategien zur Unterstützung der Betriebe 01.07.2023 – 30.12.2025) verdeutlichen, dass im Handwerk häufig noch immer eine Kultur des Präsentismus vorherrscht. Gesundheitliche Einschränkungen werden verdrängt oder tabuisiert. Arbeitgeber:innen wie Beschäftigte verfügen über geringes Wissen zu Unterstützungsangeboten, haben eine geringe health literacy und zeigen Vorbehalte zu deren Nutzung.

Vor diesem Hintergrund haben wir einen innovativen Kommunikationsansatz zur Sensibilisierung für Gesundheitsvorsorge, Prävention und Rehabilitation im Handwerk entwickelt, da klassische Informations- und Beratungsangebote häufig an der Zielgruppe vorbeigehen. Daher haben wir kurze, emotional ansprechenden und lebensweltbezogene Social-Media-Videos (Reels, TikToks, Shorts) entwickelt, die einen niedrigschwelligen, auf das Handwerksmilieu zugeschnittenen Zugang darstellen, der typische Barrieren (z. B. Scham, Rollenbilder, Informationsdefizite) adressiert und positive Narrative zur Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsangeboten etabliert.

## **Methoden**

Die Konzeption der Videoreihe basiert auf den im ReHand-Projekt erhobenen Daten (12 problemzentrierte Interviews mit Betriebsinhabenden, 28 narrative Interviews mit chronisch erkrankten Beschäftigten, fünf Interviews mit Arbeitskolleg:innen sowie sieben Betriebshospitationen). Erfasst wurden Haltungen zu Krankheit, Prävention und Rehabilitation Unterstützungsbedarfe und Erfahrungen mit BEM-Verfahren. Ergänzend wurden 35 Experteninterviews mit Vertreter:innen der Handwerkskammern, der Rentenversicherung, der Berufsgenossenschaften und einschlägiger Reha-Einrichtungen geführt. Die Entwicklung des Kommunikationsmodells folgte einem partizipativen Ansatz: In vorbereitenden Treffen mit Handwerksbetrieben und Beschäftigten wurden typische Alltagssituationen, Barrieren und Kommunikationsstile gemeinsam analysiert und in exemplarische Drehbücher überführt. Gemeinsam mit externen Experten im Bereich Social Media Marketing wurden Formate und Botschaften so gestaltet, dass sie realitätsnah, auf die Besonderheiten der handwerklichen Arbeitskultur abgestimmt und identifikationsstiftend wirken.

## **Ergebnisse**

Unsere Erhebungen bestätigen einschlägige Erkenntnisse, dass im Handwerk stereotype Männlichkeitsbilder („hart arbeiten, nicht klagen“) und ein Misstrauen gegenüber institutioneller Unterstützung dominieren. Informationsdefizite zu Reha-Angeboten werden als hoch, die Bereitschaft zur Inanspruchnahme als niedrig eingeschätzt. Klassische Flyer, Broschüren oder Schulungen werden als „nicht für uns gemacht“ wahrgenommen.

In den vorbereitenden Treffen zeigten sich dagegen grundsätzlich positive Reaktionen auf authentische, alltagsnahe Videobeispiele: kurze Clips mit Handwerksauszubildenden oder erfahrenen Kolleg:innen, die über eigene gesundheitliche Krisen sprechen, erzeugten hohe Aufmerksamkeit und Gesprächsanlässe. Humor und Authentizität wurden als zentrale Erfolgsfaktoren identifiziert. Damit können kurze, visuell ansprechende Clips ein geeignetes Medium sein, um Reha- und Präventionsinformationen emotional ansprechend zu vermitteln, und Gesprächsbereitschaft zu fördern.

## **Diskussion und Fazit**

Anhand von ausgewählten Videoclips zeigen wir beispielhaft, wie eine milieusensible Gesundheitskommunikation für handwerklich geprägte Milieus aussehen kann. Während viele Gesundheitskampagnen auf rationale Informationsvermittlung setzen, erfordert das Handwerk eine Ansprache, die auf Alltagsnähe, Humor und persönliche Identifikation setzt.

Ansätze einer zielgruppengerechten Gesundheitskommunikation (Roski Hrsg., 2009) verweisen auf die Bedeutung einer gezielten Anpassung von Botschaften an Werte und Kommunikationserwartungen der Zielgruppe (Kolpatzik, Bollweg, 2025). Dies bestätigen auch Ergebnisse der Reha-Forschung an, wonach der Zugang zu Rehabilitationsleistungen maßgeblich von der Wahrnehmung persönlicher Relevanz und sozialer Akzeptanz sowie Barrierefreiheit abhängt (z. B. Fecher 2015).

Praxisrelevant ist der Ansatz auch ökonomisch: Frühzeitige Prävention und rechtzeitige Reha senken Fehlzeiten und reduzieren die Wahrscheinlichkeit von Erwerbsminderungsrenten. Die Entwicklung der Videoreihe ist kostenarm realisierbar ( $\leq 10.000$  € in der Pilotphase) und zeigt Potenzial für Skalierbarkeit über Kammer- und Verbandsstrukturen.

Perspektiven der Übertragbarkeit

Obwohl das Konzept exemplarisch im Handwerk entwickelt wurde, lassen sich zentrale Elemente (niedrigschwellige, humorvolle, social-media-basierte Ansprache) auch auf andere kleine und mittlere Betriebe mit ähnlichen Milieustrukturen übertragen. Die partizipative Co-Entwicklung mit Betrieben und Beschäftigten fördert Akzeptanz und Anschlussfähigkeit.

## **Take-Home-Message**

Gesundheitskommunikation im Handwerk braucht neue Wege: authentisch statt belehrend, visuell statt textlastig, emotional statt rational. Partizipativ entwickelte Social-Media-Kurzvideos schaffen Brücken zwischen Gesundheitswissen und Betrieben.

## Literatur

- Fecher, K. (2015): Barrierefreiheit der Rehabilitation. Statement der Deutschen Rentenversicherung Bund. [https://www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_D/2015/D34-2015\\_Barrierefreiheit\\_der\\_Rehabilitation.\\_Statement\\_der\\_Deutschen\\_Rentenversicherung\\_Bund.pdf](https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2015/D34-2015_Barrierefreiheit_der_Rehabilitation._Statement_der_Deutschen_Rentenversicherung_Bund.pdf)
- Kolpatzik, K., Bollweg, T., Fretian, A., Okan, O. (2025): Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ergebnisbericht. [https://www.hs.mh.tum.de/fileadmin/w00bbr/healthliteracy/pdf/HL\\_Survey\\_Deutschland\\_2024\\_final.pdf](https://www.hs.mh.tum.de/fileadmin/w00bbr/healthliteracy/pdf/HL_Survey_Deutschland_2024_final.pdf)
- Roski, R. (Hrg.)(2009): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Springer-VS.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

## **Können Rehalots\*innen Zugangschancen zu Kinder- und Jugendreha und Teilhabemöglichkeiten erhöhen?**

*Katharina Nettekoven; Miriam Martin*

FOGS GmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Modellprojekt „Kinder im Zentrum (KiZ)“ zielt unter anderem darauf ab, den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Region Schwaben durch mitunter aufsuchende Teilhabebegleitung zu verbessern. Besonders im Fokus stehen dabei Kinder und Jugendliche aus Familien, deren herausfordernde soziale oder familiäre Verhältnisse das Risiko für körperliche, psychische und entwicklungsbezogene Auffälligkeiten erhöhen können (Hölling et al., 2014).

Die Teilhabebegleitung im Projekt KiZ unterstützt die Familien bedarfsorientiert durch Information und kontinuierliche Begleitung, von der Beantragung der Reha bis zu einem Jahr nach Abschluss der Behandlung. Dies umfasst auch die Motivationserhaltung nach Bewilligung bis zum Reha-Antritt und die Stabilisierung des Behandlungserfolgs nach der Reha im Alltag – u. a. durch ergänzende Nachsorge- und andere Angebote. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Netzwerkarbeit der Rehalots\*innen, die den Zugang zur Rehabilitation vereinfacht.

Das Ziel ist, durch proaktive und gezielte Begleitung den Zugang zu Rehabilitationsangeboten zu erleichtern und eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Teilhabe chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher zu erreichen. Gleichzeitig soll durch die bedarfsgerechte Unterstützung der Behandlungserfolg stabilisiert und gesichert werden.

## **Methoden**

Im Rahmen des Modellvorhabens sollen u.a. die Fragen beantwortet werden, welche Familien tatsächlich durch das Projekt „Kinder im Zentrum (KiZ)“ erreicht werden und wie eine bedarfsgerechte Unterstützung aussehen kann. Um zu überprüfen, ob das Projekt hilfreich ist, werden dabei verschiedene methodische Ansätze genutzt.

Erstens dokumentieren die Rehalots\*innen umfassend Fall- und Leistungsdaten, durch die detailliert soziodemografische und gesundheitsbezogene Daten der teilnehmenden Kinder und Familien vorliegen. Mit diesen Daten kann die Zielgruppe hinsichtlich ihrer sozialen und familiären Hintergründe sowie ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse charakterisiert werden.

Zweitens werden Wiederholungsbefragungen mit Eltern und Kindern durchgeführt, um Ausgangssituation und Wirkung der Maßnahmen zu evaluieren. Diese standardisierten Erhebungen erfolgen zu mehreren Zeitpunkten, zu Beginn der Begleitung, direkt nach der Rehabilitationsmaßnahme und nach Abschluss des Gesamtprozesses.

Drittens werden ergänzen die quantitativen Daten durch qualitative Erhebungen ergänzt. Dazu zählen leitfadengestützte Interviews mit den Projektbeteiligten und mit den Familien selbst. Diese Gespräche ermöglichen vertiefte Eindrücke in die Erfahrungen der Akteure und bieten wertvolle Rückmeldungen zu den Prozessen und der Wirksamkeit der Teilhabebegleitung.

## **Ergebnisse**

Die Auswertungen der durchgeführten quantitativen und qualitativen Erhebungen zeigen, dass die Rehalots\*innen vor allem Familien erreichen, die mit komplexen Belastungslagen konfrontiert sind. Darunter sind viele Kinder mit mehrfachen Diagnosen und zusätzlichem Förderbedarf. Auch Familien mit mehreren chronisch kranken Kindern sowie Familien mit Migrationshintergrund werden durch die aufwändige Netzwerkarbeit der Rehalots\*innen erreicht. Erste Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass sich sowohl die gesundheitliche Situation der Kinder als auch ihre soziale und bildungsbezogene Teilhabe im Verlauf der Begleitung verbessern. In allen untersuchten Lebensbereichen – Gesundheit, Familie, Bildung und soziale Situation – werden zwar weiterhin Unterstützungsbedarfe sichtbar, gleichzeitig zeigen sich jedoch deutliche Tendenzen positiver Entwicklungen nach den Rehabilitationsmaßnahmen und der Teilhabebegleitung.

Die Rehalots\*innen spielen dabei im gesamten Unterstützungsprozess eine zentrale Rolle. Ihre ressourcenintensive, aufsuchende, verlässliche und niedrigrschwellige Arbeitsweise ermöglicht es, Familien frühzeitig zu beraten, bei der Antragstellung zu unterstützen, auf den Reha-Aufenthalt vorzubereiten, die Motivation bis zum Reha-Antritt aufrechtzuerhalten und nach der Reha positive Entwicklungen durch Verankerung in der alltäglichen Lebensrealität zu sichern. Durch die Kombination aus lebensweltnaher praktischer Unterstützung, administrativer Entlastung (z. B. Unterstützung bei Antragstellungen) und der Vernetzung zu verschiedenen Hilfsangeboten tragen sie wesentlich zum Abbau von Barrieren, zur Entlastung der Familien und Fachkräfte sowie zur nachhaltigen Verbesserung der Teilhabechancen bei.

## **Diskussion und Fazit**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Teilhabebegleitung eine wertvolle Möglichkeit bietet, den Zugang von Kindern- und Jugendlichen zu Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern und ihre Teilhabechancen zu stärken. Zugleich wird deutlich, dass die erfolgreiche Umsetzung dieses Ansatzes einen hohen personellen und zeitlichen Ressourceneinsatz sowie ein gut funktionierendes, interdisziplinäres Netzwerk erfordert, um eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Begleitung sicherzustellen.

## **Take-Home-Message**

Das Projekt zeigt: Eine gezielte, nachgehende Teilhabebegleitung durch Rehalots\*innen kann besonders vulnerable Familien den Zugang zu Reha- und Unterstützungsangeboten erleichtern, Barrieren abbauen und so langfristig die Teilhabechancen von Heranwachsenden stärken.

## **Literatur**

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57(7), 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Strukturelle Verankerung akademischer Therapieberufe: Ein Modell zur Fachkräftesicherung und Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation**

*Christopher Röck*

SRH Gesundheitszentrum Dobel

## **Hintergrund und Zielstellung**

Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland sind zunehmend mit einem Fachkräftemangel konfrontiert, der die Versorgungsqualität gefährdet (BWKG, 2025). So betrug die durchschnittliche Vakanzzeit für Physiotherapiestellen im Jahr 2022 bereits 233 Tage (IFK, 2023). Trotz der zunehmenden Akademisierung der Gesundheitsfachberufe werden hochschulische Qualifikationen in bestehenden Stellenprofilen und tariflichen Strukturen oft unzureichend abgebildet, was die Attraktivität des Berufsfeldes mindert und den Transfer wissenschaftlicher Evidenz hemmt. Ziel des Projekts war es, ein spezifisches Stellenprofil für akademisierte Therapeut:innen zu implementieren, um deren wissenschaftliche Kompetenzen systematisch in die Versorgungs- und Forschungsprozesse zu integrieren und einen messbaren Mehrwert zu schaffen.

## **Methoden**

Von 2022 bis 2024 wurde an zwei SRH Gesundheitszentren ein Pilotprojekt durchgeführt, um die Aufgaben und Kompetenzen akademisierter Therapeut:innen zu definieren. Unter dem Motto „Forschung und Praxis verbinden“ wurden drei Kernbereiche bearbeitet: Erstens die Entwicklung eines evidenzbasierten Therapiekonzepts in der Neurologie, basierend auf der ReMoS-Leitlinie und gesteuert durch das Functional Ambulation Categories (FAC) als Leitsassessment. Zweitens die wissenschaftliche Evaluation dieses Konzepts im Rahmen einer Bachelorarbeit in Kooperation mit der SRH University. Drittens der systematische Praxistransfer der Erkenntnisse durch Publikationen und Kongressbeiträge. Nach erfolgreichem Abschluss wurde das Modell 2024 auf alle vier Gesundheitszentren übertragen.

## **Ergebnisse**

Als Ergebniss des Projekterfolgs wurden an allen vier SRH Standorten dauerhaft Stellen für „Akademisierte Therapeut:innen“ etabliert. Das definierte Aufgabenprofil umfasst bis zu 20 % der Arbeitszeit als Projektzeit und sieht eine tarifliche Eingruppierung entsprechend dem Bachelorabschluss vor, was einer Gehaltssteigerung von circa 10 % entspricht. Die hohe Attraktivität der Positionen führte zur erfolgreichen Besetzung von 12 Stellen (10 interne, 2 externe Kandidat:innen), wodurch qualifiziertes Personal gebunden werden konnte.

Basierend auf den Erkenntnissen der Pilotphase wurden die zwei zentralen Aufgabenbereiche „Innovation“ und „Forschung“ definiert. Ein standortübergreifendes „Team Innovation und Forschung in der Therapie“ (IFT) wurde gebildet, um die Zusammenarbeit zu strukturieren und um eine einheitliche Identität zu schaffen und den funktionalen Auftrag des Teams, der sich aus diesen Aufgabenbereichen ableitet, klar im Unternehmen zu kommunizieren

Im Innovationsfeld wurde am SRH Gesundheitszentrum Waldbronn ein Arm- und Ganglabor für die neurologische Rehabilitation entwickelt. Die Konzeption erfolgte mittels VR-Simulation, was eine prozessuale und räumliche Optimierung vor der Realisierung ermöglichte. Aufbauend auf dem evidenzbasierten Konzept der Pilotphase erlaubt das Labor nun eine hochfrequente, individualisierte Behandlung der Gehfähigkeit.

Das Forschungsfeld gliedert sich in Primärforschung und die Koordination externer Studien. Die Primärforschung wird durch die Betreuung von Bachelor-, Master- und Doktorarbeiten in Kooperation mit der SRH University und der Sporthochschule Köln realisiert. Zudem agieren die Therapeut:innen als lokale Koordinator:innen für multizentrische Projekte wie die MBOR-AHB-Studie (GFQG, 2022) und gewährleisten eine qualitativ hochwertige Umsetzung für externe Institute.

## **Diskussion und Fazit**

Die strukturelle Verankerung akademisierter Therapieberufe mit festen Zeitkontingenten für Forschung und Innovation stellt ein wirksames Instrument gegen den Fachkräftemangel dar und steigert die Arbeitgeberattraktivität. Das Modell ermöglicht die systematische Implementierung evidenzbasierter Praxis, fördert die interne Personalentwicklung und schafft professionalisierte Strukturen für klinische Forschung. Die erfolgreiche Übertragung auf vier Standorte zeigt, dass dieses Konzept auch für andere Reha-Einrichtungen interessant sein



kann. Zukünftige Evaluationen sollten den langfristigen Einfluss auf klinische Outcome-Parameter und die Zufriedenheit der Rehabilitand:innen quantifizieren.

### **Take-Home-Message**

Neue Stellen für akademische Therapeuten mit Projektzeit schließen aktiv die Theorie-Praxis-Lücke. Sie übersetzen Forschung direkt in die Praxis, beschleunigen die Anwendung von Evidenz und steigern so die Behandlungs- und Versorgungsqualität nachhaltig

### **Literatur**

- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (2025, 31. August): BWKG-Indikator 1/2025: Bund und Land müssen der Gesundheitsversorgung höchste Priorität einräumen. Aufgerufen am 05.11.2025 unter <https://www.bwkg.de/presse/pressemitteilung/news/bwkg-indikator-12025-bund-und-land-muessen-der-gesundheitsversorgung-hoechste-prioritaet-einraeumen/>
- Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG). (2022): Entwicklung und Evaluation einer für die Anschlussheilbehandlung (AHB) adaptierten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR-AHB). Aufgerufen am 05.11.2025 unter <https://gfqg.de/c2/assets/f163504c-c998-4b82-afb5-4d75c2dae4bd>
- IFK – Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten. (2023): Fachkräfteengpassanalyse für 2022 erschienen. Aufgerufen am 05.11.2025 unter <https://ifk.de/artikel/fachkraefteengpassanalyse-fuer-2022-erschienen>.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Zwischen Beteiligung und Systemgrenzen: Partizipativer Co-Design-Prozess in einer öffentlichen Organisation**

*Anna-Lena Moeckl; Sarah Jasiok; Feline Zocher; Sahin DüNDAR; Andreas Kögel*

Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e. V.

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Beteiligung von Zielgruppen wird in öffentlichen Organisationen immer wichtiger, stellt jedoch aufgrund der Strukturen und Verwaltungsabläufe eine Herausforderung dar. Die Kultur öffentlicher Organisationen kann im Spannungsverhältnis zu partizipativen Ansätzen stehen. Die Integration von Nutzungsgruppen in die Gestaltung neuer Angebote kann zu einer höheren Akzeptanz und einer besseren Zielgruppenansprache führen (Hochmuth et al., 2020). Herausforderungen, wie unterschiedlich inhärente Logiken, Vorgehensweisen und Zielsetzungen der beteiligten Akteur:innen – Verwaltung, Wissenschaft und Dienstleister – können auftreten (Wright, 2021; von Unger, 2012).

Dieser Beitrag beleuchtet am Beispiel des Modellprojekts ORIENT aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung die Dynamiken divergierender Leitbilder und Ziele, indem er die Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherungsträger, Wissenschaft, Medienagentur und

Rehabilitand:innen im Kontext des Co-Design-Prozesses eines digitalen Medien- und Informationsangebotes thematisiert. Er trägt somit zu einem besseren Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen von Partizipation als Implementierungshilfe bei innovativen Vorhaben im öffentlichen Sektor bei.

## **Methoden**

Der Entwicklungsprozess umfasste Design-Thinking-Methoden sowie qualitative und strukturierte Erhebungen. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von April bis Juni 2025 in zwei Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Hessen. Zentral waren dabei partizipative Workshops, an denen Rehabilitand:innen; Vertreter:innen der Medienagentur, der DRV Hessen und der wissenschaftlichen Begleitung beteiligt waren. Die Workshop-Reihe bestand aus vier aufeinanderfolgenden Phasen mit ein bis zwei Workshops, die jeweils in einem Abstand von zwei bis vier Wochen stattfanden. An den Workshops nahmen zwischen sechs und fünfzehn Personen teil, sodass in allen Sitzungen ein aktiver Gruppenaustausch möglich war.

Der Entwicklungsprozess wurde während aller Workshopphasen durch eine beobachtende Evaluation wissenschaftlich begleitet. Am Ende jedes Workshops wurden eine Abschlussbefragung der Rehabilitand:innen sowie Kurzinterviews mit den anderen Workshop-Beteiligten (Moderations- und Organisationsteam) durchgeführt. Experteninterviews mit dem Wissenschaftsteam halfen, die Ergebnisse aus allen Perspektiven zu reflektieren und ein umfassendes Bild des Prozesses zu erhalten. Zwischenergebnisse wurden den Projektbeteiligten jeweils vor der nächsten Workshopphase in Form von Ad-hoc-Berichten zur Verfügung gestellt, sodass die Erkenntnisse bereits für die nächste Phase berücksichtigt werden konnten.

Alle gesammelten Materialien wurden mit der Software MAXQDA einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse des partizipativen Co-Design-Prozesses im Modellprojekt ORIENT zeigen sowohl Potenziale als auch Herausforderungen bei der Einbindung von Versicherten in die Entwicklung öffentlicher Medien- und Informationsangebote. Einerseits führt die Beteiligung der Versicherten zu einem Empowerment: sie fühlen sich wertgeschätzt indem ihre Perspektiven wahrgenommen und in den Designprozess integriert werden, was das Vertrauen in die öffentliche Organisation stärken kann. Andererseits kann aus Perspektive der Sozialversicherungsträger die Entscheidungsmacht nicht ausschließlich von den Rehabilitand:innen ausgehen, da für die Umsetzung des Medien- und Informationsangebotes strukturelle Voraussetzungen wie zeitliche Vorgaben, technische Möglichkeiten und rechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden müssen, die sich der Kenntnis der Rehabilitand:innen entziehen. Hierdurch entsteht ein Zielkonflikt zwischen dem Wunsch der Sozialversicherungsorganisationen, Partizipation auf einer hohen Stufe zu ermöglichen und deren Prinzipien, die sich in den engen Strukturen institutionalisierter Leitideen und gesetzlich vorgeschriebener Isomorphie bewegen. Dennoch konnte beobachtet werden, dass die Berücksichtigung der Perspektive der Rehabilitand:innen einen hohen Stellenwert einnahm. Auf Basis der Zwischenergebnisse der Evaluation wurde das Vorgehen agil und iterativ angepasst.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der partizipative Ansatz im öffentlichen Sektor Potenziale für die Entwicklung zielgerichteter und akzeptierter Angebote bietet, jedoch auch mit strukturellen und organisatorischen Herausforderungen konfrontiert ist. Besonders die enge Zusammenarbeit zwischen den Organisationen/Institutionen ist entscheidend, um Co-Design-Prozesse erfolgreich umzusetzen. Die umgesetzten Anpassungen der Workshops unterstreichen, dass die Flexibilität, die für den Erfolg solcher Prozesse erforderlich ist, unter bestimmten Bedingungen grundsätzlich gegeben ist. Insgesamt zeigt sich, dass partizipative Methoden das Vertrauen in öffentliche Organisationen fördern und die Entwicklung nutzerzentrierter Lösungen ermöglichen können.

## **Take-Home-Message**

Partizipative Co-Design-Prozesse in öffentlichen Organisationen können die Akzeptanz neuer Lösungen fördern, erfordern jedoch eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteur:innen und Flexibilität.

## **Literatur**

Hochmuth, A., Exner, A.K., Dockweiler, C. (2020): Implementierung und partizipative Gestaltung digitaler Gesundheitsinterventionen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 63, 2. 145–152.

von Unger, H. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 13(1). Art. 7.

Wright, M.T. (2021): Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 64, 2. 140-145.

Die Arbeit entstand im Rahmen des Projektes „AdressatenORIENTierter Ansatz zur Erfassung von Bedürfnissen der Versicherten und Entwicklung neuer Angebote zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit (ORIENT)“, welches im Bundesprogramm „rehapro“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wird.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Integration ausländischer Pflegefachkräfte in der neurologischen Frührehabilitation – Eine quantitative Erhebung mit praxisorientierten Handlungsempfehlungen**

*Astrid Vinerica*

Dr. Becker Kiliani-Klinik

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der wachsende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen führt zur gezielten Rekrutierung ausländischer Pflegefachkräfte. Deren nachhaltige Integration stellt dabei eine zentrale Herausforderung dar. Ziel der vorliegenden Studie war es, mittels eines standardisierten Fragebogens die bestehenden Integrationsprozesse in der neurologischen Frührehabilitation der Dr. Becker Kiliani-Klinik (Bad Windsheim) zu analysieren. Auf Basis der Ergebnisse wurden praxisorientierte Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Integration entwickelt. Die Studie entstand im Rahmen der Bachelorarbeit der Autorin (März 2023) und wurde 2024 im Sammelband „Integration ausländischer Pflegepersonen: Impulse für die Praxis“ (Güse) veröffentlicht.

### **Methoden**

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines eigens entwickelten, standardisierten Fragebogens (deutsch/ukrainisch), basierend auf einer orientierenden Literaturrecherche sowie der beruflichen Erfahrung der Autorin. In der quantitativen Querschnittsstudie mit einer Grundgesamtheit von 51 Personen und einem Rücklauf von 37 Teilnehmenden (Rücklaufquote: 73 %) wurden etablierte Pflegefachkräfte, Praxisanleiter sowie Pflegefachkräfte im und nach dem Anerkennungsprozess befragt. Die Auswertung erfolgte quantitativ-deskriptiv. Qualitative Freitextantworten ergänzten die Analyse.

### **Ergebnisse**

Die Befragung offenbart folgende heterogene Ergebnisse:

Personenspezifische Daten und Herausforderungen: Zwei Hauptgruppen wurden identifiziert: serbische Fachkräfte, geplant über Arbeitsmarktintermediäre mit B2-Sprachkurs im Herkunftsland, motiviert durch berufliche Weiterentwicklung und bessere Arbeitsbedingungen sowie ukrainische Fachkräfte, die krisenbedingt und ungeplant einwanderten, vorwiegend auf Sicherheit und Existenzsicherung fokussiert. Als zentrale Herausforderung wird die sprachliche Barriere genannt.

Zufriedenheit: Ausländische Pflegefachkräfte berichten über eine hohe Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Stationsleitungen und Arbeitgeber. Die Anerkennung als gleichwertige Teammitglieder wird ebenfalls überwiegend bestätigt, trotz anfänglicher schwieriger Anerkennungsprozesse. Etablierte Pflegefachkräfte hingegen äußerten Kritik an unklaren rechtlichen Rahmenbedingungen und fehlender Vorbereitung durch die Einrichtung.

Zusammenarbeit: Während die Mehrheit der ausländischen Pflegefachkräfte eine gute Zusammenarbeit beschreibt, berichten trotzdem 54 % über direkte sowie indirekte Diskriminierungserfahrungen durch Kollegen sowie Patienten. Zudem äußerten einige das Gefühl, für unangenehme Aufgaben bevorzugt eingesetzt zu werden. Etablierte Pflegefachkräfte gaben mehrheitlich an, sich bisher kaum mit der kulturellen Herkunft ihrer Kollegen auseinandergesetzt zu haben.

Maßnahmen für eine erfolgreiche Integration: Ausländische Pflegefachkräfte wünschen sich explizit einen Integrationspaten. Positiv bewertet wurde die Anpassung der Berufsbezeichnung „Pflegefachkraft in Anerkennung“. Zudem sprechen sich 83 % der etablierten Pflegefachkräfte dafür aus, Pflegefachkräfte im Anerkennungsverfahren nicht als Pflegehelfer im Dienstplan zu führen.

Daraus lassen sich Empfehlungen für den Arbeitgeber ableiten, die auf ausländische Pflegefachkräfte ausgerichtet sind und Wertschätzung, fachliche und soziale Integration betreffen: Berufsbezeichnung „Pflegefachkraft in Anerkennung“, Sprachkurs, Therapeutentag, Integrationspaten, Freizeitangebote, Integrationsberatung und Diskriminierung entgegenwirken. Außerdem empfiehlt sich eine bedachte Rekrutierung mehrerer ausländischer Pflegefachkräfte aus denselben Herkunftsländern.

Maßnahmen, die etablierte Pflegefachkräfte im Fokus haben, betreffen vor allen die fachliche und soziale Integration: frühzeitige Informationsweitergabe, interne Fortbildung zu Integration, Übersicht über die Qualifikation ausländischer Pflegefachkräfte, Schulung zur richtigen Einarbeitung und kulturelle Sensibilisierung.

Aufgabe der Stationsleitungen ist es, gute Arbeitsbedingungen zu schaffen und zeitnah auf Probleme und Unzufriedenheit einzugehen durch transparente Dienstplangestaltung, die Beteiligung von Mitarbeitern an Entwicklungsprozessen, regelmäßige Stationsbesprechungen, soziale Events, Supervision und Begegnung auf Augenhöhe.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen: in der Dr. Becker Kiliani-Klinik besteht bereits eine tragfähige Integrationskultur. Gleichzeitig wird deutlich, dass weitere strukturelle Maßnahmen, insbesondere zur Unterstützung der etablierten Pflegefachkräfte, notwendig sind. Offenheit und Zusammenarbeit aller Beteiligten sind dabei grundlegende Voraussetzungen. Eine erfolgreiche Integration erfordert gezielte Vorbereitung, kontinuierliche Begleitung und ein interkulturell sensibilisiertes Team. Dies stärkt nicht nur die Mitarbeiterbindung, sondern langfristig auch die Versorgungsqualität in der Reha – ganz im Sinne des Mottos „Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen“.

Ausblick und Umsetzung seit der Erhebung:

- Einführung eines strukturierten Onboarding-Prozesses
- Anpassung der Namensschilder („Pflegefachkraft in Anerkennung“)
- Anerkennung durch kleine Aufmerksamkeiten nach bestandener Kenntnisprüfung
- Ausbau geplanter Praxisanleitungen & interdisziplinärer Hospitationen
- klinikfinanzierte soziale Mitarbeitererevents
- monatliche Stationsbesprechungen mit Präsenzpflcht

- schnelle Reaktion auf Diskriminierung (inkl. Mobbingbeauftragte)
- geplante Rekrutierung aus Serbien Anfang 2026
- Schulungsangebote für Integrationspaten sind noch in Planung

Zukünftig ist eine erneute Befragung im Rahmen einer Längsschnittstudie geplant, um die Wirkung der Maßnahmen zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

### **Take-Home-Message**

Eine gelingende Integration ausländischer Pflegefachkräfte erfordert gezielte Vorbereitung, kulturelle Sensibilisierung und transparente Zusammenarbeit – sie stärkt langfristig die Versorgungsqualität in der Reha.

### **Literatur**

Güse, C. (Hrsg.), (2024). Integration ausländischer Pflegepersonen: Impulse für die Praxis. Gesundheit und Pflege – aus der Hochschule in die Praxis, Band 6. Berlin: Logos Verlag.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Neue Wege in der psychosomatischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse der Familienorientierten Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten (FER)**

*Hanah Miluczenko<sup>1</sup>; Helen Bindels<sup>1</sup>; Martin Sack<sup>2</sup>; Veronika Zweckerl<sup>2</sup>; Paul Bruckmann<sup>2</sup>;  
Daniel Gerlach<sup>3</sup>; Theresa Kergaßner<sup>3</sup>; Stephen Aita<sup>3</sup>; Annina Thiller<sup>4</sup>; Michael Schuler<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Bochum; <sup>2</sup> TUM Klinikum; <sup>3</sup> Klinik Höhenried;

<sup>4</sup> Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Rahmen des Bundesprogramms rehapro des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde mit der Familienorientierten Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten (FER) eine neue Versorgungsform in der psychosomatischen Rehabilitation entwickelt und exemplarisch in der Klinik Höhenried implementiert. Die zugrundeliegende Idee des Konzepts ist der systematische Einbezug von Angehörigen – z. B. Partner\*innen, (Begleit-)Kindern, usw. – in die stationäre Rehabilitation zur Stärkung familiärer Ressourcen und zur nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs. FER besteht aus mehreren spezifischen, individuell einsetzbaren Modulen (z. B. Therapiegruppe Familiengesundheit, interdisziplinäres Familienaufnahmegespräch, Angehörigengespräche), die zusätzlich zu den Standardelementen einer psychosomatischen Rehabilitation angeboten werden. Kinder können als Begleitkinder mitaufgenommen werden. Unter anderem werden diese durch therapeutisch geleitete Familiengespräche mit dem/der Rehabilitand\*in und eine spezielle Entwicklungsförderung durch eine\*n Kinder- und Jugendpsycholog\*in in die Rehabilitation integriert. Die Maßnahme wird wissenschaftlich bezüglich Zugangs-, Prozess- und Ergebnisqualität untersucht, kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Im Rahmen der

Erprobungsphase wurden die neuen Therapieelemente in den laufenden klinischen Betrieb implementiert und bezüglich der Umsetzbarkeit und Optimierungsmöglichkeiten evaluiert.

## **Methoden**

Während der 6-monatigen Erprobungsphase wurden 37 leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden geführt (31 mit Rehabilitand\*innen, 6 mit Angehörigen) und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Leitend waren die Fragen, wie Teilnehmende die Maßnahme beschreiben und welche Veränderungen kurz- und mittelfristig innerhalb der Familien erkennbar sind. Des Weiteren wurden die Rehabilitand\*innen per Fragebogen zu vier Messzeitpunkten (Beginn, Ende, 3 und 6 Monate nach der Rehabilitation) befragt. Für die vorliegenden Fragestellungen wurden Freitextangaben einbezogen und ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Insgesamt nahmen zwischen 07/2024 und 12/2024 49 Rehabilitand\*innen an FER teil, davon 18 mit und 31 ohne Begleitkind. Das mittlere Alter der Rehabilitand\*innen betrug  $M = 45$  Jahre ( $\pm 7$  SD), das der Begleitkinder  $M = 6,5$  Jahre ( $\pm 2,5$  SD). Die Maßnahme fand breite Zustimmung und wurde insgesamt als bereichernd beschrieben. Besonders hervorgehoben wurde der „FER-Gruppeneffekt“ durch den Austausch mit anderen Eltern sowie die therapeutischen Paar- und Familiengespräche. Es zeigte sich, dass FER variabel genutzt wird: Einige Rehabilitand\*innen nahmen FER eher mit individuumszentriertem, andere mit familienorientiertem Schwerpunkt in Anspruch (z. B. Wer bin ich neben meiner Elternrolle? vs. Wie können wir innerhalb der Familie besser miteinander kommunizieren?). Unter anderem beschreiben Rehabilitand\*innen mit Begleitkindern den eingeschränkten Raum für eigene Bedürfnisse und Selbstfürsorge als belastend. Sie messen jedoch der professionellen Einschätzung der Entwicklung ihrer Kinder durch das pädagogische Team des Kinderhauses und die\*den Kinder- und Jugendpsycholog\*in einen hohen Wert bei. Als Optimierungsmöglichkeiten wurden flexiblere Modelle der Aufnahme von Begleitkindern (z. B. Aufenthalt nur zeitweise mit Begleitkind) und eine höhere Frequenz an therapeutisch geleiteten Angehörigengesprächen genannt. Als positive nachhaltige Veränderungen wurden insbesondere ein gelassenerer Umgang mit familiären Konflikten und eine wertschätzendere Kommunikation innerhalb der Familie berichtet.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass FER sich weitgehend wie geplant implementieren ließ und von den Rehabilitand\*innen und Angehörigen überwiegend positiv und bereichernd wahrgenommen wurde. Aufgrund des adaptiven modularen Aufbaus kann FER flexibel und mit individueller Schwerpunktsetzung in Anspruch genommen werden. Diese Offenheit wird größtenteils als Stärke wahrgenommen und macht sichtbar, dass es unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse der Rehabilitand\*innen hinsichtlich des Angehörigeneinbezugs gibt. Im weiteren Projektverlauf soll untersucht werden, welche Personengruppen FER in Anspruch nehmen, welche kurz- und mittelfristigen Effekte sich zeigen und ob bzw. welche strukturellen Anpassungen erforderlich sind, um FER nachhaltig in der Routineversorgung und an weiteren Standorten zu verankern.

## **Take-Home-Message**

FER bietet einen innovativen Ansatz, der Angehörige und Kinder systematisch in die Behandlung psychisch Erkrankter einbezieht. Teilnehmende der Erprobungsphase beschreiben überwiegend nachhaltige positive Veränderungen im familiären Miteinander.

## **Literatur**

n.a.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

# **Patientenzentrierte Kommunikationsfertigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale des Behandlungsteams in der traumatologischen Rehabilitation – eine explorative Analyse**

*Martin Schindl<sup>1</sup>; Harald Zipko<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> AUVA Rehabilitationszentrum Weißer Hof; <sup>2</sup> FH Campus Wien

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Rehabilitation von Menschen mit Beeinträchtigungen stellt einen komplexen Prozess mit einer Vielzahl von therapeutischen Modalitäten dar, deren Anwendung von Levack et al. (2024) mit der Tätigkeit eines Patissiers verglichen wird. Neben den einzelnen therapeutischen Bestandteilen dieses Prozesses stellt auch das „WIE“ (die kommunikativen Fertigkeiten) (Dibbelt et al., 2010) und das „WER“ des Patissiers (Persönlichkeitsstruktur der medizinischen Fachkraft) einen wichtigen Erfolgsfaktor für die Erreichung des Patiententeilhabeziels dar. Wesentlicher Bestandteil dieses „WIE“ stellen die kommunikativen Fertigkeiten und die Werthaltung aufgrund der Persönlichkeitsstruktur (Mullola, et al., 2019) des therapeutischen Teams dar.

Im Rehabilitationszentrum Weißer Hof wurden 2022 und 2024 Schulungen in patientenzentrierter Kommunikation (nach ÖPGK/tEACH Standard mit Schauspielpatient\*innen) durchgeführt.

Ziel der Studie war es, den Effekt der Schulungen auf die kommunikativen Fertigkeiten der Teilnehmenden und deren Persönlichkeitsmerkmale in einer explorativen Studie zu untersuchen.

## **Methoden**

In einer explorativen Analyse wurden die selbsteingeschätzten kommunikativen Fertigkeiten von 20 Teilnehmenden an einer 12-stündigen Patientenzentrierten Kommunikationsschulung nach ÖPGK und tEACH Standard (Sator et al., 2021) ausgewertet.

Die Fertigkeiten wurden anhand einer 5-eiligen numerischen Ratingskala von 1 (geringe Kompetenz) bis 5=sehr hohe Kompetenz) bewertet.



Die Persönlichkeitsstruktur der Teilnehmenden wurde anhand des NEO-Fünf-Inventars (Borkenau, Ostendorf, 2008) erhoben und den Werten der deutschen Normbevölkerung (Borkenau, Ostendorf, 2008) gegenübergestellt.

#### Statistik

Die Änderungen der Beurteilungen wurden sowohl als (a) absolute Häufigkeiten der ganzzahligen Differenzen aus subjektiven Angaben einer 5-teiligen numerischen Ratingskala von 1 (geringe Kompetenz) bis 5 (sehr hohe Kompetenz) zwischen erstem und zweitem Fragebogenzeitpunkt als auch mittels (b) Wilcoxon-Effektgrößen analysiert (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Änderungen der Einschätzung zur Beurteilung der subjektiv-persönlich eingeschätzten Kompetenz zur „Patientenzentrierter Kommunikation“

| Änderung in Punkten          | 0 | +1 | +2 | +3 | Effektgröße |
|------------------------------|---|----|----|----|-------------|
| Infos sammeln                | 0 | 14 | 1  | 0  | 0.893       |
| Verständnis zeigen           | 4 | 11 | 0  | 0  | 0.516       |
| Richtige Info-Menge          | 0 | 12 | 2  | 1  | 0.563       |
| Erinnern fördern             | 4 | 10 | 1  | 0  | 0.576       |
| Umgang mit starken Emotionen | 5 | 7  | 3  | 0  | 0.000       |
| Motivation fördern           | 3 | 8  | 4  | 0  | 0.452       |

Weiters wurden die Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale der Teilnehmenden den Werten des deutschen Normkollektivs grafisch gegenübergestellt (siehe Abb. 1).

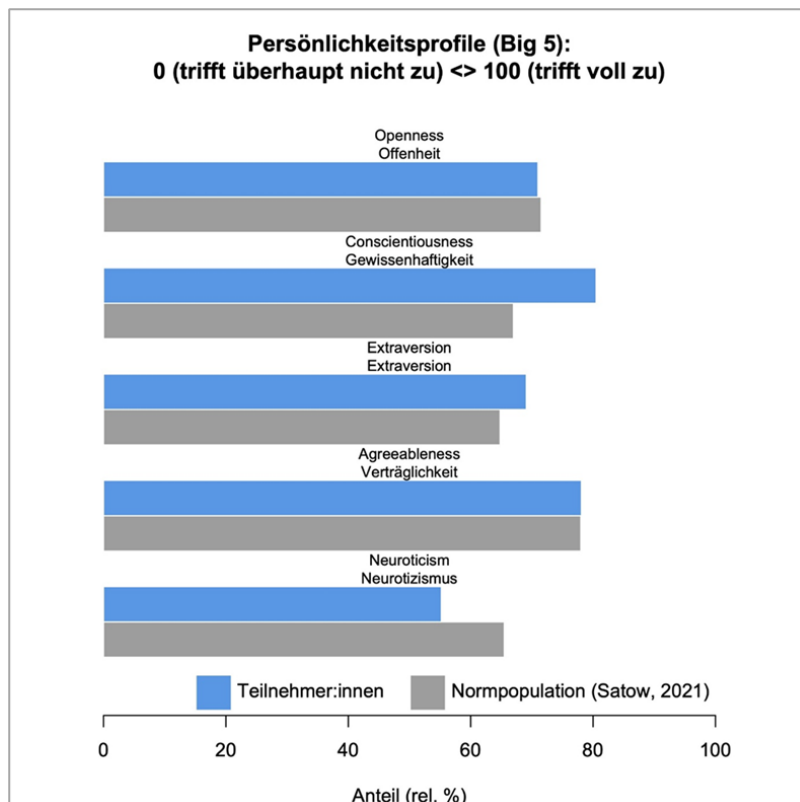


Abbildung 1: Persönlichkeitsmerkmale der teilnehmenden Gesundheitsfachkräfte im Vergleich zu einem deutschen Normkollektiv

## **Ergebnisse**

### **Kommunikationstraining:**

Insgesamt nahmen an den je 12-stündigen Ausbildungen 20 Personen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Physio-, bzw. Ergo-, und Sporttherapie teil. In der Gesamtbewertungen vergaben 19 von 20 Personen die Schulnote „1“, eine einzige Person vergab die Note „2“.

Die Teilnehmenden gaben Interesse an weiteren Wiederholungskursen an und meinten, dass sie das Seminar anderen Kolleg:innen weiterempfehlen würden.

Für die allermeisten Fertigkeiten zeigten sich hinsichtlich der selbst wahrgenommenen Zunahme der kommunikativen Fertigkeiten (skills) positive Veränderungen mit starken bis sehr starken Effektgrößen. (Tab. 1)

### **Persönlichkeitsstruktur**

Die Verteilung der Persönlichkeitsmerkmale der Teilnehmenden entspricht im Wesentlichen der Verteilung in der deutschen Normwertbevölkerung. (Abb. 1). Relevante Abweichungen fanden sich im Vergleich zum Normkollektiv für eine größeren Gewissenhaftigkeit und einem geringeren Neurotizismus. (Abb. 1.)

## **Diskussion und Fazit**

Die Zunahme der selbst wahrgenommenen skills fand in für die Rehabilitation relevanten Bereichen wie „Informationen sammeln“, „Informationen geben“ und „Motivation fördern“ statt.

Ein gering ausgeprägter Neurotizismus wird mit geringerer Gefahr für die Entstehung eines Burnout-Syndroms angesehen und stellt ebenso wie eine überdurchschnittliche (berufsbezogene) Gewissenhaftigkeit ein wünschenswertes Persönlichkeitsmerkmal für medizinisches Personal dar (Mullola et al., 2019).

Die geringe Zahl der Teilnehmenden stellt eine wesentliche Limitation der Studie dar. Die Stärke der Studie liegt in der erstmaligen Beschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen von Teilnehmenden einer patientenzentrierten Kommunikationsausbildung aus dem Kreis eines multidisziplinären Rehabilitationsteams im Bereich der traumatologischen Rehabilitation in Österreich.

## **Take-Home-Message**

Nach einem patientenzentrierten Kommunikationstraining zeigt sich bei medizinischem Fachpersonal mit hoher berufsbezogener Gewissenhaftigkeit und geringen Neurotizismusteilen eine relevante Zunahme der Kommunikationsfertigkeiten.

## **Literatur**

- Borkenau, P., Ostendorf, F. (2008): NEO-FFI NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae. Hogrefe Verlag GmbH, 37085 Göttingen.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., Greitemann, B. (2010): Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen? [Patient-doctor interaction in rehabilitation: is there a relationship between perceived interaction quality and long term treatment results?]. Rehabilitation (Stuttg). 2010 Oct;49(5):315-25. German. doi: 10.1055/s-0030-1263119. Epub 2010 Oct 20. PMID: 20963673.

- Levack, WM., Gross, DP., Martin, RA., Every-Palmer, S., Kiekens, C., Cordani, C., Negrini, S. (2024): Participants in the 5th Cochrane Rehabilitation Methodological Meeting. Designing studies and reviews to produce informative, trustworthy evidence about complex interventions in rehabilitation: a narrative review and commentary. Eur J Phys Rehabil Med. 2024 Dec;60(6):1088-1099. doi: 10.23736/S1973-9087.24.08459-4. Epub 2024 Jun 26. PMID: 38922317; PMCID: PMC11780669.
- Mullola, S., Hakulinen, C., Gimeno Ruiz de Porras, D., Presseau, J., Jokela, M., Vänskä, J., Paunio, T., Elovainio, M. (2019): Medical specialty choice and well-being at work: Physician's personality as a moderator. Archives of environmental & occupational health, 74(3), 115–129. <https://doi.org/10.1080/19338244.2018.1448355>
- Sator, M., Holler, P., Rosenbaum, M. (2021): National train-the-trainer certificate programme for improving healthcare communication in Austria. Patient education and counseling, 104(12), 2857–2866. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.046>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Problemorientierte Ganganalyse in der Rehabilitation nach TEP: Potenzial zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs**

*Juliane Pietschmann; Helen Müller; Jasmin Sonntag; Rica Gerdesmeyer;  
Thomas Jöllenbeck*

Klinik Lindenplatz

### **Hintergrund und Zielstellung**

Nach endoprothetischer Versorgung von Hüft- oder Kniegelenk verbleiben bei vielen Patienten klinisch relevante Defizite im Gangbild. Diese sind gekennzeichnet durch deutliche Bewegungsdefizite im betroffenen und ipsilateralen Gelenk, die insbesondere nach Hüft-TEP zu kompensatorischen Beckenbewegungen führen. Nach Knie-TEP zeigt sich häufig eine eingeschränkte Flexions-Extensions-Bewegung (Jöllenbeck & Pietschmann, 2019). Diese Defizite wirken sich erheblich auf die Wirbelsäule aus und führen langfristig zu Fehlbewegungen und -belastungen (Jöllenbeck et al., 2023). Auch Jahre postoperativ bestehen noch funktionelle Defizite und Kompensationsmechanismen (Scheider, 2024), die sich in reduzierter Gelenkbeweglichkeit (Marino et al., 2024) sowie defizitären Gangparametern und Bodenreaktionskräften äußern (Zhao et al., 2024).

Ein zentrales Ziel der Reha nach Hüft- und Knie-TEP ist daher die Wiederherstellung eines normalen und symmetrischen Gangbildes. Bislang fehlen jedoch strukturierte, objektive Verfahren zur Analyse dieser Defizite. Patienten entwickeln dadurch nur ein geringes Bewusstsein für ihre Bewegungsproblematik, was nachhaltige Bewegungsverbesserungen limitiert und ggf. Folgeerkrankungen begünstigen kann.

Am Institut für Biomechanik werden jährlich rund 1200 biomechanische Ganganalysen im klinischen Alltag durchgeführt, um Defizite gezielt zu identifizieren und den Reha-Erfolg zu

optimieren. Ziel dieser Arbeit ist es, das standardisierte Vorgehen einer problemorientierten Stand- und Ganganalyse vorzustellen, mit dem innerhalb eines Zeitfensters von 60 Minuten die hochkomplexe Bewegung des Gehens analysiert und den Patienten so erläutert werden kann, dass diese ihre individuellen Probleme erkennen, verstehen und ein nachhaltiges Bewusstsein für erforderliche Optimierungen geweckt wird.

## **Methoden**

Die apparative Stand- und Ganganalyse erfolgt auf einem Laufband mit integrierter Druckmessplatte (h/p/cosmos quasar med, Zebris FDM) und Videoerfassung von dorsal und lateral. Analysiert werden zwei frei wählbaren Tempi (wohlgefühl/zügiges Gehen). Erfasst werden neben der Videoanalyse spezifische Gangparameter wie Fußrotation, Schrittlänge, Abrollverhalten, Druck- und Kraftkurven. Aus diesen Daten wird ein standardisierter Report erstellt.

Im Anschluss werden die Ergebnisse in einem Analysegespräch gemeinsam mit dem Patienten anhand von Videosequenzen und Reportdaten interpretiert. Die Analyse folgt einem strukturierten Vorgehen wobei u. a. auf Asymmetrien, Rotationen, Instabilitäten, Kompensationsmustern und verminderte Bewegungsumfänge eingegangen wird. Zentral ist das patientengerechte Aufzeigen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, um Verständnis und Eigenwahrnehmung zu fördern. Alle Patienten erhalten einen schriftlichen Befundbericht mit individuellen Therapieempfehlungen, relevanten Bildern und Gangparametern.

Eine interne Evaluation der Ganganalyse erfolgte über Schulnoten sowie eine Follow-Up Studie mittels HOOS- und KOOS Fragebögen, die zu Beginn und am Ende der Reha sowie nach 3, 6 und 12 Monaten online ausgefüllt wurden.

## **Ergebnisse**

Die apparative Ganganalyse wurde von Patienten als verständlich, hilfreich und motivierend bewertet. Die Zufriedenheit lag bei 1,25 (Schulnotensystem). Im Follow-Up-Design zeigten Patienten mit Ganganalyse durchgehend bessere Outcomes. Sowohl nach Hüft- wie nach Knie-TEP erreichten sie bereits nach 3 bzw. 6 Monaten - und damit mindestens 9 bzw. 6 Monate früher als die Kontrollgruppe einen deutlich verbesserten Status mit weniger Symptomen und Schmerzen, besserer Funktion und Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens, verbesserten Sport- und Freizeitmöglichkeiten und damit auch gesteigerter Lebensqualität.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass das standardisierte Vorgehen der Stand- und Ganganalysen individuelle Bewegungsprobleme nach TEP sichtbar macht und das Bewusstsein der Patienten fördert - ein entscheidender Schritt zur funktionellen Verbesserung. Patienten mit Ganganalyse profitieren stärker und früher, was die Effektivität belegt. Die Ergebnisse der Ganganalyse sind eine hilfreiche Grundlage für ein individuelles, problemorientiertes Gangtraining.

## **Take-Home-Message**

Problemorientierte Ganganalysen sollten ein essenzieller Baustein moderner TEP-Rehabilitationen sein und als Standardverfahren etabliert werden, damit Reha-Ergebnisse

nachhaltig verbessert, die Effizienz erhöht und langfristige Folgekosten reduziert werden können.

## **Literatur**

- Jöllenbeck, T., Pietschmann, J. (2019): Ganganalyse und Gangtraining in der orthopädischen Rehabilitation nach Gelenkersatz – zurück zum normalen Gang, aber wie? Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 35, 3-13. <https://doi.org/10.1055/a-0818-6930>
- Jöllenbeck, T., Pietschmann, J., Gerdesmeyer, R., Hunfeld, A. (2023): Auswirkungen von Hüft- und Knie-TEP auf die Wirbelsäulenbewegung. Die Orthopädie, 52(8), 652-661. DOI: 10.1007/s00132-023-04405-2
- Marino, G., De Capitani, F., Adamo, P., Bolzoni, L., Gatti, R., Temporiti, F. (2024): Long-term gait analysis in patients after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. Gait & Posture, 113, 75-98. DOI: 10.1016/j.gaitpost.2024.06.002
- Scheider, R. C. (2024): Quantifizierung biomechanischer und funktioneller Aspekte mittels Ganganalyse nach Implantation einer modularen Hüfttotalendoprothese. Dissertation. Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf. Medizinische Fakultät.
- Zhao, Y., Raza, W., Arnold, G., Li, P., Wang, W. (2024): A preliminary study on kinetic analysis of ground reaction force and impulse during gait in patients with total hip replacement and implication for rehabilitation. Orthopaedic Surgery, 16(12), 3162-3178. DOI: 10.1111/os.14276

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Therapeutische Aspekte der Ästhetik in der psychosomatischen Rehabilitation – Explorative Studie zur Wahrnehmung und Versprachlichung von Erlebnisprozessen in einer gruppentherapeutischen Intervention mit Bildmeditation**

*Friedbert Herm*

Altmühlseeklinik Hensoltshöhe

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Altmühlseeklinik betreut jährlich bis zu 3000 Rehabilitanden/innen der Indikationsbereiche Orthopädie und Psychosomatik mit 149 Betten in einem interdisziplinären Team von 128 Mitarbeitenden. Neben den bekannten Konzepten der Kostenträger (DRV, GKV, PKV) wurden in den letzten Jahren Spezialkonzepte zur Begleitung in Trauersituationen und Lebenskrisen sowie zur Förderung von Bewegung mit Naturbezug entwickelt.

Im explorativen Ansatz sollten in der Altmühlseeklinik die während einer gruppentherapeutischen Intervention mit Bildmeditation evozierten Kognitionen und Emotionen der teilnehmenden Rehabilitanden/innen erforscht werden (Rose, 2016). Ziel der Studie war es, methodisch gesicherte Aussagen zur Erlebniswelt der teilnehmenden Rehabilitanden/innen

zu sammeln, um eine etwaige Integration von Bildmeditationen in das psychosomatische Klinikkonzept zu rechtfertigen.

## **Methoden**

Die Untersuchung bestand in der Erhebung von spontanen Eindrücken durch Feedbackbögen nach einer angeleiteten Bildmeditation (Breckner, 2012) und acht Leitfadeninterviews mit Fokus auf den Erlebnisprozessen der meditativen Betrachtung. Die Feedbackbögen enthielten offene Fragen zu Gedanken und Gefühlen bei der Bildbetrachtung, die Auswertung der Bögen erfolgte deskriptiv. Im zweiten Schritt wurden freiwillige Teilnehmende in acht Leitfadeninterviews zu ihren Erlebnisprozessen befragt (Helfferich, 2011). Induktiv in einer Pilotphase gewonnene Kategorien zur inhaltlichen Analyse bestanden in der Bildästhetik, Lebenssituation, Selbstreflexion, spirituellen Aspekten und Emotionen. Die systematische Analyse erfolgte nach Transkription der Interviews in Form einer schrittweisen, qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018).

## **Ergebnisse**

Sowohl in den abgegebenen Feedbackbögen als auch in den Leitfadeninterviews ergab sich eine hohe Produktivität an versprachlichten Emotionen und Kognitionen der Beteiligten. Unter rezeptionsästhetischen Gesichtspunkten zeigten sich dabei zwei Reaktionstypen, nämlich die der Identifikation mit einer Person oder einer Thematik des Bildes. Jeder Interviewperson konnte zudem eine individuelle, die Lebenssituation betreffende, Hauptcharakteristik zugeordnet werden (Lakoff, Johnson, 2018). Die inhaltlichen Kernthemen der Feedbackbögen und Interviewtranskripte entsprachen der vorgegebenen Bildthematik des verwendeten Rembrandtbildes.

## **Diskussion und Fazit**

Die Fülle an differenzierten Daten zu Emotionen und Kognitionen der Rehabilitanden/innen weist auf das therapeutische Potential der Intervention hin. Meditativ angeleitete Betrachtungen scheinen die Wahrnehmung und anschließende Versprachlichung der Erlebnisprozesse zu fördern und erleichtern damit eine unter therapeutischen Aspekten sinnvolle und erwünschte Selbstreflexion der Beteiligten (Schmitt, Heidenreich, 2020, Fritsch 2012).

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern Aufschlüsse zur Wirkung von Bildmeditationen im gruppentherapeutischen Ansatz, insbesondere bezüglich der Förderung der differenzierten Wahrnehmung von Gefühlen und Gedanken in der Betrachtung eines ästhetischen Kunstgegenstandes mit Förderung der Selbstreflexion. Die erfolgreiche explorative Durchführung der Untersuchung im gruppentherapeutischen Kliniksetting und die Fülle der erhobenen Daten weisen darauf hin, dass dieser konzeptionelle Ansatz für die Praxis der psychosomatischen Rehabilitation umsetzbar ist und noch weiter erforscht werden sollte.

## **Literatur**

Breckner, R. (2012): Bildwahrnehmung – Bildinterpretation. Segmentanalyse als methodischer Zugang zur Erschließung bildlichen Sinns. Österreich Z Soziol 37:143-164.  
Fritsch, G.R. (2012). Der Gefühls- und Bedürfnisnavigator. Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen. Paderborn: Junfermann.

- Helfferrich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Springer.
- Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2018): Leben in Metaphern. 9. Aufl. Heidelberg: Auer.
- Rose, G. (2016): Visual Methodologies: An Introduction to Researching with Visual Materials. 4th Ed. London: Sage.
- Schmitt, R., Heidenreich, T. (2020): Metaphern-reflexives Vorgehen in der Psychotherapie. PTJ 2/2020:114-121.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

### **Das telefonisch assistierte Fragebogen-Interview für Menschen mit hochgradigem Sehverlust – Inklusive Befragungsmethode der BEiFall-Studie**

*Philipp Überall; Sandra Schmitz; Kathleen Rechlin; Thorsten Meyer-Feil*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

#### **Hintergrund und Zielstellung**

In der empirischen Forschung werden Personen aus potenziellen Zielgruppen häufig systematisch von standardisierten Erhebungen ausgeschlossen, wenn sie aufgrund von Barrieren im Studiendesign nicht teilnehmen können (Schroeder et al., 2024). Zu den betroffenen Personengruppen zählen insbesondere Menschen mit einem hochgradigen Sehverlust, die sowohl psychisch erheblich belastet als auch in ihrer beruflichen und sozialen Teilhabe stark eingeschränkt sind (von Kardorff et al., 2020). Diese Zugangshindernisse manifestieren sich zumeist unbeabsichtigt im Rahmen der Studienplanung und -durchführung. Der Einsatz moderner Hilfsmittel, wie Screenreadern, kann einen Beitrag zur Reduktion bestehender Barrieren leisten. Dennoch ist ein vollständiger Abbau dieser Hindernisse nur schwer realisierbar. Im Rahmen der BEiFall-Studie erfolgt eine Evaluierung der Umsetzung des indikationsübergreifenden Fallmanagements der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, wobei ein Mixed-Methods-Ansatz Anwendung findet. Für das Design der standardisierten Erhebung war es ein vorrangiges Ziel, die Befragungsmöglichkeiten so barrierearm wie möglich zu gestalten. Aufgrund der anvisierten Studienpopulation und Untersuchungsregion wurden insbesondere Möglichkeiten zur Inklusion von Rehabilitand:innen mit hochgradigem Sehverlust aus der Henneberg-Rehaklinik Masserberg gesucht. Ein Pretest im Berufsförderungswerk Halle (Saale) zeigte, dass der mit dem Tool Evasys erstellte, onlinebasierte und als barrierefrei zertifizierte Fragebogen für Menschen mit hochgradigem Sehverlust nicht praktikabel war. Ziel war es, für diese Personengruppe einen Teilnahmemodus der standardisierten Erhebung zu entwickeln.

#### **Methoden**

In enger Abstimmung mit dem leitenden Optometristen und dem Sozialdienst der Henneberg-Rehaklinik Masserberg wurden alternative Teilnahmemodi iterativ erprobt. Ein ausgedruckter Fragebogen in Kombination mit Vorlesesystemen erwies sich als ungeeignet, da Antwortoptionen, Markierungen und Freitextfelder nicht zuverlässig identifizierbar und ausfüllbar waren. Die gemeinsam mit der Klinik entwickelte Option einer individuellen Telefonassistenz machte Anpassungen im Studienprotokoll notwendig. Ein Amendement zum Ethikantrag wurde positiv beschieden; ergänzend erfolgte ein Addendum zur Datenschutz-Folgenabschätzung nach wiederholter Abstimmung mit den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Halle (Saale) (UK) und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU). Zur sicheren Datenübermittlung richtete die IT-Abteilung des UK eine klinikgehostete Cloud mit individuellen, passwortgeschützten Zugängen ein. Am Institut für Rehabilitations-



medizin der MLU wurden drei Hilfskräfte für die Telefonassistenz geschult, eine Handreichung mit standardisierten Formulierungen und Leseregeln erstellt und nach Tests fortlaufend überarbeitet. Die Befragungen wurden in feste, mit Therapieplänen abgestimmte Zeitslots integriert; Pausen und Zwischenspeicherungen waren jederzeit möglich. Nach jedem Interview bestand die Möglichkeit zur Reflexion im Studienteam.

## **Ergebnisse**

Die Implementierung eines datenschutzkonformen Telefonassistenzmodus war technisch und organisatorisch sehr herausfordernd, aber machbar und wurde von der Henneberg-Rehaklinik Masserberg in bestehende Abläufe integriert. Rehabilitand:innen mit hochgradigem Sehverlust konnten so an der standardisierten Erhebung teilnehmen. Rückmeldungen aus der Klinik und von teilnehmenden Rehabilitand:innen deuten auf eine hohe praktische Nützlichkeit der Assistenz hin. Pausen während der Durchführung wurden je nach Belastungslage genutzt. Durch die sprachliche Anpassung einzelner Itemformulierungen an den Vorlesemodus ließ sich die Bearbeitbarkeit offener und geschlossener Fragen sicherstellen. Der erhöhte personelle und zeitliche Aufwand ermöglicht die Erhebung von Daten einer bislang faktisch ausgeschlossenen Teilgruppe, auch wenn diese Gruppe in absoluten Zahlen für die Studie nur marginal ins Gewicht fällt.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse belegen die prinzipielle Machbarkeit und Akzeptanz telefonassistierter standardisierter Erhebungen für Rehabilitand:innen mit hochgradigem Sehverlust unter kliniknahen Bedingungen. Die Umsetzung zog einen erheblichen, in der Antragsstellung nicht eingeplanten organisatorischen Mehraufwand für das Studienteam und die Klinik nach sich, der in der Studienplanung nicht absehbar und dem Studienteam zu Beginn nicht bewusst war. Entscheidende Erfolgsfaktoren waren die enge Kooperation mit Klinikakteur:innen, klare datenschutzrechtliche Klärungen, eine robuste Infrastruktur sowie geschulte, in die Studie nicht weiter involvierte Interviewer:innen. Trotz vergleichsweise geringer Fallzahlen ist der Gewinn an Validität und Repräsentativität für rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen und eine faire Versorgungsforschung bedeutsam. Für die Praxis empfiehlt es sich, barrierearme Teilnahmemodi und besondere Bedarfe der Zielgruppen bereits frühzeitig im Verlauf der Studienplanung und Antragsstellung mitzudenken, formale Weichen proaktiv zu stellen und personelle Ressourcen realistisch zu planen. Das Studienteam dankt allen beteiligten Mitarbeiter:innen der Henneberg-Rehaklinik Masserberg, sowie des Berufsförderungswerkes Halle (Saale).

## **Take-Home-Message**

Barrierearme Erhebungen gelingen, wenn Zielgruppenbedarfe, formale Anforderungen und praktische Abläufe von Beginn an gemeinsam geplant und konsequent umgesetzt werden — auch wenn durch den Mehraufwand die Anzahl der Befragten nur unwesentlich steigt.

## **Literatur**

Kardorff, E. von, Gisbert Miralles, J., Kappus, S. (2020): ORELTA - Von der ophthalmologischen Rehabilitation zur beruflichen Teilhabe: Abschlussbericht. URL: <https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2017/03/Abschlussbericht.pdf>, Abruf 04.11.2025.

Schroeder, D., Chatfield, K., Chennells, R., Partington, H., Kimani, J., Thomson, G., Adhiambo Odhiambo, J. Snyders, L., Louw, C. (2024): *Vulnerability Revisited: Leaving No One Behind in Research*. Cham: Springer.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

## **Die Patienten wissen es am besten: Validität Patienten-generierter ICF-Profile in der orthopädischen Rehabilitation**

*Stephanie Boden<sup>1</sup>; Eveline Prochaska<sup>2</sup>; Peter Bernstein<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Johannesbad Fachklinik / Gesundheitszentrum Raupennest;

<sup>2</sup> Technische Universität Dresden; <sup>3</sup> Asklepios Fachklinik Hohwald

### **Hintergrund und Zielstellung**

Trotz Fortschritten in Diagnostik, Therapie und Digitalisierung wird das eigentliche Behandlungsergebnis – Wiedererlangung von Funktionsfähigkeit und Teilhabe – selten systematisch erfasst. Der WHO-Bericht zu sozialen Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit (2025) fordert, Gesundheit über reale Teilhabemöglichkeiten und nicht primär über Diagnosen zu bewerten. Die OECD beschreibt einen Wandel hin zu „people-centred“ Gesundheitssystemen, in denen patientenrelevante Outcomes die zentrale Steuerungsgröße bilden (OECD, 2023). Die ICF bietet ein biopsychosoziales Rahmenwerk über Körperfunktionen, Aktivitäten, Partizipation sowie Umwelt- und personenbezogene Faktoren. Sie ist jedoch kein Erhebungsinstrument und wird mangels Incentivierung bislang begrenzt genutzt. Zur Reduktion des Aufwands wurden diagnosebezogene Core Sets entwickelt; zudem erlauben Linking-Regeln die semantische Zuordnung standardisierter Fragebögen zu ICF-Kategorien (Cieza et al., 2019). Ein praxistaugliches Tool, das Patientenperspektiven routinetauglich abbildet, fehlte bislang.

Wir entwickelten eine App zur patienten- und behandlerseitigen ICF-Generierung aus Fragebögen und Core Sets. Die Eingabe erfolgt anonymisiert, visuell unterstützt und smartphonebasiert. Behandler beurteilten zunächst ohne, später mit Einsicht in die Patientendaten. Ziel war die Prüfung, ob patientengenerierte ICF-Profile valide, belastbar und klinisch verwertbar sind und damit eine partizipative, ergebnisorientierte und digital vernetzte Versorgung fördern (Porter, 2010).

### **Methoden**

Prospektive, monozentrische Querschnittsstudie in einer orthopädischen Rehaklinik; 268 Eingeladene, 130 Teilnahmen (Ø 60 J., 24–85). Drei Teilstudien. Interprofessionelle Vergleichsstudie: Patienten bewerteten funktionelle Einschränkungen über die ICFx-App, die WHODAS-2.0- und ENV-Fragen automatisiert ICF-Kategorien der Domänen d (Aktivitäten/Partizipation) und e (Umwelt) zuordnet. Parallel generierten Ärzte, Pflege, Therapie, Psychologie und Sozialdienst Core-Set-basierte ICF-Profile (4 635 ICF-Codes; Ø 25,8 pro Datensatz). Anschließend erfolgte eine zweite Beurteilung durch

Behandler unter Kenntnis der patientenseitig generierten Profile. Ärztliche Vergleichsstudie: Verschiedene Ärzte beurteilten dieselben Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten, um Einflüsse von Erfahrung, Kontext und Perspektivwechsel auf die Übereinstimmung zu analysieren. Aktenbasierte Studie: Die Funktionsfähigkeit wurde ausschließlich anhand von Entlassungsberichten bewertet, um die Aussagekraft der bisherigen Dokumentation gegenüber unserem digitalen Ansatz zu prüfen.

## **Ergebnisse**

Patienten schätzten ihre funktionellen Beeinträchtigungen konsistent etwas höher ein als Behandler (Differenz 3–12 Prozentpunkte), die Rangordnung der Funktionsbereiche stimmte jedoch weitgehend überein. Nach Einsicht in die patientengenerierten Profile näherten sich die Bewertungen der Fachpersonen den Patienteneinschätzungen deutlich an; die Abweichungen reduzierten sich um bis zu 80 %. Dasselbe Muster zeigte sich innerhalb der Ärzteschaft. Zweitbewertungen – meist durch erfahrene Fach- oder Oberärzte – lagen im Mittel 22 % näher an den Patienteneinschätzungen als die Erstbeurteilungen. Diese Konvergenz spricht für eine hohe externe Validität der patientenseitigen ICF-Daten. Angesichts der in der Literatur beschriebenen Tendenz, dass Patienten ihre Einschränkungen im Durchschnitt eher unterschätzen (Boström et al., 2014), deutet das beobachtete Gegenmuster – niedrigere Einschätzungen durch Behandler – zusätzlich darauf hin, dass die Selbsteinschätzungen der Patienten der funktionellen Realität sehr nahekommen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten valide, konsistente und klinisch verwertbare ICF-Profile erzeugen können. Damit wird ein Kerndefizit bisheriger Dokumentationssysteme adressiert: die fehlende Verbindung zwischen Patientenerfahrung, ICD-Diagnose und beobachteter Teilhabe.

Eine Weiterentwicklung der App – etwa über adaptive Entscheidungsbäume, die zunächst Hauptdomänen erfassen und nur in relevanten Bereichen vertiefen – könnte den Erhebungsaufwand reduzieren und psychosoziale sowie umweltbezogene Kategorien stärker abbilden.

Langfristig eröffnet ein solches System den Weg zu einer integrierten, ergebnisorientierten Medizin: Patienten erfassen ihre Funktionsfähigkeit, Behandler ergänzen Diagnosen und Maßnahmen (ICD/ICHI), und gemeinsam entsteht ein vernetztes Abbild funktioneller Gesundheit.

## **Take-Home-Message**

Patientenangaben zur Funktionsfähigkeit sind valide und klinisch nutzbar; digitale ICF-Tools wie die ICFx-App machen sie zur verlässlichen Basis einer partizipativen, datenbasierten, interprofessionell vernetzten und ergebnisorientierten Versorgung.

## **Literatur**

Boström, K., Slaug, B., Björklund, A. (2014): Patients' self-assessments of functional limitations and health compared with professionals' assessments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 681–690.

- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., Proding, B. (2019): Refinements of the ICF linking rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 574–583.
- OECD. (2023): *Health for the People, by the People: OECD Health Report 2023*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Porter, M. E. (2010): What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481.
- World Health Organization (WHO). (2025): *World Report on Social Determinants of Health Equity*. Geneva: WHO.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Die Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung RTW: Einsetzbar für Personen die aktuell arbeitsfähig im Erwerbsprozess stehen?**

*Christian Gerlich; Jutta Ahnert; Claudia Joas; Till Manderbach; Heiner Vogel*

Universitätsklinikum Würzburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich des Return To Work (RTW-SE) (Hansmann et al., 2022) wird häufig als Prädiktor für Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer krankheitsbedingten Abwesenheit verwendet. Unklar ist bisher, ob die Skala auch bei derzeit arbeitsfähigen Personen einsetzbar ist. Aktuell wird im rehapro-Modellprojekt ZaTaB (ZeitRaum) ein Fallmanagement erprobt, das u. a. eine zeitlich angepasste Tätigkeit mit berufsbezogener psychologisch-psychotherapeutischer Begleitintervention beinhaltet ([www.zeitraum-franken.info](http://www.zeitraum-franken.info)). Die RTW-SE-Skala wird sowohl bei arbeitsfähigen als auch bei arbeitsunfähigen („krank geschriebenen“) Personen eingesetzt.

International ist die RTW-SE-Skala, gut etabliert und wird auch eingesetzt, wenn aktuell keine Einschränkung der Teilhabe (mehr) besteht. Dafür geht man bei der Beantwortung der Skala von einer Verlagerung der Bewertungsbasis aus, weg von RTW und hin zum tatsächlichen Arbeitsverhalten. Dafür ist jedoch zu fordern, dass mit der Verlagerung kein Response Shift verbunden ist und die Skala ein einheitliches Messinstrument in beiden Situation (AU bzw. nicht AU) darstellt. Hinzu kommt, dass für die Skala ein Messmodell mit zwei Faktoren besser geeignet erscheint als der erwartete eine Faktor RTW-SE; die beiden Faktoren sind jedoch durch die positiv und negativ formulierten Items bestimmt (Hansmann et al., 2022). Für diese methodische Ausgangslage wurde das Random Intercept Factor Analysis Model vorgeschlagen (Schmalbach et al., 2021).

### **Methoden**

2.337 Erwerbstätige (im Alter zwischen 22 und 67 Jahren, 55 % Frauen) haben im Rahmen von ZaTaB die Skala vollständig bearbeitet, 282 Teilnehmende zum Beginn der ZeitRaum-

Beratung sowie 2.055 im Rahmen der Kontrollgruppenbefragung. 249 Personen waren zum Zeitpunkt der Bearbeitung des Fragebogens AU (177 ZeitRaum und 72 Kontrollpersonen).

Die Skala umfasst elf Items, acht sind positiv formuliert und drei negativ, die sich strukturell als zwei korrelierte Faktoren (PW und NW) wiederfinden. Das Random Intercept Factor Analysis Model (RIFA) bildet den substantiellen Faktor (RTW-SE) zusammen mit einem latenten Methodenfaktor (MF) ab. Positiv und negativ formulierte Items werden mit festen Faktorladungen +1 (PW) und -1 (NW) modelliert sowie mit variablen Intercepts für alle Items, die sich in der Varianz des latenten Methodenfaktors transferieren (Schmalbach et al., 2021).

Es wurden drei CFA-Modelle berechnet: a) 1 Faktor RTW-SE, b) 2 korrelierte Faktoren PW und NW sowie c) 1 substantieller Faktor RTW-SE und 1 Methodenfaktor (MF), der positive und negative Itemaussagen verkörpert (RIFA). Anschließend wurde auf Messinvarianz (konfigural, metrisch, skalar) bei aktueller AU (249 Personen) bzw. nicht AU (2.088 Personen) getestet. Entscheidungskriterium bildete die Verschlechterung der Modellpassung ( $\Delta CFI$ ) um maximal 0,01 (Schuler, Jelitte, 2012). Die Analysen erfolgten mit dem R-Paket lavaan (MLR-Schätzer). Negativ formulierte Items waren invertiert verrechnet (Schmalbach et al., 2021).

Tabelle 1

| Modell                    | Chi2  | df  | CFI   | $\Delta CFI$        | RMSE<br>A | [90% KI]       |                                              |
|---------------------------|-------|-----|-------|---------------------|-----------|----------------|----------------------------------------------|
| (a) 1 FA:<br>RTW-SE       | 674,4 | 44  | 0,942 | -                   | 0,095     | [0,089; 0,101] |                                              |
| (b) 2 FA:<br>NW, PW       | 319,2 | 43  | 0,970 | -                   | 0,063     | [0,057; 0,070] | Kor(PW,NW) = ,76                             |
| (c) RIFA:<br>RTW-SE, MF   | 322,5 | 43  | 0,970 | -                   | 0,064     | [0,057; 0,070] | Var(MF) = 0,135<br>(SE = 0,013)              |
| Messinvarianz<br>(b) 2 FA |       |     |       |                     |           |                |                                              |
| Struktur<br>(konfigural)  | 387,7 | 86  | 0,970 | -                   | 0,065     | [0,058; 0,071] | Kor(PW,NW AU-) = ,72<br>Kor(PW,NW AU+) = ,70 |
| Ladungen<br>(metrisch)    | 422,1 | 95  | 0,968 | ,002                | 0,063     | [0,057; 0,069] | Kor(PW,NW AU-) = ,72<br>Kor(PW,NW AU+) = ,71 |
| Kalibrierung<br>(skalar)  | 470,8 | 104 | 0,965 | ,003                | 0,063     | [0,057; 0,069] | Kor(PW,NW AU-) = ,72<br>Kor(PW,NW AU+) = ,71 |
| Kor(PW,NW)                | 480,9 | 105 | 0,964 | ,001                | 0,064     | [0,058; 0,070] | Kor(PW,NW) = ,73                             |
| Messinvarianz<br>(c) RIFA |       |     |       |                     |           |                |                                              |
| Struktur<br>(konfigural)  | 387,1 | 86  | 0,970 | ---                 | 0,065     | [0,058; 0,071] | Var(MF AU-) = 0,123<br>Var(MF AU+) = 0,239   |
| Ladungen<br>(metrisch)    | 428,7 | 96  | 0,968 | ,002                | 0,063     | [0,057; 0,069] | Var(MF AU-) = 0,121<br>Var(MF AU+) = 0,250   |
| Kalibrierung<br>(skalar)  | 484,4 | 106 | 0,964 | ,004                | 0,063     | [0,058; 0,069] | Var(MF AU-) = 0,120<br>Var(MF AU+) = 0,252   |
| Kalibrierung +<br>Var(MF) | 493,8 | 107 | 0,963 | ,005 <sup>(1)</sup> | 0,064     | [0,058; 0,070] | Var(MF) = 0,129<br>(SE = 0,013)              |

(1) im Vergleich zu konfigural: Intercepts in der latenten Varianz des MF modelliert; Kor: Korrelation;  
Var: Varianz

## Ergebnisse

Zur Datenstruktur passen besser 2 Faktoren PW und NW der Itemformulierung (Model b) als ein einzelner Faktor RTW-SE (Model a). Das RIFA-Modell (c) passt jedoch vergleichbar gut: Ein substantieller Faktor RTW-SE sowie ein Methodenfaktor bilden hier die Skala. Bei der Invarianztestung verblieben die Fit-Verschlechterungen ( $\Delta CFI$ ) innerhalb des gewählten Toleranzbereichs: Die Skala erscheint gegenüber dem AU-Status messinvariant.

## **Diskussion und Fazit**

Die Modelle mit einem bzw. zwei Faktoren (Modelle a und b) replizieren die Befunde von Hansmann et al. (2022). Das RIFA-Modell (c) unterstützt die Annahme, mit allen Items den substantiellen Faktor RTW-SE zu erfassen. Aufgrund der Gruppengröße und Aufteilung der Personen für die Invarianztestung waren signifikante Chi<sup>2</sup>-Änderungen zu erwarten, das Entscheidungskriterium erlaubt jedoch, eine substantielle Verletzung der Messinvarianz (ab 25 % der Items) aufzudecken (Mead et al., 2008).

## **Take-Home-Message**

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die gängige Praxis, weiterhin sowohl für arbeitsunfähige als auch arbeitsfähige Personen einfach den Skalenwert über alle 11 Items zu verwenden.

## **Literatur**

- Hansmann, M., Beller, J., Maurer, F., Kröger, C. (2022): Self-efficacy beliefs of employees with mental disorders or musculoskeletal diseases after sickness-related absence: Validation of the German version of the Return-to-Work Self-Efficacy Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. 10093.
- Meade, A. W., Jonson, E. C., Braddy, P. W. (2008): Power and sensitivity of alternative fit indices in tests of measurement invariance. *Journal of Applied Psychology*, 93(3). 568–592.
- Schmalbach, B., Zenger, M., Michaelides, M.P., Schermelleh-Engel, K., Hinz, A., Körner, A., Beutel, M.E., Decker, O., Kliem, S., Brähler, E. (2021): From bi-dimensionality to unidimensionality in self-report questionnaires. *European Journal of Psychological Assessment*, 37(2). 135–148.
- Schuler, M., Jelitte, M. (2012): Messen wir bei allen Personen das Gleiche? Zur Invarianz von Messungen und Response Shift in der Rehabilitation – Teil 1. *Die Rehabilitation*, 51. 332–339.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Fairness durch Evidenz: Psychometrisch fundierte Hilfebedarfsbemessung nach dem BTHG als Basis für Teilhabe und Potentialentwicklung**

*Silvia Queri*

RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten

## **Hintergrund und Zielstellung**

Hintergrund: Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) stärkt die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Die Eingliederungshilfe wurde in Teil 2 des SGB IX überführt, wodurch der Hilfebedarf personenzentriert und auf Basis der ICF (§§ 117–118 SGB IX)

erhoben werden muss. Die föderale Umsetzung führte zu verschiedenen Interviewverfahren (z. B. BEI\_NRW), die den administrativen Aufwand stark erhöht haben. Das Instrument WorkWatch ergänzt die Interviewverfahren als standardisiertes Messinstrument und adressiert drei zentrale Konflikte: a) Keine einheitliche Rechtsanwendung: Die ICF als Grundlage sichert noch keine einheitliche Entscheidungspraxis und damit Rechtsanwendung. Psychometrisch fehlt es an Reliabilität, der Hilfebedarf wird nicht unabhängig vom Bundesland und der beurteilenden Person ergebnisgleich erfasst. b) Fehlende Operationalisierung von Teilhabe in der ICF: Die Erfassung von Leistung/Performance ist nicht mit Teilhabe gleichzusetzen (Schuntermann, 2018). Für eine psychometrisch valide Hilfebedarfsmessung muss definiert werden, was Teilhabe in Deutschland beinhaltet. c) Begrenzte Mittel erfordern relationale Bedarfsbemessung: In den USA wurde bereits in den 80er Jahren ein Messinstrument (Thompson et al., 2004) entwickelt, um die Hilfebedarfsbestimmung und die Allokation der Mittel transparent und rechtssicher vorzunehmen. Eine klare Operationalisierung bzw. Standardisierung der Teilhabebedarfe (Validität), gemessen mit einem zuverlässigen Messinstrument (Interraterreliabilität) sorgte für breite gesellschaftliche Akzeptanz. Nur wenn Hilfebedarfe vergleichbar quantifiziert werden, lassen sich Ressourcen bedarfsorientiert bzw. relational zuteilen.

## **Methoden**

Methodik: Hilfebedarf zur Teilhabe wurde definiert als psychologisches Konstrukt, das sich auf die Art und Intensität der Hilfe bezieht, die jemand benötigt, um gemäß den normativen Möglichkeiten zu leben - wie ein Mensch üblicherweise ohne Behinderung leben kann und möchte (subjektive Vorstellungen und Ziele). Die Itemkonstruktion erfolgte theoriegeleitet v. a. auf Basis des Konzepts der Positiven Psychologie (Seligman, 2002). Alle 42 Items der Pilotversion konnten in einem Linking Verfahren (Cieza et al., 2005) mit ICF-Items abgebildet werden. Das Studiendesign umfasste neben den psychometrisch-quantitativen Analysen auch einem qualitativen Ansatz (Fokusgruppeninterviews). Die multicentrische Piloterhebung (12/2022 bis 03/2023) umfasste 23 oberbayerische Werkstätten für Menschen mit Behinderung (n=272). Zur Prüfung der diskriminanten Validität wurde zusätzlich die Funktionsfähigkeit nach ICF erhoben (WORQ, Finger et al., 2014). Mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen wurde die Abbildung konkreter Teilhabeaktivitäten (Items) in den theoretisch und mithilfe eines Q-Sort Verfahrens extrahierten Bereichen (z. B. soziale Interaktion, Selbstbestimmung etc.) überprüft.

## **Ergebnisse**

Ergebnisse: Die beste Anpassung an die Daten (faktorielle Validität) erreichte ein 3-Faktoren-Modell: ‚Basisfertigkeiten‘, ‚Arbeiten‘ und ‚Mitgestaltung/Partizipation‘;  $\chi^2 (17) = 24.99$ ,  $p = 0.10$ , d. h., die Daten weichen nicht signifikant vom H0-Modell ab bei guten Fit-Indizes RMSEA 0.05, SRMR 0.02 und CFI/TLI 0.99. Die Reliabilitätsprüfung (interne Konsistenz) ergab für den Faktor ‚Mitgestaltung/Partizipation‘ einen sehr guten Wert von McDonalds Omega 0.95. In der für die Validität insbesondere bedeutsamen Retest-Reliabilität weisen auch die beiden anderen Faktoren sehr gute Werte auf (Basisfertigkeiten 0.87; Arbeiten 0.77).

## **Diskussion und Fazit**

Diskussion: WorkWatch stellt einen wissenschaftlich fundierten Vorschlag zur Operationalisierung von Teilhabe dar und ermöglicht eine individualisierte, reliable und valide

Hilfebedarfsbestimmung. Hilfebedarf zur Teilhabe direkt und inhaltlich zu messen ist zielführend, da beeinträchtigte Funktionalität (ICF) nicht per se mit adäquater Hilfe einhergeht. Der Hilfebedarf wird ganzheitlich und mit sozialräumlichem Bezug datenbasiert erfasst (bottom up) und nicht top down, ausgehend vom Leistungsangebot des Leistungserbringers. So können konzeptionelle Lücken aufgedeckt und bedarfsgerecht geschlossen werden. Durch die Standardisierung kann der Bedarf relational abgebildet werden (z. B. über 4 Level) und die Leistungszuweisung transparent und bei begrenzten Ressourcen gerecht erfolgen (Equity statt Equality).

### **Take-Home-Message**

WorkWatch als valides und reliables Messinstrument kann langfristig zu einer evidenzgestützten und fairen Steuerung von Teilhabeleistungen beitragen.

### **Literatur**

- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B., Stucki, G. (2005): ICF Linking Rules: An Update based on Lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37. 212–218.
- Finger, M. E., Escorpizo, R., Bostan, C., De Bie, R. (2014): Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): Development and preliminary psychometric Evidence of an ICF based Questionnaire for vocational Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24. 489–510.
- Schuntermann, M. F. (2018): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen (4. Auflage). Landsberg am Lech: ecomed.
- Seligman, M. E. (2002): Positive Psychology, positive Prevention, and positive Therapy. In: Snyder, C. R., Lopez, S. J. (Eds.): *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press. 2. 3–12.
- Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C., Rotholz, D. A., Wehmeyer, M. (2004): Support Intensity Scale (SIS), Washington, DC: AAMR.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Modellierung der WD-FAB-DE-Items mit Methoden der Item-Response-Theorie**

*Sandra Meyer-Moock<sup>1</sup>; Susanne Weinbrenner<sup>2</sup>; Jörg Gehrke<sup>2</sup>; Thomas Kohlmann<sup>1</sup>;  
You-Shan Feng<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsmedizin Greifswald; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund;

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Tübingen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) wurde als computeradaptives Testsystem (CAT) im Auftrag der Social Security Administration in den USA entwickelt, um



das erwerbsbezogene Leistungsvermögen aus der Sicht von Versicherten zu ermitteln (Jette et al., 2019). Das System basiert auf einer Item-Bank mit über 300 Einzelfragen zur Messung der körperlichen Funktionsfähigkeit und der psychosozialen Gesundheit. Nach einer umfassenden Übersetzung (Feng et al., 2025) liegt die Item-Bank in einer deutschen Fassung vor (WD-FAB-DE), ihre grundlegenden psychometrischen Eigenschaften (faktorielle Struktur, Reliabilität) konnten bisher überwiegend mit Methoden der klassischen Testtheorie erfolgreich überprüft werden (Meyer-Moock et al., 2025). Das Ziel der vorliegenden Studie ist eine psychometrische Modellierung der Items des WD-FAB mit Methoden aus dem Bereich der Item-Response-Theorie, um damit die Grundlagen für die Verwendung der Item-Bank im Kontext eines computeradaptiven Testsystems zu schaffen. Darüber hinaus soll untersucht werden, in welchem Maße die Item-Parameter der vorliegenden Studie mit den Ergebnissen der US-amerikanischen Kalibrierungsstudie übereinstimmen.

## **Methoden**

Die empirische Analyse stützt sich auf eine Online-Befragung, die in einer Stichprobe von  $N = 1.363$  Versicherten mit Rentenbezug wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit dem bei der DRV Bund verfügbaren Survey-Tool Evasys durchgeführt wurde. In die Analyse einbezogen wurden die Items der acht Dimensionen des WD-FAB-DE, die als Anker-Items in allen Versionen des Online-Fragebogens enthalten waren. Um eine möglichst große Übereinstimmung mit dem Vorgehen der US-amerikanischen Kalibrierungsstudie zu gewährleisten, wurde in den Auswertungen das „Graded Response-Modell“ von Samejima (Samejima, 1969) verwendet. Die Berechnungen erfolgten mit dem R-Paket *irt*.

Die Item-Parameter der US-amerikanischen Kalibrierungsstudie wurden aus den Programmdateien extrahiert, die von der CAT-Arbeitsgruppe an der Northwestern University (Michael Bass) zur Verfügung gestellt wurden.

## **Ergebnisse**

Die in der Tabelle 1 dargestellten Ergebnisse sollen zum einen beschreiben, in welchem Maße die acht Unterskalen des WD-FAB eindimensionale Messinstrumente darstellen. Hierzu wird für alle Skalen die Anzahl der Items berichtet, in denen nach dem Signed Chi-squared Test ein schlechter Fit eines Items ( $p\text{-Wert} < 0,05$ ) anzunehmen ist. Zum anderen werden für den Vergleich der Item-Parameter mit den Item-Parametern aus der amerikanischen Kalibrierungsstudie für alle Unterskalen die Spannweite der absoluten Abweichungen der Diskriminationsparameter sowie die Anzahl der Korrelationskoeffizienten  $< 0,90$  zwischen den Kategorienparametern gezeigt.

Tabelle 1: Psychometrische Ergebnisse: Item-Fit und Übereinstimmung mit der US-amerikanischen Kalibrierungsstudie

| Skala                                     | Anzahl Anker-Items | Item-Fit*)<br>Anzahl<br>p-Werte<0,05 | Absolute<br>Abweichungen<br>der<br>Diskriminations<br>parameter | Kategorien-<br>Parameter:<br>Anzahl<br>Korrelationen <<br>0,90**) |
|-------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Körperliche Funktionsfähigkeit</b>     |                    |                                      |                                                                 |                                                                   |
| Allgemeine Mobilität                      | 5                  | 5                                    | 0,08 - 3,81                                                     | 0                                                                 |
| Funktionen des Oberkörpers                | 4                  | 0                                    | 0,30 - 1,85                                                     | 0                                                                 |
| Feinmotorik obere Extremitäten            | 4                  | 1                                    | 0,59 - 2,89                                                     | 0                                                                 |
| Gemeindebezogene Mobilität                | 20                 | 19                                   | 0,02 – 5,17                                                     | 5                                                                 |
| <b>Psychosoziale Gesundheit</b>           |                    |                                      |                                                                 |                                                                   |
| Kommunikation und Kognition               | 11                 | 0                                    | 0,02 - 0,80                                                     | 0                                                                 |
| Stimmung und Emotion                      | 8                  | 0                                    | 0,15 – 2,37                                                     | 0                                                                 |
| Selbstregulierung                         | 4                  | 1                                    | 0,40 - 1,18                                                     | 0                                                                 |
| Resilienz und interpersonelle Interaktion | 15                 | 1                                    | 0,12 - 1,41                                                     | 0                                                                 |

\*) Signed Chi-Squared Test

\*\*) Produkt-Moment-Korrelation r

Nach den Item-Fit-Statistiken liegt für die Mehrzahl der Skalen eine gute Modellanpassung vor. Die Ergebnisse für die Skalen zur Messung der Mobilität (allgemeine Mobilität, gemeindebezogene Mobilität) zeigen allerdings, dass hier keine einfache eindimensionale Skalenstruktur angenommen werden kann. Die Ergebnisse weiterführender Analysen bei diesen Skalen legen die Vermutung nahe, dass insbesondere bei der gemeindebezogenen Mobilität getrennte Unterskalen in Abhängigkeit vom genutzten Verkehrsmittel (Bus und Bahn vs. Auto) gebildet werden sollten.

Die Ergebnisse zum Vergleich mit den US-amerikanischen Item-Parametern verdeutlichen, dass bei den meisten Skalen eine gute Übereinstimmung vorliegt. Beim Vergleich der Diskriminationsparameter ergaben sich größere Abweichungen nur bei den Skalen zur Messung der allgemeinen und gemeindebezogenen Mobilität. Die Kategorienparameter der Items fast aller Skalen zeigen einen hohen linearen Zusammenhang zwischen den deutschen und amerikanischen Werten.

## Diskussion und Fazit

Mit den Ergebnissen konnte gezeigt werden, dass gute Voraussetzungen für die weitere Entwicklung des deutschsprachigen WD-FAB-DE-Systems vorliegen. Die Skalen zur Messung verschiedener Aspekte der Mobilität sind nach den vorliegenden Ergebnissen nicht eindimensional und sollten entsprechend modifiziert werden. Es besteht eine im Allgemeinen hohe Übereinstimmung der deutschen und der amerikanischen Item-Parameter. In der deutschen Fassung des WD-FAB werden jedoch die Item-Parameter aus der deutschen Kalibrierungsstudie verwendet werden.

## **Take-Home-Message**

Mit Ausnahme der vermutlich mehrdimensionalen Mobilitätsskalen sind keine weitergehenden Anpassungen des CAT-Systems im deutschen Anwendungskontext erforderlich.

## **Literatur**

- Feng, YS., Meyer-Moock, S., Buchholz, M., Marfeo, E., McDonough, C., Porcino, J., Weinbrenner, S., Gehrke, J., Kazis, L., Kohlmann, T. (2025): Cultural adaptation of the Work-Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) into German (Germany): novel application of two adaptation approaches. Health and Quality of Life Outcomes [under review].
- Jette, A.M., Ni, P., Rasch, E., Marfeo, E., McDonough, C., Brandt, D., Kazis, L., Chan, L. (2019): The Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB). Phys Med Rehabil Clin N Am. 30. 561-572.
- Meyer-Moock, S., Feng, YS., Buchholz, M., Weinbrenner, S., Gehrke, J., Kazis, L., Kohlmann, T. (2025): Psychometrische Untersuchung der deutschen Fassung des Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB)- Instruments. DRV-Schriften, Bd. 131. 403-405.
- Samejima, F. (1969): Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores (Psychometric Monograph No. 17). Richmond, VA: Psychometric Society.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Förderkennzeichen

## **Internistische Reha-Indikationen: Nieren-, Stoffwechsel- und Gastroenterologische Erkrankungen**

### **Adipositas bei Rehabilitand:innen: Unterschiede zu Beginn der Reha und Entwicklung über die Zeit – Sekundärdatenanalyse über 12 Monate**

*Sonia Lippke<sup>1</sup>; Jörg Heimsoth<sup>2</sup>; Max Bürger<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> HAW Hamburg; <sup>2</sup> Rehabilitationszentrum Oldenburg GmbH;

<sup>3</sup> Marbachtalklinik der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Adipositas scheint bei Rehabilitand:innen zuzunehmen und Behandlungserfolge zu gefährden (Herrmann, 2020; Leung et al., 2017; Paul-Ebhohimhen, Avenell, 2009). Es ist anzunehmen, dass Rehabilitand:innen mit Adipositas besondere Selbstmanagementtechniken brauchen, da Adipositas häufig mit wiederkehrenden individuellen Schwierigkeiten (Verhaltensänderung, Emotionsregulation, mangelnde soziale Unterstützung) (Kempf, Röhling, 2023), Erschwernissen für Versorgungseinrichtungen (Herrmann, 2020) und Kosten einhergeht (Laxy, Teuner, 2024; Lehnert et al., 2012). Die Forschungsfragen sind deswegen: (1) Wie unterscheiden sich adipöse Rehabilitand:innen zu Beginn der Reha von nicht-adipösen Rehabilitand:innen? (2) Inwiefern gibt es Unterschiede über den Reha-Verlauf und nach der Reha zwischen adipösen und nicht-adipösen Rehabilitand:innen?

#### **Methoden**

Es wurde eine Sekundärdatenanalyse (Lippke et al., 2020; Rinn et al., 2024) durchgeführt mit N=1044 orthopädischen, rheumatologischen und psychosomatischen Rehabilitand:innen, von denen zu t1 während der Reha 33 % adipös waren (1 % untergewichtig, 23 % normalgewichtig und 39 % übergewichtig, 4 % keine Angaben). N=413 (39 % von t1) Rehabilitand:innen nahmen auch an t2 (6 Monate nach t1) teil und von diesen waren 28 % normalgewichtig, 42 % übergewichtig und 31 % adipös. Zu t3 (12 Monate nach t1) nahmen N=253 (24 % von t1 bzw. 61 % von t2) Rehabilitand:innen teil und 21 % normalgewichtig, 43 % übergewichtig und 36 % adipös waren. Weder zu t2 noch t3 war die Studienteilnahme mit Adipositas zu t1 oder t2 assoziiert ( $p > .24$ ) und deswegen schien keiner selektiver Dropout vorzuliegen.

#### **Ergebnisse**

Adipöse Rehabilitand:innen unterscheiden sich zu Beginn der Reha von nicht-adipösen Rehabilitand:innen in vielen Bereichen [ $F(24,566)=6,13$ ;  $\text{Eta}^2=.21$ ;  $p < .01$ ] wie höhere Motivation zur Gewichtsreduktion, weniger körperliche Aktivität und geringere Selbstwirksamkeitserwartung zur Rückkehr in Arbeit. Unterschiede über den Reha-Verlauf und nach der Reha zwischen adipösen und nicht-adipösen Rehabilitand:innen zeigen sich nur in einzelnen Variablen, nicht jedoch bei Messwiederholungsanalysen. Bei der Vorhersage der Erwartung, bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können, klärt der BMI zu t1

1 % der Varianz und BMI zu t2 2 % der Varianz auf. Wichtiger sind dagegen die Intention zu körperlicher Aktivität (t1) und die Selbstwirksamkeitserwartungen zur sozialen Teilhabe als auch die zur Rückkehr in Arbeit (beide t3 und jeweils 13 % Varianzaufklärung).

## **Diskussion und Fazit**

Wenn es gelingt, die Erwartungen der Rehabilitand:innen zu nutzen und Defizite zu Beginn der Reha zu erkennen und zu adressieren, dann scheinen adipöse Rehabilitand:innen gleich gute Chancen auf Rückkehr in Arbeit zu haben. Dies erfordert personalisierte Behandlungsansätze und wenn diese nicht ausreichend gewährleistet werden, dann laufen Rehabilitand:innen mit diesen besonderen Herausforderungen Gefahr, nicht optimal von der Reha zu profitieren.

## **Take-Home-Message**

Benachteiligungsfaktoren wie bspw. Adipositas sollten diagnostiziert und adressiert werden, um Chancengleichheit zu schaffen.

## **Literatur**

- Herrmann, K. (2020): Rehabilitation bei Adipositas. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie, 14(03), 140–152. <https://doi.org/10.1055/a-1208-4062>
- Kempf, K., Röhling, M. (2023): Erklärtes Ziel: Remission des Typ-2-Diabetes. Info Diabetologie, 17(4), 32–38. <https://doi.org/10.1007/s15034-023-4536-z>
- Laxy, M., Teuner, C. (2024): Ökonomische Aspekte. In H. Hauner & A. Wirth (Eds.), Adipositas (pp. 49–54). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58895-6\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58895-6_5)
- Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S., König, H. -H. (2012): The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: Systematic literature review. Obesity Reviews, 13(6), 537–553. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00980.x>
- Leung, A. W. Y., Chan, R. S. M., Sea, M. M. M., Woo, J. (2017): An Overview of Factors Associated with Adherence to Lifestyle Modification Programs for Weight Management in Adults. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(8), 922. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080922>
- Lippke, S., Derksen, C., Rinn, R., Gan, Y. (2020): Predictors for Loneliness Perceived by the Interviewer or the Individual: Findings from Limited Disability Pensioners and Medical Rehabilitation Patients. Acta de Investigación Psicológica, 10(1), 114–130. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.1.338>
- Rinn, R., Whittal, A., Kremeti, E., Lippke, S. (2024): The social class of orthopedic rehabilitation patients: Are there differences in subjective health, return to work motivation, and participation in aftercare interventions? Social Science & Medicine, 356, 117152. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117152>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

# Nierentransplantiert ins berufliche Aus – noch zeitgemäß?

Juergen Wagner<sup>1</sup>; Ann-Sophie Wienke<sup>2</sup>; Jana Sutterer-Bohro<sup>2</sup>; Martin Bek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MediClin Rehabilitationsforschung gGmbH; <sup>2</sup> MediClin Staufenburg Klinik

## Hintergrund und Zielstellung

Chronische Nierenkrankheiten und Hämodialyse reduzieren die Lebensqualität, induzieren psychosoziale Probleme und beeinflussen den Erhalt der Erwerbsfähigkeit negativ. Dies ist krankheitsassoziierten Komorbiditäten und Urämiesymptomen, aber auch der zeitaufwändigen Dialyse geschuldet. Dagegen steigen Lebensqualität und das Überleben nach Nierentransplantation an. Dennoch ist die Beschäftigungsrate von Patienten mit Niereninsuffizienz und nach Nierentransplantation niedrig. Wir haben daher die Beschäftigungsrate von Patienten bei Anschlussheilbehandlung nach Nierentransplantation untersucht, um den Anteil der Erwerbsfähigen zu erfassen, die nach abgeschlossener Rekonvaleszenz wieder in die Erwerbsfähigkeit zurückkehren könnten.

## Methoden

293 Patienten mit stationärer Anschlussheilbehandlung nach Nierentransplantation (NTX) wurden in einer fortlaufenden Patientenkohorte in die Datenerhebung eingeschlossen. Erhoben wurden die Daten zur Epidemiologie, sozioökonomische Daten und die Nierenfunktion. Die Einwilligung zur Datenerfassung wurde bei allen Patienten eingeholt. Die statistische Analyse erfolgte deskriptiv. Die Zusammenhänge zwischen Dialyse- und relevanten Reha- bzw. Prognoseparametern wurden mittels Korrelationsanalysen statistisch ausgewertet.

## Ergebnisse

66 % der eingeschlossenen n=293 NTX Patienten waren Männer und 34 % Frauen. Davon bezogen n=81 Altersrente. Von 212 Patienten im Erwerbsalter von 19-65 Jahren bezogen 33 % (n=68) eine Erwerbsminderungsrente (EMR), in 60 % der Fälle war diese unbefristet, 15 % waren arbeitslos (n=30; AL). 59 % waren berufstätig (n=126), davon 54 % in Teilzeit. Insgesamt waren 23 % in Vollzeit tätig. Von den erwerbsfähigen NTX Patienten erhielten 55 % eine Tot- und 46 % eine Lebendspende. 25 % waren blutsverwandt. 20 hatten eine präemptive TX, 90 % jedoch vorab Dialyse mit einer mittleren Dauer von 62,3 Monaten. Das durchschnittliche Alter bei Berufstätigen mit NTX lag bei 45 J., die Dialysedauer bei 4,2 J., bei Nicht-Berufstätigen bei 50,7 J. und 6,6 J. Der durchschnittliche Kreatininwert lag zu Beginn der Reha bei 1,84, zum Ende der Reha bei 1,65 mg/dl (-0,19 mg/dl). Die erwerbsfähigen Patienten wiesen dabei einen sehr guten Krea-Wert von < 1,3 in 22 %, im Bereich von 1,3 - 2,0 in 59 % und von > 2,0 in 17 % der Fälle auf. Arbeitslose und EMR Empfänger liegen vergleichbar bei 24 %, 59 % und 16 %. Der mittlere Kreatininwert lag bei den Berufstätigen bei 1,65 mg/dl, bei R. mit AL/EMR bei 1,62, bei Lebend-/Präemptivspende bei 1,65 und bei nach Totspende bei 1,66 mg/dl zum Ende der Rehabilitation (N.S.). Die Erwerbsminderungsrente korreliert deutlich mit dem Alter der Patienten (keine EMR: MW = 45 J. vs. mit EMR: MW = 56 J.; p < 0,001) und der Dialysedauer vor NTX (keine EMR: MW = 2,4 J. vs. mit EMR: MW = 6,9 J.; p < 0,001). Die Dialysedauer korreliert umgekehrt mit der Berufstätigkeit (nicht berufstätig = 6,8 J. vs. berufstätig: MW = 2,0 J.; p < 0,001). Die

Erwerbstätigkeit bei Totspende lag bei 44 %, bei Lebendspende bei 71 % und bei präemptiver Spende bei 89,5 %.

### **Diskussion und Fazit**

Die Entscheidung über eine Erwerbstätigkeit bei Nierentransplantierten wird nicht getroffen nach NTX, sondern liegt schon vorher fest. Alter und insbesondere Dialyse und Dialysedauer korrelieren stark mit einer Erwerbsminderungsrente, dagegen helfen präemptive und Lebendspendentransplantation signifikant, die Erwerbstätigkeit zu erhalten. Die Nierenfunktion nach NTX spielt keine Rolle als Prognoseparameter der Erwerbstätigkeit. Die Filtrationsraten, indiziert durch den Kreatininwert, unterscheiden sich nach Nierentransplantation nicht zwischen Patienten mit EMR und Arbeitslosigkeit und Berufstätigen, Tot- oder Lebend-/Präemptivspende.

### **Take-Home-Message**

Europäische Daten zeigen nur einen geringen Anstieg der Erwerbstätigkeitswiederaufnahme nach NTX (Kirkeskov et al., 2021; de Jong et al., 2022; Knobbe et al., 2022). Maßnahmen für eine Verkürzung der Wartezeit auf Nierentransplantation, weitere Förderung der Lebendspende, aber auch für den Erhalt einer Beschäftigung während der Hämodialyse oder die Befristungsdauer der EMR können helfen, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

### **Literatur**

- Kirkeskov, L., Carlsen, R. K., Lund, T., Buus, N. H. (2021): Employment of patients with kidney failure treated with dialysis or kidney transplantation—A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, 22, 348. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02552-2>
- de Jong, R. W., Boezeman, E. J., Chesnaye, N. C., Bemelman, F. J., Massy, Z. A., Jager, K. J., Stel, V. S., de Boer, A. G. E. M. (2022): Work status and work ability of patients receiving kidney replacement therapy: Results from a European survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 37(10), 2022–2033. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfab300>
- Knobbe, T. J., Kremer, D., Abma, F. I., Annema, C., Berger, S. P., Navis, G. J., van der Mei, S. F., Bültmann, U., Visser, A., Bakker, S. J. L. (2022): Employment status and work functioning among kidney transplant recipients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 17(10), 1506–1514. <https://doi.org/10.2215/CJN.05560522>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Perceptions of Usability and Engagement in a Digital Rehabilitation Program for Obesity: A Qualitative Study**

*Mailah Khan; Darko Jekauc*

Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Obesity is a multifactorial chronic condition with rising prevalence and significant physical and psychological consequences (Lin, Li, 2021; Congdon, Amugsi, 2022). Rehabilitation programs play a central role in long-term obesity management by providing structured support for sustainable lifestyle changes (Madigan et al., 2022). However, traditional delivery formats often face challenges in accessibility and continuity, especially for individuals in rural or underserved regions (Beverly, 2024). Digital rehabilitation, defined as the structured provision of interventions through digital platforms, offers a promising extension, with emerging evidence indicating improvements in adherence and health outcomes (Kahan et al., 2022). Despite these advancements, little is known about users' lived experiences with such programs. This study aimed to explore how individuals with obesity perceive the usability and engagement of a digital rehabilitation program and what factors shape adherence or dropout.

## **Methoden**

A qualitative interpretive-descriptive design was used to investigate user experiences with a digitally supported interval rehabilitation program for obesity. The program consisted of three inpatient phases over one year, combined with continuous digital support via the Caspar telerehabilitation platform. Personalized therapy plans included exercise, nutrition, and psychological modules, accessible via PC, tablet, or smartphone.

Fifteen participants from four certified rehabilitation clinics in Germany were recruited through purposive sampling. Semi-structured interviews were conducted remotely via Skype using a piloted interview guide. Ten participants actively used the program, while five had discontinued participation. Interviews focused on usability, emotional experiences, and factors influencing adherence or dropout.

Interviews were transcribed verbatim and analyzed using Braun and Clarke's six-phase thematic analysis, supported by f4analyse software. Coding was conducted at the semantic level, developing main themes deductively and subthemes inductively. Reflexivity and team discussions ensured transparency and analytic rigor. Research quality was maintained through COREQ guidelines and Guba's criteria for trustworthiness.

## **Ergebnisse**

Participants showed varied patterns of engagement with the digital rehabilitation program, ranging from ongoing participation to early dropout. These behavioral trajectories were influenced by personal, social, and contextual factors, which formed the basis for five interconnected themes: motivation, enjoyment as a relational experience, perceived utility, social interaction, and everyday integration.



Motivation operated both as an internalized habit (implicit) and a goal-oriented process (explicit), shaping sustained participation and attrition. Enjoyment emerged as a relational and context-dependent experience, influenced by usability, social connection, and a sense of accomplishment. Emotional satisfaction was greater when program elements aligned with daily routines and interpersonal interaction. Usability affected engagement through navigation ease, digital literacy, onboarding experience, and content relevance. While many described the app as intuitive, others faced technical and design-related challenges. Therapist support and peer relations fostered trust, motivation, and continuity. Conversely, the absence of social features hindered emotional connection for some users. Daily routines, family responsibilities, health conditions, and geographical context shaped participation, with flexibility and adaptability emerging as essential for sustained engagement.

## **Diskussion und Fazit**

This study illuminates the complex interplay of motivation, enjoyment, usability, social support, and everyday life in shaping engagement with digital rehabilitation among individuals with obesity. Successful participation appears to depend not only on technical design or behavioral goal setting but on how well digital tools resonate with users' emotional needs, social environments, and day-to-day realities. Enjoyment and usability functioned as relational outcomes that reinforced adherence when combined with therapist involvement and peer connection. The ability to flexibly adapt rehabilitation to changing schedules, caregiving duties, and physical limitations was central to sustained engagement.

These findings underscore the importance of designing digitally supported rehabilitation programs that are emotionally intelligent, socially responsive, and contextually adaptable. Digital obesity rehabilitation should move beyond technology-centered approaches to integrate emotional connection, social inclusion, and everyday practicality as key design principles.

## **Take-Home-Message**

Digital rehabilitation for obesity is most effective when it fosters emotional connection, social support, and flexibility in everyday life. User-centered adaptability and relational engagement are critical for sustained participation and long-term health outcomes.

## **Literatur**

- Beverly, E. A. (2024): Obesity management solutions in rural communities. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 18(1), 13–23.
- Congdon, P., Amugsi, D. A. (2022): Editorial: The Obesity Epidemic: Causes, Context, Prevention. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 10301800.
- Lin, X., Li, H. (2021): Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. *Frontiers in Endocrinology*, 12, Article 706978.
- Madigan, C. D., Recio-Román, A., Barnes, C. (2022): Digital interventions in lifestyle rehabilitation: Opportunities and barriers. *Journal of Rehabilitation Science*, 59(3), 145–156.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

# **Subjektive Belastungsscores als interdisziplinäre Marker der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bei Rehabilitanden mit chronischen internistischen Erkrankungen**

*Ann-Sophie Wienke<sup>1</sup>; Jana Sutterer-Bohro<sup>1</sup>; Ann-Kathrin Grotenburg<sup>2</sup>;  
Gretha Wagner<sup>2</sup>; Mario Siebler<sup>3</sup>; Viktoria Arling<sup>2</sup>; Juergen Wagner<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> MediClin Staufenburg Klinik; <sup>2</sup> RWTH Aachen; <sup>3</sup> MediClin Rehabilitationsforschung gGmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Rehabilitanden mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen weisen regelhaft multiple Symptome aus verschiedene Symptomkategorien auf, die über die eigentliche Grunderkrankung hinausgehen und zu komplexen Beeinträchtigungen der beruflichen und sozialen Teilhabe führen (z. B. Erschöpfung, Depression, kognitive Einschränkungen bei Diabetes oder Dialyse). Im Rahmen des BMFTR Verbundprojektes Post-COVID-eDOC (BMFTR Interaktive Technologien, 2023) wurde bei stationären Rehabilitanden ein subjektiver Belastungsscore sBS (Wagner G. et al.; 2025) entwickelt, der die subjektive Belastung von Rehabilitanden mit multidimensionalen Beschwerden indikationsunabhängig beschreiben soll. Der sBS Questionnaire belegte mittlere negative Zusammenhänge der Belastungsdimensionen mit der subjektiven Prognose zur Wiederherstellung der vollständigen Funktionalität, den unterschiedlichen Gesundheitsdimensionen aus dem SF-36, sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $r = -.25$  bis  $-.60$ ; Grotenburg et al., 2026). Wir haben den sBS an Rehabilitanden mit chronischen internistischen Erkrankungen untersucht, um i) die subjektive Belastung bei Rehabilitanden mit fortgeschrittenen Erkrankungen bei Diabetes, Adipositas und Niereninsuffizienz und ii) die Korrelation der Belastungssituation mit der Gefährdung und Prognose der Erwerbsfähigkeit zu erfassen.

## **Methoden**

n=248 stationäre Rehabilitanden im berufstätigen Alter mit Adipositas, Niereninsuffizienz oder Diabetes wurden in einer fortlaufenden Patientenkohorte in die Datenerhebung eingeschlossen. Erhoben wurden die Daten zur Epidemiologie, sozioökonomische und somatisch-medizinische Daten. Die Einwilligung zur Datenerfassung wurde bei allen Patienten eingeholt. Die statistische Analyse erfolgte deskriptiv. Die Zusammenhänge zwischen Belastungsdimensionen und relevanten Reha- bzw. Prognoseparametern wurden mittels Korrelationsanalysen statistisch ausgewertet. Ergebnisse der Subskalen wurden mittels ANOVA analysiert.

## **Ergebnisse**

n=79 Rehabilitanden (R.) mit Adipositas (A), Altersmittel 50,9 J., 54 % männlich, 14 % AU, BMI 43,5 kg/m<sup>2</sup> (MW 134,4 kg) und n=76 R. mit Niereninsuffizienz (NI), 55,8 J., 63 % männlich, 44 % AU und n=93 R. mit Diabetes (D), Altersmittel 53,6 J., 59 % männlich, 13 % AU, Erkrankungsdauer 10,4 J. wurden eingeschlossen. Ihren Gesundheitszustand schätzten als gut ein 32 % (A), 43 % (NI), 42 % (D) weniger gut bis schlecht 67 % (A), 51 % (NI) und 57 % (D). 47 % (A) und 55 % (NI) und 57 % (D) schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter oder sehr viel schlechter ein als vor einem Jahr. Der sBS lag bei 125,8 (A), 126,8 (NI) und 125 (D) Punkten (6-234). Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit lag bei 6,57

(A; 0-10), 6,87 (NI) und 6,83 (D). 81 % (A), 54 % (D) und 72 % (NI) dachten darüber nach, einen Rentenantrag zu stellen. Mit dem sBS korrelierten nicht Geschlecht, Alter oder die wöchentliche Arbeitszeit, jedoch die AU ( $p < 0,001$ ; A) oder die AU-Dauer ( $p < 0,05$ ; NI) sowie der Gesundheitszustand ( $p < 0,001$ ) und negativ die Lebenszufriedenheit ( $p < 0,001$ ). Die Prognose „Rückkehr zum bisherigen Arbeitsplatz“ korrelierte mit dem sBS positiv ( $p < 0,001$ ), dagegen negativ die Frage nach einem Rentenantrag ( $p < 0,01$ ). An somatischen Daten korrelierte der sBS bei R. mit Adipositas mit dem BMI ( $p < 0,005$ ), bei R-NI mit der Durchführung der Dialyse ( $p < 0,01$ ), aber auch nach Nierentransplantation ( $p < 0,001$ ). Hinsichtlich der Subskalen waren R. mit Adipositas signifikant höher belastet im „Selbstbild“. Bei (NI) unterschieden sich R. nach NTX stark von R. mit Dialyse im sBS mit 105,8 vs. 135,5 Punkten ( $p < 0,001$ ) und der Lebenszufriedenheit mit 8,23 vs. 6,31 ( $p < 0,002$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Der Einsatz des sBS erlaubt eine indikationsübergreifende, standardisierte Erfassung subjektiver Belastungen in der internistisch-somatischen Rehabilitation. Die Befunde zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen erhöhter Belastung, reduzierter Lebenszufriedenheit und einer ungünstigen Erwerbsprognose. Damit liefert der sBS eine valide Grundlage zur Einschätzung von Teilhabe- und Erwerbsrisiken über Krankheitsgrenzen hinweg.

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung psychosozialer Belastungsdimensionen für die Rehabilitationsplanung und ermöglichen eine gezieltere interdisziplinäre Intervention zur Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit. Weitere Untersuchungen mit größeren Kohorten und weiteren Indikationen sollen die prognostische Validität des Instruments weiter prüfen.

## **Literatur**

- BMFTR Interaktive Technologien (2023): Post-COVID\_E-Doc: Realisierung und Erforschung eines kontaktlosen, adaptiven, lernfähigen und hybriden Post-COVID Checkup- und Informationssystems. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/post-covid-e-doc>
- Grotenburg, A.-K., Wagner, G., Wienke, A.-S., Wagner, J., Siebler, M., Arling, V. (2026): Entwicklung und Erprobung eines subjektiven Belastungsscores (sBS) für Post-COVID-Patient: innen. (DRV Rehakolloquium 2026, Leipzig).
- Wagner, G., Grotenburg, A.-K., Knispel, J., Slavchova, V., Arling, V. (2025): Einschränkung der Teilhabe von Post-COVID-Rehabilitanden – Implikationen für die (Reha-)Nachsorge. DRV-Schriften (2025): Band 131: S. 84-86 (DRV Rehakolloquium 2025, Nürnberg).

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Das Projekt wird gefördert durch das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt – Interaktive Technologien (Post COVID E-DOC)

## **Die depressive Symptomatik als geschlechtsspezifischer Prädiktor der körperlichen Leistungsentwicklung in der kardiologischen Rehabilitation**

*Marc Teschler; Rene Garbsch; Boris Schmitz; Frank Mooren*

Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die psychische Gesundheit gilt als wesentlicher Einflussfaktor für den Erfolg der kardiologischen Rehabilitation (Bueno et al., 2025). Symptome wie Depressivität und Angst können die langfristige Prognose nach kardiovaskulären Ereignissen beeinträchtigen und geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychischen Belastung auch im Rahmen der Rehabilitation wurden bereits beschrieben. Bisher ist jedoch unzureichend untersucht, in welchem Ausmaß geschlechtsspezifische psychologische Faktoren die individuelle Leistungsentwicklung bereits während der Rehabilitation vorhersagen können. Ziel dieser Analyse war es, den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und der Veränderung körperlicher Leistungsfähigkeit bei Männern und Frauen im Verlauf der stationären kardiologischen Rehabilitation zu untersuchen und die prognostische Relevanz für den Rehabilitationserfolg zu bestimmen.

### **Methoden**

Im Rahmen der prospektiven, longitudinalen Prädiktor-Studie wurden Patient:innen mit koronarer Ein- bis Drei-Gefäßerkrankung (ICD-10 I25.xx) mit oder ohne Myokardinfarkt, einschließlich Stentimplantation oder aortokoronarer Bypassoperation, eingeschlossen. Die vorliegende Analyse umfasst die Rehabilitationszeitpunkte T0 (Aufnahme) und T1 (Ende Rehabilitation). Zu beiden Zeitpunkten wurden validierte Fragebögen eingesetzt: der Patient Health Questionnaire (PHQ-9) zur Erfassung von Depressionssymptomen (klinische Auffälligkeit  $\geq 10$ ), die Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; klinische Auffälligkeit  $\geq 10$ ) sowie die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A; klinische Auffälligkeit  $\geq 11$ ). Zur Beurteilung der kardiorespiratorischen Leistungsfähigkeit absolvierten alle Patient:innen eine Spiroergometrie zu T0 und T1. Hieraus wird die relative maximale Sauerstoffaufnahme ( $\text{VO}_2/\text{kg}$ ) als primärer Leistungsparameter abgeleitet.

### **Ergebnisse**

Die Analyse umfasste 477 Patient:innen mit vollständigen Spiroergometriedaten zu T0 und T1 (männlich:  $n=361$  [67,9 %], Alter:  $55,2 \pm 7,1$  Jahre; weiblich:  $n=116$  [32,1 %], Alter:  $55,7 \pm 7,5$  Jahre). Zu Beginn der Rehabilitation zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede in den Bereichen depressiver Symptomatik (PHQ-9:  $6,2 \pm 4,3$  [Männer] vs.  $9,1 \pm 5,4$  [Frauen]), Angstsymptomatik (GAD-7:  $5,7 \pm 4,2$  vs.  $8,4 \pm 4,9$ ) und Angstneigung (HADS-A:  $6,1 \pm 3,9$  vs.  $8,1 \pm 4,4$ ; alle  $p < 0.001$ ). Dies spiegelt sich auch in der prozentualen Verteilung der klinischen

Auffälligkeit wider (PHQ-9: 21,8 vs. 34,5 %; GAD-7: 17,0 vs. 34,5 %; HADS-A: 14,2 vs. 28,8 %; alle  $p < 0.05$ ). Im Verlauf der Rehabilitation zeigten Männer und Frauen eine vergleichbare geminderte Angstneigung (HADS-A:  $-1,0 \pm 3,0$  vs.  $-1,3 \pm 3,9$ ;  $p=0.510$ ), während Patientinnen eine deutlich stärkere Reduktion der depressiven (PHQ-9:  $-2,2 \pm 3,1$  vs.  $-3,4 \pm 3,6$ ;  $p=0.024$ ) und Angstsymptomatik (GAD-7:  $-2,2 \pm 3,5$  vs.  $-4,4 \pm 2,2$ ;  $p=0.001$ ) zeigten.

Mit Bezug auf die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei psychisch auffälligen weiblichen Patientinnen. Diese zeigten gegen den allgemeinen Trend der Leistungssteigerung ( $+1,4 \pm 2,5$  [Männer] vs.  $+0,9 \pm 2,4$  ml/min/kg [Frauen],  $p > 0.05$ ) den geringsten Anstieg der körperlichen Fitness (FrauenPHQ $\geq 10$ :  $0,0 \pm 2,2$  ml/min/kg,  $p_{ANOVA} = 0.0486$ ). Hierbei war die Leistungsfähigkeit der Frauen in beiden Gruppen bei Aufnahme nicht unterschiedlich ( $15,7 \pm 3,7$  [FrauenPHQ $\geq 10$ ] vs.  $16,8 \pm 3,8$  ml/min/kg [FrauenPHQ  $< 10$ ];  $p=0.207$ ). Ebenso zeigte sich bei den männlichen Patienten ein gleichwertiger Anstieg in der Leistungsfähigkeit unabhängig von psychologischer Auffälligkeit ( $+1,3 \pm 2,4$  [MännerPHQ $\geq 10$ ] vs.  $1,4 \pm 2,6$  ml/min/kg [MännerPHQ  $< 10$ ];  $p=0.708$ ) bei vergleichbarer Leistungsfähigkeit zu T0 ( $18,7 \pm 4,0$  vs.  $19,7 \pm 4,8$  ml/min/kg;  $p=0.152$ ).

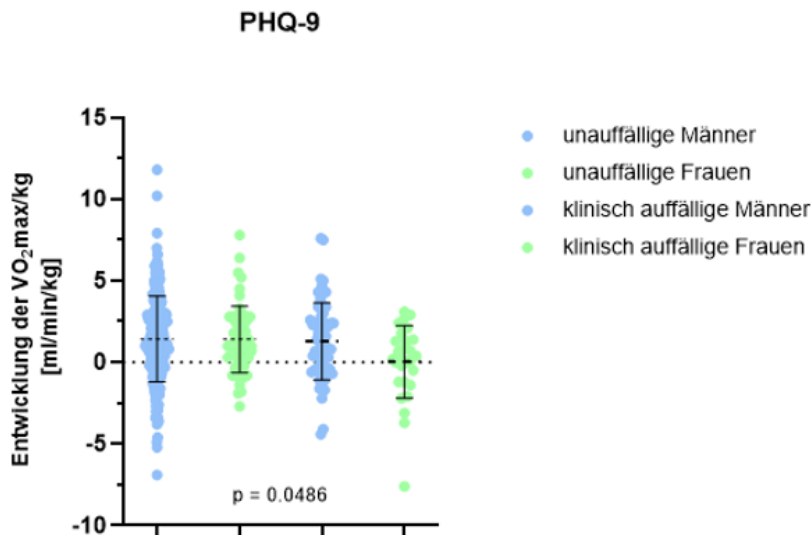


Abbildung 1: Veränderungen der maximalen relativen Sauerstoffaufnahme (VO<sub>2</sub>max/kg) basierend auf klinisch relevanter depressiver Symptomatik zu Beginn der kardiologischen Rehabilitation

## Diskussion und Fazit

Unsere Ergebnisse bestätigen, dass psychische Belastungen bei Frauen in der kardiologischen Rehabilitation häufiger und stärker ausgeprägt sind als bei Männern. Trotz generell vergleichbarer und geschlechtsunabhängiger Leistungszuwächse und deutlicher psychischer Verbesserungen während des Rehabilitationsverlaufs zeigten sich speziell bei initial psychisch auffälligen weiblichen Patientinnen Einschränkungen in der Steigerung körperlicher Fitness. Ob eine erhöhte psychische Belastung die Trainings- und Regenerationsfähigkeit insbesondere bei weiblichen Rehabilitandinnen bspw. über psychoneuroimmunologische Mechanismen beeinträchtigt, muss näher untersucht werden. Insgesamt unterstreichen unsere Befunde die Bedeutung der kardiopsychologischen Betreuung im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation, insbesondere bei weiblichen Patientinnen mit erhöhter psychischer Belastung. Die Integration psychosomatischer Screeningverfahren und

individuell optimierte Interventions-/Therapieangebote könnten den Rehabilitationserfolg nachhaltig verbessern.

### **Take-Home-Message**

Eine initial ausgeprägtere psychische Belastung kann die Leistungssteigerung bei Frauen in der kardiologischen Rehabilitation trotz insgesamt positiver Reha-Effekte auf die Depression/Angst-Symptomatik limitieren.

### **Literatur**

Bueno, H., et al. (2025): ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. Eur Heart J, 2025.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V., Norderney

## **Geringere Herzanxiety nach verhaltensmedizinisch orientierter kardiologischer Rehabilitation? 12-Monats-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie**

*Matthias Bethge<sup>1</sup>; Dieter Benninghoven<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Nord, Mühlenbergklinik

### **Hintergrund und Zielstellung**

Persistierende psychische Beeinträchtigungen und auch Herzanxiety erhöhen das Mortalitätsrisiko bei stabiler koronarer Herzerkrankung und nach kardiovaskulären Ereignissen (Bueno et al., 2025). Depressivität ist zudem mit dem Ausmaß an Behinderung assoziiert, das Langzeitüberlebende eines Herzinfarktes erleben. Psychische Beeinträchtigungen kardiovaskulär erkrankter Patientinnen und Patienten sollten in der medizinischen Rehabilitation folglich frühzeitig erkannt und adressiert werden. Daher entwickelten wir eine verhaltensmedizinisch orientierte kardiologische Rehabilitation und prüften diese im Vergleich zur herkömmlichen kardiologischen Rehabilitation (Benninghoven et al., 2022; Bethge et al., 2023).

### **Methoden**

In unserer randomisierten kontrollierten Studie wurden die Teilnehmenden zufällig einer vierwöchigen verhaltensmedizinisch orientierten kardiologischen Rehabilitation (Interventionsgruppe) oder einer vierwöchigen herkömmlichen kardiologischen Rehabilitation (Kontrollgruppe) zugewiesen (Heilverfahren, keine Anschlussrehabilitation; Studienregistrierung: DRKS00029295). Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation kennzeichnete sich durch fünf Module: eine psychologische Bezugsgruppe mit sieben 90-minütigen Terminen, mindestens ein einstündiges psychologisches Einzelgespräch, neun Einheiten, in denen die progressive Muskelrelaxation geübt wurde, ein zweistündiges Seminar, das die Zusammenhänge von Herz und Psyche vermittelte, und eine Bewegungsgruppe, die in

nahezu 30 Stunden Möglichkeiten körperlicher Aktivität erprobte. Eingeschlossen wurden Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren, bei denen eine psychische Belastung oder Komorbidität festgestellt wurde. Fragebogendaten wurden am Beginn und Ende der Rehabilitation sowie drei und zwölf Monate nach Ende der Rehabilitation erhoben. Die dargestellten Analysen berichten die Ergebnisse der 12-Monats-Nacherhebung. Primäres Zielkriterium war die mit dem Herzangstfragebogen gemessene Herzangst. Ein Studienprotokoll findet sich an anderer Stelle (Bethge et al., 2023).

## **Ergebnisse**

Jeweils 154 Personen wurden der Interventionsgruppe bzw. der Kontrollgruppe zugewiesen. Drei Personen zogen ihre Einwilligung zurück. Von den verbliebenen 305 Personen beantworteten 284 (93,1 %) die Befragung am Rehabilitationsende, 263 (86,2 %) die Befragung nach drei Monaten sowie 248 (83,1 %) die Befragung nach zwölf Monaten. Das durchschnittliche Alter lag bei 56,4 Jahren. 54,8 % waren weiblich. 37 % wurden wegen chronischem Hypertonus behandelt, 31,1 % waren ischämisch erkrankt. Bei knapp zwei Dritteln der Interventionsgruppe stellten wir im diagnostischen Interview eine psychische Störung fest.

Gesamtdosis und Dauer beider Programme waren vergleichbar. Die fünf verhaltensmedizinisch orientierten Interventionsmodule hatten einen Umfang von rund 50 Stunden. Dies entsprach 70,2 % der insgesamt in der Interventionsgruppe während der Rehabilitation dokumentierten therapeutischen Leistungen. Die Umsetzungsgenauigkeit der implementierten fünf Module war hoch. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe bestätigten signifikant häufiger, dass Themen wie Wechselwirkungen von Herzerkrankungen und psychischer Befindlichkeit bearbeitet wurden. In der Interventionsgruppe wurde der Zusammenhang von Herz und Psyche aus Sicht der Teilnehmenden konsistenter vermittelt.

Sowohl am Rehabilitationsende als auch nach drei Monaten waren die Herzangstwerte der Interventionsgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Nach zwölf Monaten unterschieden sich beide Gruppen nicht mehr. Die Werte der Interventionsgruppe blieben stabil auf dem nach drei Monaten erzielten Niveau, das die Kontrollgruppe erst nach zwölf Monaten erreichte. Vergleichbare Verläufe beobachteten wir auch auf den Subskalen des Herzangstfragebogens. Auch die Verläufe der sekundären Zielkriterien waren für beide Gruppen im Wesentlichen vergleichbar. Das nach drei Monaten erreichte Niveau wurde in beiden Gruppen gehalten, mit leichten Vorteilen der Interventionsgruppe für die Bewegungselbstwirksamkeit.

## **Diskussion und Fazit**

Unsere randomisierte kontrollierte Studie zeigte eine Reduktion der Herzangst innerhalb der ersten drei Monate zugunsten der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation. Die Kontrollgruppe erreichte erst nach zwölf Monaten ein vergleichbares Niveau. Die finale Intention-to-treat-Analyse wird fehlende Werte mehrfach imputieren. Ergänzend wird eine gesundheitsökonomische Analyse durchgeführt.

## **Take-Home-Message**

Die geprüfte verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation reduzierte die Herzangst schneller, aber langfristig nicht stärker als die herkömmliche kardiologische Rehabilitation.

## Literatur

- Benninghoven, D., Menke, E., China, C., Schroeder, F., Bethge, M. (2022): Implementierung einer Verhaltensmedizinisch Orientierten Rehabilitation in der Kardiologie. Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 72. 429-437.
- Bethge, M., Thome-Soós, F., Rašo, L. M., Weier, L., Benninghoven, D. (2023): Cognitive-behavioral rehabilitation in patients with cardiovascular diseases: A randomized controlled trial (CBR-CARDIO, DRKS00029295). BMC Cardiovascular Disorders, 23. 252.
- Bueno, H., Deaton, C., Farrero, M., Forsyth, F., Braunschweig, F., Buccheri, S., Dragan, S., Gevaert, S., Held, C., Kurpas, D., Ladwig, K. H., Lionis, C. D., Maas, A., Merša, C. O., Mindham, R., Pedersen, S. S., Rojnic Kuzman, M., Szmit, S., Taylor, R. S., Uchmanowicz, I., Vilchinsky, N. (2025): 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. European Heart Journal, 46. 4156-4225.

Interessenkonflikt: Dieter Benninghoven ist Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung, in der beide Programme umgesetzt wurden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Geschlechterunterschiede beim Zugang zur Rehabilitation am Beispiel von Myokardinfarkt und Rückenschmerzen**

*Chris Bauer; Lisa Happe; Laura Golenia; Marc Baenkler*

MEDIAN Unternehmensgruppe B. V. & Co. KG

### **Hintergrund und Zielstellung**

Eine geschlechtergerechte Rehabilitation ist von zentraler gesundheitlicher und sozial-ökonomischer Bedeutung, da ungleiche Zugänge oder Teilhabemöglichkeiten das Risiko für Chronifizierungen, Erwerbsminderungen und gesellschaftliche Belastungen erhöhen können. Trotz wachsender Evidenz zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in Prävalenz, Krankheitsverlauf und Versorgungsnutzung liegen bislang nur begrenzte Daten zum tatsächlichen Zugang zur Rehabilitation vor. Ziel der vorliegenden Analyse war es daher, potenzielle Gender-Gaps in der Rehabilitation im bundesweiten Verbund der MEDIAN-Kliniken zu identifizieren und diese im Kontext der Krankheitslast der Gesamtbevölkerung zu bewerten.

### **Methoden**

Es wurden Routine-Daten aus dem bundesweiten Verbund der MEDIAN-Kliniken im Zeitraum von 2022-2024 analysiert, darunter 15.708 PatientInnen mit Myokardinfarkt aus 19 Kliniken (insgesamt 62 623 kardiologische Fälle) und 20.218 PatientInnen mit Rückenschmerzen aus 39 Kliniken (insgesamt 91 059 orthopädische Fälle). Eingeschlossen wurden alle voll- und teilstationären Reha- sowie AHB-Fälle unabhängig vom Kostenträger.

Die Identifikation der Erkrankungen erfolgte über die Haupteinweisungsdiagnose gemäß ICD-10-Code I21.\* (Myokardinfarkt) bzw. eine Liste von 231 rückenschmerzassoziierten



ICD-10-Codes (z. B. Kyphose, Lordose, Skoliose, Osteochondrose). Referenzdaten zur Geschlechterverteilung stammten aus dem Deutschen Herzbericht, dem Gesundheitsatlas Deutschland und der BURDEN 2020 Studie (von der Lippe et al., 2021).

Die Auswertungen erfolgten alters- und regionenspezifisch mithilfe von Resampling und linearen Regressionsmodellen zur Adjustierung altersabhängiger Effekte. Für die Zuordnung des Bundeslandes wurde nur die Postleitzahl der PatientInnen benutzt. Für die p-Wert-Berechnung wurde ein Resampling-Ansatz mit 1000 Wiederholungen von jeweils 1000 Zufallsziehungen angewandt.

## Ergebnisse

**Myokardinfarkt:** Bei PatientInnen mit Myokardinfarkt zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Geschlechterverteilung in der Rehabilitation (69,2 % Männer) verglichen mit der Gesamtbevölkerung (67,9 % Männer; Resampling  $p = 0,32$ ). Allerdings zeigten sich deutliche regionale Unterschiede im Geschlechtervergleich zwischen Nordost- und Südwestdeutschland. Auch nach der Korrektur von Alterseffekten zeigte sich in Nordostdeutschland ein erhöhter Anteil männlicher Patienten (siehe Abbildung 1). Zudem war der Anteil männlicher Patienten bei den DRV-Versicherten signifikant höher als bei den GKV-Versicherten (Resampling  $p = 0,05$ ).

**MEDIAN: Relativer Anteil der Männer Myokardinfarkt (%)**  
**Alterskorrektur (2022, 2023, 2024)**

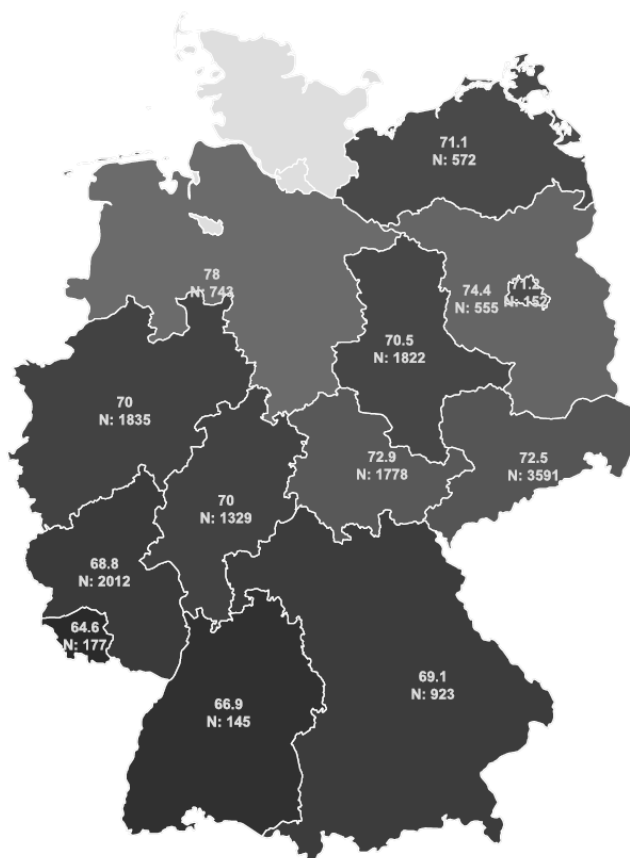


Abbildung 1: Relative Häufigkeit von männlichen Patient:innen mit Myokardinfarkt in der kardiologischen Rehabilitation in den MEDIAN Kliniken nach Bundesland

Rückenschmerzen: Bei Rückenschmerzen ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede der Geschlechterverteilung zwischen der Rehabilitation (42,9 % Männer) und der Bevölkerungsverteilung (40 bis 46 % Männer, Resampling  $p = 0.86$ ). Jedoch zeigte sich ein überdurchschnittlich hoher Männeranteil im Altersbereich von 55–63 Jahren. Auch waren deutliche regionale Unterschiede zu erkennen. Während in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein der Männeranteil bei ca. 34 bis 37 % lag, war er in Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz bei 43 bis 45 % (nach Alterskorrektur). Auch hier zeigten DRV-Versicherte eine signifikant höhere Männerquote als GKV-Versicherte (Resampling  $p = 0.05$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigten insgesamt nur geringe Abweichungen der Geschlechterverteilung im Vergleich von Rehabilitation und Gesamtbevölkerung, jedoch deutliche Unterschiede in bestimmten Altersgruppen, Regionen und Kostenträgern. Diese Muster weisen auf mögliche strukturelle oder motivationsbedingte Ungleichheiten im Zugang zur Rehabilitation hin, deren Ursachen auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend bewertet werden konnten. Da keine Informationen zu Reha-Anträgen oder Genehmigungen vorlagen, sind weiterführende Analysen unter Einbeziehung externer Versorgungsdaten erforderlich. Eine vertiefte Betrachtung könnte dazu beitragen, bestehende Gender-Gaps zu reduzieren und langfristig gesundheitliche wie gesellschaftliche Belastungen zu verringern.

## **Take-Home-Message**

Ein Gender-Gap im Zugang zur Rehabilitation ist insgesamt gering ausgeprägt aber in bestimmten Subgruppen deutlich sichtbar.

## **Literatur**

- Deutsche Herzstiftung (2024): Deutscher Herzbericht – Update 2024. Frankfurt am Main. Verfügbar unter: [https://www.dgpk.org/wp-content/uploads/Herzbericht-Update-2024-Gesamt\\_Final-2024-08-1.pdf](https://www.dgpk.org/wp-content/uploads/Herzbericht-Update-2024-Gesamt_Final-2024-08-1.pdf)
- von der Lippe, E., Krause, L., Porst, M., Wengler, A., Leddin, J., Müller, A., Zeisler, M.L., Anton, A., Rommel, A.; BURDEN 2020 study group (2021): Prevalence of back and neck pain in Germany. Results from the BURDEN 2020 Burden of Disease Study. J Health Monit. 2021 Mar 10
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023): Gesundheitsatlas Deutschland 2023. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/>. Zugriff am: 06.10.2025

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Psychische Belastung und subjektive Gesundheit bei Herzpatient\*innen

*Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg*

Deegenbergklinik

## Hintergrund und Zielstellung

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit stellt eines der Schlüsselthemen dar, die die subjektiven Erwerbsaussichten bestimmen (Brehmer et al., 2022). Der subjektive Gesundheitszustand (SGZ) sagt die Rückkehr in den Beruf besser vorher als die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (Biering et al., 2012). Ferner besteht ein Zusammenhang zwischen dem SGZ und der Mortalität bei KHK-Patienten auch nach Kontrolle für andere prognostische Variablen (Lenzen et al., 2007).

Es gibt zwar Hinweise dafür, dass Rumination und negativer Affekt mit negativem SGZ assoziiert sind (Thomsen et al., 2004), wenig ist jedoch darüber bekannt, wie sich psychische Belastung und Rumination auf den SGZ bei Herzpatient\*innen auswirken.

In einer explorativen Querschnittsstudie untersuchten wir, ob sich Patienten mit positivem SGZ in ihrer psychischen Belastung von Patienten mit negativem SGZ unterscheiden. Ferner sollte geprüft werden, inwieweit psychische Variablen den SGZ vorhersagen können und welche Einzelitems mit dem SGZ zusammenhängen.

## Methoden

An der Studie nahmen 240 Herzpatient\*innen (20 % Frauen) im Alter zwischen 35 und 65 Jahren ( $M = 57.9$ ,  $SD = 6.2$  Jahre) teil, die eine AHB nach einem akuten Myokardinfarkt und/oder einer Herzoperation durchführten.

Der SGZ wurde mittels eines einzelnen Items („Wie schätzen Sie Ihren momentanen Gesundheitszustand ein?“) auf einer fünfstufigen Skala erhoben. Ein positiver SGZ lag vor, wenn der Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ bewertet wurde. Die Urteile „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ wurden als negativer SGZ definiert. PTBS-Symptome wurden mittels des ITQ, Angst- und Depressionssymptome mittels des PHQ-4 und Rumination mittels des RS-8 am Ende der AHB erfasst.

Mittelwertsunterschiede wurden mittels Welch-Tests geprüft. Zur Erfassung des Zusammenhangs zwischen möglichen Prädiktoren und dem SGZ wurde eine hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt. Die Visualisierung des Zusammenhangs zwischen dem SGZ und den Einzelitems erfolgte mittels einer Netzwerkanalyse.

## Ergebnisse

134 Personen wurden der Gruppe mit positivem SGZ und 106 Personen der Gruppe mit negativem SGZ zugeordnet. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht und vergangener Zeit seit dem kardialen Ereignis. Personen mit positivem SGZ hatten jedoch signifikant seltener eine Herzoperation ( $\chi^2(1) = 4.7$ ,  $p < .05$ ). Ferner wiesen Personen mit positivem SGZ signifikant geringere Depressionswerte ( $t(158.3) = 6.5$ ,  $p < .001$ ), Angstwerte ( $t(142.2) = 5.8$ ,  $p < .001$ ), PTBS-Werte ( $t(172.5) = 5.8$ ,  $p < .001$ ) und Ruminationswerte ( $t(176.7) = 5.4$ ,  $p < .001$ ) auf.

Tabelle 1: Hierarchische Regression (N = 240) für SGZ-Werte

|           | Prädiktor   | B      | SE <sub>B</sub> | β      | t      | p     | R <sup>2</sup> | ΔR <sup>2</sup> |
|-----------|-------------|--------|-----------------|--------|--------|-------|----------------|-----------------|
| Schritt 1 | (Konstante) | 2.691  | 0.070           |        | 38.483 | <.001 | 0.025          | 0.025           |
|           | Operation   | -0.247 | 0.100           | -0.158 | -2.462 | 0.015 |                |                 |
| Schritt 2 | (Konstante) | 3.074  | 0.112           |        | 27.334 | <.001 | 0.282          | 0.257           |
|           | Operation   | -0.264 | 0.089           | -0.169 | -2.967 | 0.003 |                |                 |
|           | Depression  | -0.161 | 0.060           | -0.224 | -2.683 | 0.008 |                |                 |
|           | Angst       | -0.151 | 0.063           | -0.231 | -2.413 | 0.017 |                |                 |
|           | PTBS        | -0.003 | 0.016           | -0.021 | -0.203 | 0.839 |                |                 |
|           | Rumination  | -0.015 | 0.018           | -0.087 | -0.815 | 0.416 |                |                 |

In die hierarchische Regressionsanalyse gingen die in den bivariaten Analysen signifikanten Variablen ein, und zwar in einem ersten Schritt „Operation“ als Kontrollvariable und anschließend die Summenwerte von Angst, Depression, PTBS und Rumination. Wie Tabelle 1 zeigt, klärt das Gesamtmodell 28.2 % der Varianz auf ( $F(5, 234) = 18.4, p < .001$ ), wobei der Großteil auf die Hinzunahme der psychischen Variablen zurückzuführen ist. Die Variablen „Operation“, „Depression“ und „Angst“ stellen signifikante Prädiktoren dar, während PTBS und Rumination keinen Einfluss auf den SGZ zu haben scheinen.

Abbildung 1 zeigt die Visualisierung der Netzwerkstruktur der Depressions-, Angst- und PTBS-Symptome sowie der Ruminationsitems mit dem SGZ. Neben den beiden Depressionsitems sind das Angstitem „unkontrollierbare Sorgen“ sowie das Ruminationsitem „sich bestimmten Gedanken ausgeliefert fühlen“ mit dem SGZ verbunden. Die letzteren beiden können dem repetitiven negativen Denken zugeordnet werden.

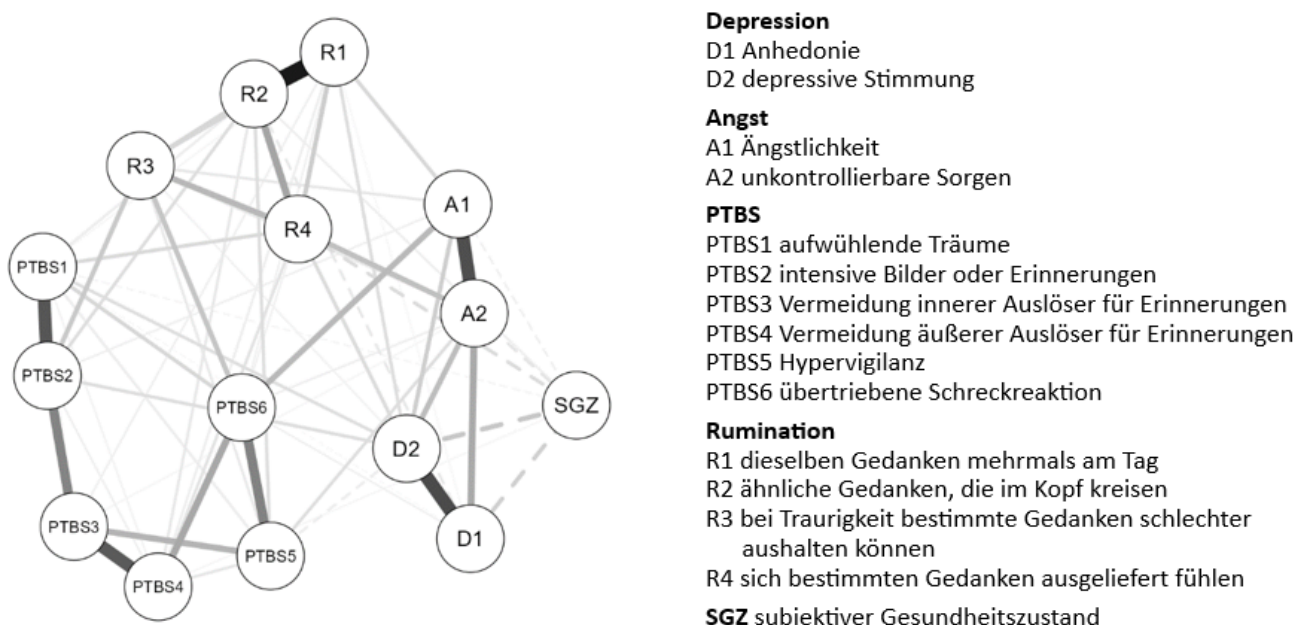


Abbildung 1: Partialkorrelationennetzwerk der Depressions-, Angst- und PTBS-Symptome sowie der Ruminationsitems mit dem subjektiven Gesundheitszustand

Anmerkung: Je dicker und je dunkler die Linie, desto stärker ist der Zusammenhang (durchgezogene Linie positiver und gestrichelte Linie negativer Zusammenhang)

## Diskussion und Fazit

Depressive Symptome und Angstsymptome, insbesondere „unkontrollierbare Sorgen“, beeinflussen den SGZ. Auch wenn der Ruminationssummenwert kein signifikanter Prädiktor für den SGZ war, so weist die Analyse der Einzelitems darauf hin, dass repetitives negatives Denken mit dem SGZ assoziiert ist.

## Take-Home-Message

Depressive Symptome und repetitives negatives Denken stellen vielversprechende Ansatzpunkte zur Beeinflussung des SGZ dar.

## Literatur

- Biering, K., Nielsen, T. T., Rasmussen, K., Niemann, T., Hjollund, N. H. (2012): Return to work after percutaneous coronary intervention: the predictive value of self-reported health compared to clinical measures. PLoS One, 7(11), e49268.
- Brehmer, N., Wolff, L. L., Völler, H., Salzwedel, A. (2022): Was bestimmt die subjektiven Erwerbsaussichten nach einem akuten kardialen Ereignis? Eine qualitative Studie mit kardiologischen RehabilitandInnen. Gesundheitswesen, 84(08-09), 710-711.
- Lenzen, M. J., Scholte op Reimer, W. J., Pedersen, S. S., Boersma, E., Maier, W., Widimsky, P., Simoons, M. L., Mercado, N. F., Wijns, W. (2007): The additional value of patient-reported health status in predicting 1-year mortality after invasive coronary procedures: a report from the Euro Heart Survey on Coronary Revascularisation. Heart, 93(3), 339-344.
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Olesen, F., Hokland, M., Viidik, A., Avlund, K., Zachariae, R. (2004): Is there an association between rumination and self-reported physical health? A one-year follow-up in a young and an elderly sample. Journal of Behavioral Medicine, 27(3), 215-231.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## Veranlassung zur Anschlussrehabilitation nach einem Herzinfarkt – Erklärungsmodell und Unterstützungssystem auf Basis einer Sekundärdatenanalyse

*Desiree Kröckert<sup>1</sup>; Melanie Lausen<sup>1</sup>; Alexander Galk<sup>1</sup>; Pascal Schmitz<sup>1</sup>; Ulrike Kramer<sup>2</sup>;  
Claudia Pieper<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Essen (AöR);

<sup>2</sup> Heinrich-Heine-Universität / Universitätsklinikum Düsseldorf

## Hintergrund und Zielstellung

Nach einem Myokardinfarkt (MI) profitieren Betroffene von Anschlussrehabilitationen (AR) in Form verbesserter Genesung, Reduktion von Funktionsbeeinträchtigungen und Reinfarkten sowie geringerer Mortalität (Schwaab, 2024; van Halewijn et al., 2017; Rauch et al., 2016). In lediglich 50 % der Fälle treten geeignete MI-Patient\*innen überhaupt Rehabilitations-

maßnahmen an (Deutsche Herzstiftung, 2022), der Anteil wahrgenommener kardiologischer AR-Maßnahmen ist rückläufig (Deutsche Herzstiftung, 2025). Damit scheint der AR-Zugang durch nicht medizinisch begründete Faktoren beeinflusst. Die vorliegende Sekundärdatenanalyse identifiziert Muster in den Patient\*innencharakteristika, die eine AR-Veranlassung beeinflussenden können.

## Methoden

Es liegen 10.652 (N) anonymisierte Datensätze stationärer Patient\*innen mit MI-Diagnosen aus den Krankenhausinformationssystemen der Universitätskliniken Düsseldorf und Essen (2017 – 2022) vor. Mittels logistischer Regression (SPSS v29.0.2) wurde der Zusammenhang klinischer Parameter und Patient\*innen-Charakteristika mit den binären Endpunkten „AR-Veranlassung erhalten“ sowie „SD-Konsil“ untersucht. Ergänzend wurden acht leitfadengestützte Expert\*innen-Interviews mit Sozial- und ärztlichem Dienst geführt, um die Interpretation klinischer Parameter und ihrer Bedeutung für die AR-Veranlassung akteurzentriert sowie organisationsbezogen zu präzisieren.

## Ergebnisse

Verstorbene und Patient\*innen mit Pflegegrad 4/5, Dialysepflicht oder einer parallelen Covid-19-Infektion wurden wegen fehlender AR-Fähigkeit ausgeschlossen, was den Datensatz auf  $n=8789$  reduziert. 70,6 % der Patient\*innen sind Männer ( $n=6.207$ ). Das mittlere Alter liegt bei 67,5 ( $\pm 13,3$ ) Jahren, Frauen sind durchschnittlich älter (71,2 $\pm 13,5$  Jahre). 60 % fallen in die Alterskategorie 65+ ( $n=5.289$ ). Für 11,2 % ( $n=980$ ) ist ein Pflegegrad (0-3) dokumentiert. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei 11,6 Tagen ( $\pm 13$ ; Median 8). 60,4 % ( $n=5.310$ ) wurden als Notfall und 51,9 % ( $n=4.560$ ) intensiv behandelt.

28,9 % ( $n=2.541$ ) aller Patient\*innen erhielten eine AR-Veranlassung. Insgesamt ist für 41 % ( $n=3.602$ ) der Patient\*innen ein SD-Konsil dokumentiert. Das SD-Konsil erhöht den Anteil der AR-Veranlassungen auf 70,5 % ( $p < 0,001$ ).

Bei Integration der Diagnosen I21.0, I21.1 (STEMI) und I21.4 (NSTEMI) in ein gemeinsames Regressionsmodell (gleichzeitiges Vorliegen der Diagnosen möglich), erhöhen die STEMI-Diagnosen die Wahrscheinlichkeit einer AR-Veranlassung ( $p < 0,001$ , OR\_I21.0=2,4, OR\_I21.1=3,0), wohingegen der Einfluss der NSTEMI-Diagnose diese reduziert ( $p < 0,001$ , OR=0,56). Für die SD-Konsultation gilt OR\_I21.0=2,2, OR\_I21.1=2,8, OR\_I21.4=0,47.

Im Rahmen der Interviews wurden neben den klinischen und patient\*innenbezogenen Charakteristika auch zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen als potenzielle Einflussfaktoren auf die Prozessauslösung identifiziert. In weitere Berechnungen wurde der Tag der Einlieferung (z. B. Wochenendtage) sowie eine kurze Verweildauer der Patient\*innen eingeschlossen.

Für 903 Patient\*innen liegt die Anzahl an Tagen zwischen Einlieferung und Konsilauslösung vor, welche bei durchschnittlich 4,9 $\pm 7,4$  liegt (Median 3 Tage). Die Integration von Diagnose(n), Alter, Geschlecht, Partnerschaft, Notfall- und Intensiv-Behandlung, Pflegegrad sowie der Einlieferungstag und die Verweildauer zeigt im binär-logistischen Regressionsmodell folgende Wahrscheinlichkeit einer AR-Veranlassung: Intensivbetreuung (OR=2,92), Notfallbehandlung (OR= 2,5), Pflegegrad (OR=0,71), 65+ Jahre (OR=0,62), „Verweildauer < 5 Tage“ (OR=0,51), jeweils  $p < 0,001$ . Für die SD-Konsultation gilt mit jeweils  $p < 0,001$ :

Intensivbetreuung (OR=2,82), Notfallbehandlung (OR=3,45), ab 65 Jahren (OR=0,72), „Verweildauer < 5 Tage“ (OR=0,36).

Der limitierende Faktor Zeit kann erschwerend dazu führen, dass der SD die Patient\*innen nicht rechtzeitig erreicht. Zur Unterstützung des medizinischen Personals wurde exemplarisch am UK Essen die technische Integration eines Arbeitsauftrags in die Arbeitsliste auf dem Klinikarbeitsplatz vorgenommen. Dieser Arbeitsauftrag wird bei MI-Diagnose vollautomatisch erstellt und erleichtert die Dateneingabe zur Konsilauslösung.

## **Diskussion und Fazit**

Der vorliegende Anteil an AR-Veranlassungen wird entsprechend vorliegender Literatur als gering bewertet. Die Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang der AR-Veranlassung mit der Beratung durch den Sozialdienst, sowie mit organisatorischen Rahmenbedingungen und klinischen Faktoren. Eine niederschwellige, technische Integration der SD-Konsultation, wie die Erstellung eines Arbeitsauftrags für Mediziner, erleichtert die Ausführung von Standardprozeduren und vereinheitlicht die Versorgung der Patient\*innen. Weiterführend ist eine Überprüfung des tatsächlichen AR-Antritts geplant. Auch die potenziell unterschiedliche Wahrnehmung von Unterstützungsbedarfen sollte Berücksichtigung finden.

## **Take-Home-Message**

Eine nachhaltige Teilhabe von MI-Patient\*innen wird durch die AR-Veranlassung ermöglicht, deren Auslösung in der Zusammenarbeit von medizinischem Personal und Sozialdienst durch niedrigschwellige technische Unterstützung erleichtert werden kann.

## **Literatur**

- Deutsche Herzstiftung (2022): Jahresbericht 2021. <https://www.herzstiftung.de/ueber-uns/jahresbericht-und-satzung>
- Deutsche Herzstiftung (2025): 36. Deutscher Herzbericht – Update 2025. <https://epaper.herzstiftung.de/#104>
- Rauch, B., Davos, C. H., Doherty, P., Saure, D., Metzendorf, M. I., Salzwedel, A., et al. (2016): The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies—The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(18), 1914–1939.
- Schwaab, B. (2024): Kardiologische Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 34, 288–300.
- van Halewijn, G., Deckers, J., Tay, H. Y., van Domburg, R., Kotseva, K., Wood, D. (2017): Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention and rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 232, 294–303.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Rehabilitationsforschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

### **Ambulante vs. stationäre orthopädische MBOR: Umsetzung der Berufsorientierung und Förderung der beruflichen Teilhabe**

*David Bühne; Christian Hetzel; Mathis Elling; Torsten Alles*

iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Stufe-B-Leistungen richten sich gemäß des Anforderungsprofils zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) an Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen (DRV Bund, 2023). Im Rahmen der Leistungen sind in der Regel Stufe-B-Kernangebote im Umfang von mindestens elf Stunden vorgesehen, um Einschränkungen der beruflichen Teilhabe zielgerichtet entgegenzuwirken. Ausgehend von bisherigen Studienergebnissen ist anzunehmen, dass Stufe-B-Leistungen der gewöhnlichen Rehabilitation (Stufe A) vor allem dann überlegen sind, wenn die Umsetzung der Leistungen im Einklang mit dem MBOR-Anforderungsprofil erfolgt (Fauser et al., 2020; Bethge et al., 2019). Ziel dieser Studie war es, zu analysieren, inwiefern sich das Angebot berufsbezogener Leistungen sowie die Förderung der beruflichen Teilhabe in orthopädischen Stufe-B-Heilverfahren in Abhängigkeit von der Rehabilitationsform unterscheidet.

#### **Methoden**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) herangezogen. Eingeschlossen wurden pflichtversicherte Personen im Alter von maximal 63 Jahren, die in den Jahren 2018-2019 ein Stufe-B-Heilverfahren absolvierten und deren erste Entlassungsdiagnose dem ICD-10-Kapitel XIII (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) zugehörig war. Unter den ambulanten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde differenziert, ob diese in ambulanten oder (primär) stationären Einrichtungen behandelt wurden. Eine aktive sozialversicherungspflichtige Beschäftigung über die letzten vier der zwölf auf das Rehabilitationsende folgenden Monate wurde als stabile Beschäftigung definiert. Zur Untersuchung von Unterschieden nach Rehabilitationsform wurden logistische Regressionsmodelle berechnet. Die Umsetzung der MBOR wurde anhand der im Entlassungsbericht dokumentierten Leistungen abgebildet.

#### **Ergebnisse**

Beim Vergleich des ambulanten und stationären Settings wurden 46.276 Personen eingeschlossen, von denen 11,5 % die MBOR in einer ambulanten Einrichtung absolvierten. Der dokumentierte Umfang der Stufe-B-Kernangebote betrug im Mittel 8,2 (ambulantes Setting) bzw. 9,3 Stunden (stationäres Setting). Ein Umfang von mindestens elf Stunden wurde hierbei bei 25,7 % der ambulanten und 37,1 % der stationären Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erreicht. Bei 79,5 % (ambulant) bzw. 85,9 % (stationär) der Personen wurden die Mindestvorgaben für die psychosoziale Beratung in der MBOR erfüllt. Bei den weiteren



Kernangeboten (berufsbezogene Diagnostik, berufsbezogene Gruppen und Arbeitsplatztraining) wurden hingegen jeweils weniger Leistungen als vorgesehen dokumentiert. Eine stabile Rückkehr in Arbeit gelang 53,3 % der ambulant und 56,6 % der stationär behandelten Personen. Nach Adjustierung für gesundheits- und erwerbsbezogene Merkmale war jedoch kein signifikanter Einfluss der Reha-Form hinsichtlich der Förderung der beruflichen Teilhabe zu beobachten (OR=0,96; 95 % KI: 0,90 – 1,03; p=0,3; Referenzkategorie=stationäres Setting). 2.414 Personen absolvierten die MBOR ambulant in einer stationären Einrichtung. Im Vergleich zu den stationären Personen wurde ein ähnlicher Umfang an Stufe-B-Kernangeboten dokumentiert (8,9h). 51,6 % der Personen kehrten stabil in Arbeit zurück. Unterschiede zu den stationär behandelten Personen waren nach Adjustierung für gesundheits- und erwerbsbezogene Merkmale nicht zu beobachten (OR=0,94; 95 % KI: 0,85 – 1,03; p=0,2).

## **Diskussion und Fazit**

Bei der Mehrheit der ambulanten sowie stationären Rehabilitandinnen und Rehabilitanden lag der Umfang der dokumentierten Stufe-B-Kernangebote unterhalb des in der Regel vorgesehenen Mindestumfangs von elf Stunden. In Bezug auf die Förderung der beruflichen Teilhabe deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die beiden Versorgungsformen grundsätzlich als gleichwertig einzuschätzen sind. Als Limitation ist zu beachten, dass der Vergleich der Settings auf Grundlage der im Entlassungsbericht dokumentierten Leistungen erfolgte. Folglich ist nicht sichergestellt, dass die Leistungen tatsächlich auch in der dokumentierten Art umgesetzt wurden. Zudem fehlen Kriterien, die qualitative Aspekte des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens abbilden (z. B. Anforderungsorientierung und Betreuungsschlüssel im Arbeitsplatztraining; Bühne et al., 2024). Darüber hinaus konnten einrichtungsinterne Unterschiede in der Umsetzung der Stufe-B-Leistungen durch das Fehlen der Institutionskennziffern nicht in den Analysen berücksichtigt werden.

## **Take-Home-Message**

Der Bedarf an berufsbezogenen Angeboten wird settingübergreifend weder in der Zuweisung noch in den realisierten Stufe-B-Leistungen flächendeckend erfüllt. Die Förderung der beruflichen Teilhabe scheint vergleichbar gut zu gelingen.

## **Literatur**

- Bethge, M., Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C., Schuler, M. (2019): Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany. Propensity score matched analysis. *Occup Environ Med*; 76: 913-919.
- Bühne, D., Hetzel, C., Elling, M., Alles, T. (2024): Ergebnisse einer Befragung orthopädischer Rehabilitationseinrichtungen zur Umsetzung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Leistungsdiagnostik und Arbeitsplatztraining. *Rehabilitation*; 63: 367–375.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2023): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund.
- Fauser, D., Vogel, M., Bethge, M. (2020): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen: eine Propensity-Score-Analyse. *Rehabilitation*; 59(06): 332-340.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Erwerbsbezogene Verankerung und Verläufe einer orthopädischen AHB der Rentenversicherung: Patient-Reported-Outcomes 12 Monate nach der Reha**

*Udo Kaiser<sup>1</sup>; Wolfgang Bürger<sup>2</sup>; Rüdiger Nübling<sup>1</sup>; Jürgen Schmidt<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG);

<sup>2</sup> fbg Forschung Beratung im Gesundheitswesen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Für die Effektivität der MBOR im Bereich der Anschlussrehabilitation (AHB) liegen bisher keine belastbaren Daten vor. Aktuelle Studien zeigen, dass sich in der AHB typischerweise die Altersgruppe (55+) findet, die ähnliche Problemlagen in der funktionalen Gesundheit aufweist, wie sie auch in HV anzutreffen sind (Kaiser et al., 2025, Schmidt et al., 2025). Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die MBOR-AHB-Studie mit dem MBOR-Bedarf und der Ausgestaltung der MBOR-Konzepte in der AHB (Kaiser et al., 2022).

### **Methoden**

Die als multizentrische, quasi-experimentelle Interventionsstudie (Längsschnitt, 3 Messzeitpunkte) erfolgt 3-phasig in 3 Einrichtungen der orthopädischen Rehabilitation (Kaiser et al., 2022, 2025). Die berichteten Ergebnisse basieren auf der abgeschlossenen 12-Monats-Katamnese der Projektphase I (N = 888, RQ = 71,7 %).

### **Ergebnisse**

Bei einem leicht höheren Frauenanteil von 54,1 % liegt das Durchschnittsalter bei 58,1 Jahren (SD = 6,1; Anteil  $\leq 45$  = 4,6 %). 81,5 % sind erwerbstätig, davon 53,2 % in Vollzeit. Als arbeitsfähig wurden 27,9 % aus der Reha entlassen, 67,8 % waren arbeitsunfähig und 4,3 % war dies unbekannt.

Poststationäre Maßnahmen entfallen auf IRENA (74,3 %), STW (25 %) und ambulanten Psychotherapie (24,7 %). Daneben wird eine nochmalige OP (7 %) bzw. Reha (6,1 %) genannt. Arbeitsplatzanpassungen spielen mit 2,6 % eine deutlich untergeordnete Rolle. Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit erfolgte bei rund einem Drittel sofort (12,6 %) bzw. innerhalb eines Monats (23,6 %). Nach drei Monaten gelang erfolgte dies 31,7 % und nach sechs und mehr Monaten gelang dies 18,3 %. Auch nach einem Jahr sind 13,8 % noch nicht wieder berufstätig. 67,7 % gehen von einer weiteren Ausübung ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit aus, 17,4 % sind sich unsicher und 14,8 % gehen hiervon nicht mehr aus. Vor diesem Hintergrund spielen 8,1 % mit dem Gedanken an einen Rentenanspruch, den 9,6 % bereits gestellt haben.

Tabelle 1: Arbeitsbezogene Skalen, Prä-Post-Veränderungen Skalen, Fallzahlen, Mittelwert, Streuung bei Beginn (prae) und 1 Jahr nach Beendigung der Reha (post); T-Test für abhängige Stichproben, Prä-Post-Effektstärken (Cohen's d)

| Skalen                                           | N   | Prae<br>M/SD |      | Post<br>M/SD |      | T     | p    | d    |
|--------------------------------------------------|-----|--------------|------|--------------|------|-------|------|------|
| Arbeitsfähigkeit aktuell Work Ability WAS (0-10) | 860 | 2,97         | 1,79 | 6,87         | 3,03 | 20,18 | .000 | 0,71 |
| Arbeitsbelastung (1-7)                           | 777 | 4,04         | 1,79 | 3,53         | 1,82 | 6,65  | .000 | 0,24 |
| Arbeitszufriedenheit (1-7)                       | 764 | 5,10         | 1,56 | 4,77         | 1,80 | 4,42  | .000 | 0,16 |

Legende: N: Stichprobengröße, M: Mittelwert, SD: Streuung, T: Prüfgröße t-Test, p: Wahrscheinlichkeit, d: Effektstärke

Die Umsetzung berufsbezogener Maßnahmen während der Reha wird als eher gering angegeben. Für lediglich ein Viertel (25,4 %; Skala von 0 = nein – 3 = ja; M = 1,01; SD = .85) der Befragten haben diese Maßnahmen in der Reha eine wesentliche Rolle gespielt. Der Nutzen der Reha für Arbeit und Beruf fällt eher positiv aus. Jeweils ein Drittel der Befragten fühlt sich beruflich belastbarer und leistungsfähiger (65,6 %; M = 1,76; SD = .98), traut sich beruflich wieder mehr zu (67,0 %; M = 1,81; SD = .97) und drei Viertel ist zuversichtlicher, auch längerfristig weiter arbeiten zu können (75,9 %; M = 2,06; SD = .99). Im Vergleich zum Reha-Beginn haben sich nach einem Jahr die Arbeitsfähigkeit und die Arbeitsbelastungen jeweils positiv verändert. Die Arbeitszufriedenheit hat leicht abgenommen, bleibt aber auf einem hohen Niveau (vgl. Tabelle 1).

Die RTW-Quoten haben im Vergleich zu 3-Monats-Katamnese um rund 10 % zugenommen (kumulative Zeitverlaufsquote, Gesamt: 86,3 %). Es zeigen sich dabei weiterhin deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen „ohne BBPL“ (RTW-Quote 95,4 %) und „mit BBPL“ (49,7 %). Dies bedeutet, dass 50,3 % der Befragten aus der BBPL+-Gruppe auch 12 Monate nach Entlassung noch nicht in die Arbeit zurückgekehrt sind (vgl. Abbildung 1).

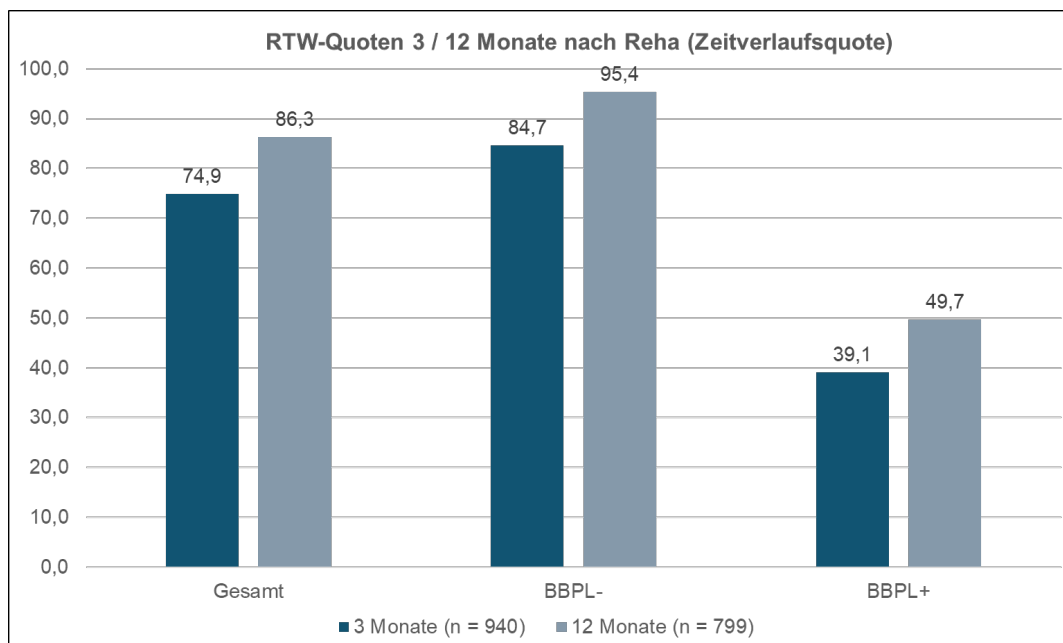


Abbildung 1: RTW-Quoten (BBPL+/- bei Aufnahme; SIBAR  $\geq$  8), in %

## **Diskussion und Fazit**

In der Gesamtbetrachtung wird ein Jahr nach Entlassung der subjektive Nutzen der Reha vom überwiegenden Teil der Befragten als deutlich (38,4 %) bzw. groß (48,7 %) angegeben (0 = kein – 3 = großer Nutzen;  $M = 2,34$ ;  $SD = .76$ ). Dies betrifft auch den Reha-Erfolg, der von insgesamt 84,6 % auch nach 12 Monaten noch als ausgezeichnet (11,2 %), sehr gut (38,4 %) bzw. gut (34,9 %) bewertet wird (1 = schlecht – 5 = ausgezeichnet;  $M = 3,42$ ;  $SD = .95$ ). Mögliche Auswirkungen durch Unterschiede zwischen Klinik- und Rehabilitand\*innen-Merkmalen auf die Ergebnisse werden bei Vorliegen der Gesamtergebnisse differenziell untersucht und für eine abschließende Gesamtbewertung genutzt.

## **Take-Home-Message**

Die bisherigen Ergebnisse weisen auch für die orthopädische AHB der Rentenversicherung auf den Bedarf und den Nutzen berufsbezogener Angebote hin. Sie zeigen jedoch auch Optimierungspotenziale auf, die primär in der Bedarfserkennung, der Durchdringung und der MBOR-Nachsorge liegen.

## **Literatur**

- Kaiser, U., Bürger, W., Nübling, R. (2022): Entwicklung und Evaluation einer MBOR-AHB in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung (MBOR-AHB-Studie). Studienprotokoll, Karlsruhe: GfQG & fbg.
- Kaiser, U., Nübling, R., Bürger, W., Schmidt, J. (2025): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der orthopädischen Anschlussrehabilitation: die MBOR-AHB-Studie - Hintergrund, Methodik und erste Ergebnisse. PSMR, 38 (3): 261-278.
- Schmidt, J., Kaiser, U., Nübling, R. (2025): Wie unterschiedlich sind erwerbstätige Rehabilitanden im Heilverfahren (HV) und in der Anschlussheilbehandlung (AHB)? Ein Vergleich sozialmedizinisch relevanter Eingangsmerkmale in der orthopädischen Rehabilitation. PSMR, 38 (3): 246-260.

Interessenkonflikt: Die Autoren Kaiser, Nübling und Schmidt sind Gesellschafter der GfQG, eines privaten, unabhängigen Forschungsinstituts, das neben Studien zur Rehaforschung u. a. auch kontinuierliche Rehabilitand\*innenbefragungen durchführt sowie MBOR-Entwicklungsmaßnahmen und QS-Instrumente anbietet.

Der Autor Bürger ist Gesellschafter der fbg, eines privaten, unabhängigen Forschungsinstituts, das Studien zur Rehaforschung durchführt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Implementierung der MBOR in der orthopädischen Anschlussrehabilitation (AHB) aus Sicht des Reha-Teams – Prä-post-Vergleich einer Mitarbeiterbefragung**

*Rüdiger Nübling<sup>1</sup>; Jürgen Schmidt<sup>1</sup>; Wolfgang Bürger<sup>2</sup>; Udo Kaiser<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG);

<sup>2</sup> fbg Forschung Beratung im Gesundheitswesen

## **Hintergrund und Zielstellung**

Eine erfolgreiche Implementierung von Rehakonzepten ist abhängig von Aspekten wie Kompetenz, Qualifikation, Motivation, Engagement oder Überzeugung der Mitglieder des Reha-Teams. Im Rahmen der MBOR-AHB-Studie (Kaiser et al., 2025 (in press)) wurde für die orthopädische Anschlussrehabilitation eine MBOR-Konzeption entwickelt und implementiert. Neben umfangreichen Rehabilitandenbefragungen wurden Mitarbeitende des Reha-Teams vor und nach der Implementierung zur MBOR-Umsetzung befragt.

## **Methoden**

Die Mitarbeiterbefragung (MAB) wurde im Rahmen der MBOR-AHB-Studie (zur Methodik siehe (Kaiser et al., 2025 (in press))) jeweils zu Beginn von Projektphase I (prä) und III (post) in den drei beteiligten Projekt-Kliniken durchgeführt. Ziel der Befragung war die Abbildung von Implementierungseffekten des neuen bzw. angepassten MBOR-AHB-Konzeptes. In die Befragung wurden alle Mitarbeitenden Reha-Teams einbezogen. In Abweichung zu üblichen MAB (Nübling et al., 2018; Körner, 2022) wurden Aspekte erfragt, die MBOR-Konzeptbestandteile inhaltlich abzubilden versuchen. 23 der wiederholt gemessenen Items stellen eine Adaptation des MBOR-R-Fragebogens (Bürger et al. 2022; Nübling et al. 2022) dar. Sie beziehen sich auf die sechs Bereiche (Skalen) Berufsbezogene Diagnostik (DIA, 5 Items, Cronbach's  $\alpha=.73$ ), Therapiezielabstimmung / Behandlungsplanung (TZB, 3 Items,  $\alpha=.81$ ), Re-Integrationsplan und Behandlung (RPB, 3 Items,  $\alpha=.74$ ), Entlassvorbereitung (EV, 3 Items;  $\alpha=.73$ ), Organisation / Zusammenarbeit im Reha-Team (OZRT, 3 Items;  $\alpha=.79$ ) und Gesamteinschätzung Erwerbsbezug der Reha (GEEB, 6 Items;  $\alpha=.82$ ). Über die Skalen wird zudem ein Gesamtwert gebildet (MBOR - G, 23 Items;  $\alpha=.93$ ). Darüber hinaus sollte u. a. der Berufs- / Erwerbsbezug bei AHB-Maßnahmen eingeschätzt werden. In der zweiten Befragung wurden zusätzlich Veränderungen in den genannten 6 MBOR-R-Kernbereichen erfragt.

## **Ergebnisse**

Zu Beginn der Projektphase I haben  $n = 64$  und vor der Projektphase III  $n = 69$  Mitarbeitende der Reha-Teams teilgenommen (vgl. Tab. 1). Die berufs- bzw. erwerbsbezogene Fokussierung in der therapeutischen Arbeit wird zu Beginn des Projekts von 38,4 % positiv / sehr positiv erlebt, in Phase III steigert sich dieser Wert auf 72,4 %, was fast einer Verdoppelung entspricht ( $ES = .91$ ). Die Ergebnisse zur Einschätzung der MBOR-Orientierung der Klinik (in Qualitätspunkten, 0 - 100; Mittelwerte) zeigt Abbildung 1. In den Skalen F1 - F5 ergeben sich zu Beginn der Studie mittlere Werte zwischen 45,1 und 62,5 Qualitätspunkten, ebenso für die Gesamtskala (MW 57,6; SD 19,1). Die Gesamteinschätzung des Erwerbsbezugs in der Reha (F6 - GEEB) fällt mit 75,4 (SD 19,5) höher aus. Zu Beginn der Phase III, also nach Implementierung der neuen bzw. angepassten MBOR-Konzeption

wurden durchweg höhere Skalenwerte ermittelt. Die Effektstärken liegen zwischen ES = 0,80 und ES = 1,01.

Tabelle 1: Stichprobenmerkmale Phase I und III; n = 64 / 69

| Merkmal/Variable                                            | Phase I<br>2022<br>n <sub>max</sub> = 64 |              | Phase III<br>2025<br>n <sub>max</sub> = 69 |               | Gesamt<br>n <sub>max</sub> = 133 |               |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
|                                                             | N                                        | %            | N                                          | %             | N                                | %             |
| Berufsgruppenzugehörigkeit                                  | 60                                       |              | 68                                         |               | 128                              |               |
| Ärztlicher Dienst                                           | 19                                       | 31,7         | 15                                         | 22,1          | 34                               | 26,6          |
| Psychologie                                                 | 8                                        | 13,3         | 6                                          | 8,8           | 14                               | 10,9          |
| Ergotherapie                                                | 1                                        | 1,7          | 3                                          | 4,4           | 4                                | 3,1           |
| Physiotherapie                                              | 23                                       | 38,3         | 30                                         | 44,1          | 53                               | 41,4          |
| Sporttherapie                                               | 5                                        | 8,3          | 7                                          | 10,3          | 12                               | 9,4           |
| Sozialarbeit                                                | 3                                        | 5,0          | 7                                          | 10,3          | 10                               | 7,8           |
| Sonstige                                                    | 1                                        | 1,7          | 0                                          | 0             | 1                                | 0,8           |
| Berufserfahrung in der Rehabilitation in Jahren<br>(M / SD) | 48                                       | 10,7/<br>8,8 | 60                                         | 12,8/<br>11,1 | 108                              | 11,9/<br>10,1 |
| Teilnahme an der MAB in Phase I                             |                                          |              | 65                                         |               |                                  |               |
| Ja                                                          | --                                       | --           | 38                                         | 58,5          | --                               | --            |
| Nein, war noch nicht in der Klinik beschäftigt              |                                          |              | 20                                         | 30,8          |                                  |               |
| Nein, aus anderen Gründen                                   |                                          |              | 7                                          | 10,8          |                                  |               |

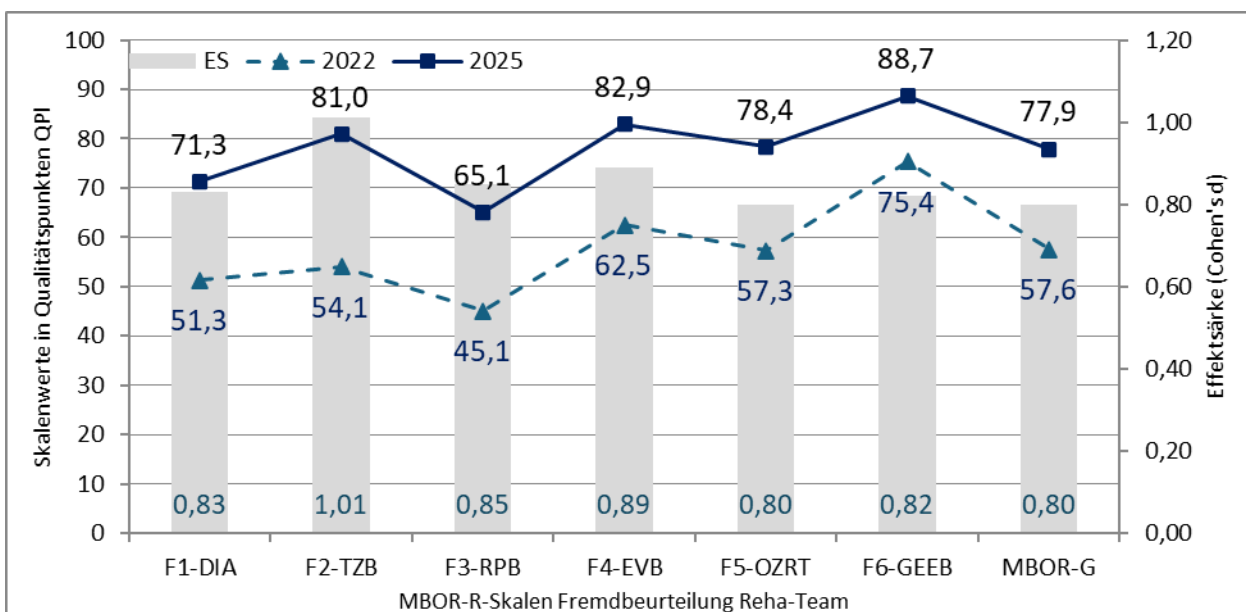


Abbildung 1: MBOR-Mitarbeiterbefragung, Vergleich 2022 vs. 2025, Skalen-Werte in Qualitätspunkten, Effektstärken nach Cohen, Gesamt/alle drei Kliniken (n = 64 / 69)

Bzgl. der direkten Veränderungseinschätzungen lag der Bereich Therapiezielabstimmung / Behandlungsplanung (80,3 % Verbesserung), die Entlassvorbereitung (77,1 %) und die berufsbezogene Diagnostik (68,2 %) sowie – mit etwas geringerem Mittelwert die Zusammenarbeit im Team (54,1 %) – im Vordergrund.

## Diskussion und Fazit

Funktionierende Reha-Teams sind ein entscheidender Erfolgsfaktor für eine gute Reha und damit auch für eine gute MBOR. Es ist daher positiv hervorzuheben, dass die im Rahmen der Studie beabsichtigte Fokus-Verschiebung hin zu einem stärkeren Erwerbsbezug im gesamten

Reha-Prozess auch in der AHB bei erwerbstätigen Rehabilitanden möglich und v. a. auch sinnvoll ist.

### **Take-Home-Message**

Für die MBOR-Implementierung und -Umsetzung ist das Reha-Team ein wesentlicher Faktor. Dies kann auch auf der Basis von Mitarbeitendenbefragungen gezeigt und ggf. auch geprüft werden.

### **Literatur**

- Bürger, W.; Nübling, R.; Streibelt, M. (2022): Fragebogen zur Erfassung der medizinisch-beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R): Querschnittsstudie zum Vergleich der Kurz- und Langversion. In: Die Rehabilitation 61 (3), S. 177–185. DOI: 10.1055/a-1668-7797.
- Kaiser, U.; Nübling, R.; Schmidt, J.; Bürger, W. (2025 (in press)): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der orthopädischen Anschlussrehabilitation: die MBOR-AHB-Studie - Hintergrund, Methodik und erste Ergebnisse. In: Psychosoziale Medizin und Rehabilitation PSMR 38 (132).
- Körner, M. (2022): Reha-Team. In: Thorsten Meyer, Jürgen Bengel und Markus Antonius Wirtz (Hg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. 1. Auflage. Bern: Hogrefe, S. 84–93.
- Nübling, R.; Bürger, W.; Henn, J.; Streibelt, M. (2022): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Testmethodische Überprüfung des Fragebogens MBOR-R. In: Präz Rehab 34, S. 1–18. DOI: 10.5414/PRX0566.
- Nübling, R.; Kriz, D.; Kaiser, U.; Schmidt, J. (2018): Mitarbeiterbefragungen – Wichtiger Input für das interne Qualitätsmanagement, auch in der Rehabilitation. In: Prax Klin Verhaltensmed Rehab 31 (103), S. 239–250.

Interessenkonflikt: Die Autoren Nübling, Kaiser und Schmidt sind Gesellschafter der GfQG, eines privaten, unabhängigen Forschungsinstituts, das neben Studien zur Rehaforschung u. a. auch kontinuierliche Rehabilitand\*innenbefragungen durchführt sowie MBOR-Entwicklungsmaßnahmen und QS-Instrumente anbietet. Der Autor Bürger ist Gesellschafter der fbg, eines privaten, unabhängigen Forschungsinstituts, das Studien zur Rehaforschung durchführt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Implementierung von Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen (MBOR-PRIME) – Ergebnisse einer nicht-randomisierten Interventionsstudie**

*Stefan Schulder<sup>1</sup>; Jessica Roder<sup>1</sup>; Stefanie Freytag<sup>2</sup>; Harald Schickedanz<sup>3</sup>;  
Achim Schäffner<sup>3</sup>; Yvonne Gantert<sup>3</sup>; Joachim Patzelt<sup>4</sup>;  
Peter Rochlitz<sup>5</sup>; Ute Engelhardt<sup>5</sup>; Markus Bassler<sup>2</sup>; Matthias Bethge<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Hochschule Nordhausen;

<sup>3</sup> Reha-Zentrum Bad Dürreim Klinik Hüttenbühl;

<sup>4</sup> Reha-Zentrum Bad Mergentheim Klinik Taubertal; <sup>5</sup> CELENUS Fachklinik Freiburg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) zielt auf die Unterstützung von Personen mit gefährdeter beruflicher Wiedereingliederung (Bethge et al., 2025a). In einer jüngst abgeschlossenen randomisierten kontrollierten Studie stellten wir fest, dass die MBOR in Rehabilitationseinrichtungen sehr unterschiedlich ausgestaltet wurde und vor allem dann zusätzliche Effekte hatte, wenn die berufliche Orientierung den teilnehmenden Personen klarer kommuniziert wurde und den Teilnehmenden bewusster war (Markus et al., 2021). Um psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen bei der Weiterentwicklung der MBOR zu unterstützen, entwickelten und konsentierten wir Praxisempfehlungen für die MBOR im psychosomatischen Setting (Bethge et al., 2025b). In einer nicht-randomisierten Interventionsstudie untersuchten wir den Effekt der Implementierung dieser Empfehlungen auf die Erreichung berufsbezogener Ziele.

## **Methoden**

Die nicht-randomisierte Interventionsstudie wurde in drei Rehabilitationseinrichtungen für psychosomatische Rehabilitation durchgeführt. Eingeschlossen wurden 18- bis 65-jährige Personen, die in der MBOR behandelt wurden. In der Kontrollgruppe (KG) wurde die bisherige MBOR umgesetzt (Mai bis November 2024), in der Interventionsgruppe (IG) eine MBOR unter Berücksichtigung der Praxisempfehlungen (Januar bis September 2025). Primäres Zielkriterium war die Erreichung erwerbsbezogener Rehabilitationsziele (0 bis 32 Punkte). Als sekundäre Zielkriterien testeten wir neben der wahrgenommenen beruflichen Orientierung (0 bis 12 Punkte) und der Konsistenz der erwerbsbezogenen Strategie (0 bis 24 Punkte) auch weitere Indikatoren psychischer und körperlicher Gesundheit sowie die selbst berichtete Arbeitsfähigkeit. Für die Schätzung des Behandlungseffektes wurden gemischte Modelle verwendet und die Rehabilitationseinrichtungen als zufällige Effekte berücksichtigt. Die Studie wurde im Deutschen Register für Klinische Studien registriert (DRKS00033722).

## **Ergebnisse**

In die Analyse wurden 564 Teilnehmende (IG: n = 308, KG: n = 256) eingeschlossen. 65,4 % von ihnen waren weiblich, der Altersdurchschnitt lag bei 50,4 Jahren (SD = 10,5). Der Anteil an Personen in Voll- oder Teilzeit bzw. in Ausbildung lag in beiden Erhebungsarmen bei rund 82 %. In der IG waren mehr Arbeitslose (IG: 16,2 %; KG: 10,7 %), allerdings wurde in der IG seltener eine Erwerbsminderungsrente bezogen (IG: 2,0 %; KG: 7,1 %). Die untersuchte



Zielgruppe war zu Beginn der Rehabilitation sehr stark beeinträchtigt: 73,1 % (IG) bzw. 70,6 % (KG) erreichten mindestens 27 Punkte auf dem SIMBO. Patientinnen und Patienten der IG berichteten eine nicht signifikant erhöhte Erreichung berufsbezogener Rehabilitationsziele (17,4 vs. 16,3,  $p = 0,08$ ). Auch die Konsistenz der berufsorientierten Strategie war leicht erhöht (12,9 vs. 12,0,  $p = 0,09$ ). Berufliche Inhalte wurden aus Sicht der Patientinnen und Patienten signifikant häufiger umgesetzt (7,9 vs. 7,3,  $p = 0,04$ ). Die dokumentierte Gesamttherapieleistung lag in der IG bei 115,6 h und war damit knapp 6 h geringer als in der KG (121,5 h,  $p = 0,01$ ). Die berufsorientierte Gesamtdosis hat sich nach der Implementierung der Praxisempfehlungen um rund 3 h reduziert (IG: 17,5 h; KG: 20,5 h,  $p = 0,004$ ). Davon entfielen auf die berufsbezogene Diagnostik durchschnittlich 2,1 h (IG) bzw. 2,3 h (KG), auf die Sozialberatung jeweils 0,9 h, auf die berufsbezogenen Gruppen 6,3 h (IG) bzw. 7,0 h (KG) und auf das Arbeitsplatztraining 8,2 h (IG) bzw. 10,3 h (KG). Die Dosis des Arbeitsplatztrainings reduzierte sich signifikant ( $p < 0,001$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Während die Implementierung der konsentierten Praxisempfehlungen aus Sicht der behandelten Personen mit einer Zunahme beruflicher Orientierung einherging, reduzierte sich die dokumentierte berufsorientierte Dosis, insbesondere die des Arbeitsplatztrainings. Dies spricht für eine effizientere Umsetzung im Zuge der Implementierung der Praxisempfehlungen. In der laufenden Studie wurde der Implementierungsprozess durch Implementierungsverantwortliche in den Rehabilitationseinrichtungen und regelmäßige Treffen mit der wissenschaftlichen Begleitung unterstützt.

Für die finale Intention-to-treat-Analyse werden fehlende Werte mehrfach imputiert.

## **Take-Home-Message**

Rehabilitationseinrichtungen finden in den Praxisempfehlungen eine hilfreiche Orientierung, um ihre MBOR gezielt und strukturiert weiterzuentwickeln. Zudem sollten die Zuständigkeiten für den Implementierungsprozess eindeutig festgelegt werden.

## **Literatur**

- Bethge, M., Bühne, D., Banaschak, H., Sternberg, A., Budde, A., Schnalke, G., Fauser, D. (2025a): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 64. 40–53.
- Bethge, M., Roder, J., Schulder, S., Banaschak, H., Gabriel, N., Freytag, S., Budde, A., Köllner, V., Fleck, M., Koch, B., Rosbiegal, F., Bassler, M. (2025b): Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse eines Delphi-Prozesses. *Die Rehabilitation*, 64: 205–214.
- Markus, M., Gabriel, N., Bassler, M., Bethge, M. (2021): Work-related medical rehabilitation in patients with mental disorders: the protocol of a randomized controlled trial (WMR-P, DRKS00023175). *BMC Psychiatry*, 21. 225.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Veränderungen der Arbeitsfähigkeit und assoziierter Parameter infolge des medizinisch berufsorientierten Rehabilitationsverfahrens PV RehaJET®**

*Stefan Gschwenter; Martin Pelitz; Wolfgang Daxberger;  
Monika Mustak-Blagusz; Doreen Stöhr*

Pensionsversicherung (PV)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Rehabilitation für Job, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe (PV RehaJET®) ist ein spezialisiertes Heilverfahren der Pensionsversicherung (PV), das darauf abzielt, Personen beim Wiedereintritt in die Erwerbstätigkeit zu unterstützen. Das Hauptziel dieses arbeitsplatzbezogenen Heilverfahrens ist sowohl die bestmögliche berufliche Teilhabe der Betroffenen, als auch deren langfristigen Verbleib im Arbeitsleben sicherzustellen. Voraussetzung dafür ist die Identifikation einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL, Streibelt, Bethge, 2008). Im Rahmen der Rehabilitation durchlaufen die Rehabilitand\*innen ein auf die individuellen Anforderungen ihres jeweiligen Berufs zugeschnittenes Arbeitssimulationstraining mit progressiver Intensitätssteigerung. Zur individuellen Planung dieses Trainings kommt das Profilvergleichssystem IMBA zur Anwendung (Glatz, Schian, 2008), das eine gezielte berufsbezogene Diagnostik ermöglicht, indem es die individuellen Fähigkeiten mit den jeweiligen beruflichen Anforderungen gegenüberstellt. Im Reha-Zentrum Bad Hofgastein der PV wird der PV RehaJET® als dreiwöchiges Phase II Erstheilverfahren bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates durchgeführt. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung der Arbeitsfähigkeit und anderer relevanter Parameter im Verlauf der Rehabilitation.

## **Methoden**

Die Studie wurde als prospektive Pre-Post-Erhebung durchgeführt und untersuchte kurzfristige Veränderungen zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1).

Erhoben wurden:

- Überforderungspunkte (ÜP) des IMBA-Profilvergleichs
- subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index, WAI)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L und EQ-VAS) und
- psychische Belastung (PHQ-4).

Die Datenauswertung erfolgte mit der Software SAS®. Zur Analyse der Veränderungen zwischen T0 und T1 wurde eine Reihe von Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests für verbundene Stichproben durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Zwischen August 2024 und September 2025 wurden Daten von 131 Rehabilitand\*innen erhoben (69,5 % männlich; M = 46 Jahre, SD = 11). Die Verteilung der Hauptdiagnosen zeigt, dass 55 Rehabilitand\*innen Erkrankungen der Wirbelsäule bzw. des Rumpfes aufwiesen. 47 waren von Erkrankungen der unteren Extremitäten betroffen. Erkrankungen der oberen

Extremitäten stellten bei 13 die Hauptdiagnose dar. 6 Rehabilitand\*innen teilten sich auf die restlichen Diagnosen (z. B. M19, M21, M77, M87, G90) auf.

Zwischen Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) zeigten sich signifikante Verbesserungen in allen untersuchten Parametern. Der Median der Überforderungspunkte (ÜP) des IMBA-Profilvergleichs reduzierte sich von 19 auf 11 ( $\Delta = 5$ ;  $p < .0001$ ;  $r = 0.87$ ). Der Work Ability Index (WAI) stieg von 35 auf 38 Punkte ( $\Delta = 2$ ;  $p < .0001$ ;  $r = 0.82$ ). Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbesserte sich deutlich: der EQ-5D-5L-Index nahm von 0.901 auf 0.943 zu ( $\Delta = 0.052$ ;  $p < .0001$ ;  $r = 0.82$ ) und die EQ-VAS von 80 auf 88 ( $\Delta = 10$ ;  $p < .0001$ ;  $r = 0.81$ ). Die psychische Belastung (PHQ-4) sank dagegen von einem Median von 1 auf 0 ( $\Delta = 0$ ;  $p < .0001$ ;  $r = 0.81$ ). Alle Effektstärken lagen im hohen Bereich ( $r > 0.8$ ).

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse der Studie deuten auf eine deutliche Verbesserung der funktionalen Leistungsfähigkeit, der subjektiven Arbeitsfähigkeit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der psychischen Belastung der Rehabilitand\*innen unmittelbar nach Abschluss des 3-wöchigen Heilverfahrens. Die Kombination objektiver (IMBA-Profilvergleich) und subjektiver (WAI) Parameter erlaubt dabei eine differenzierte Betrachtungsweise der individuellen Arbeitsfähigkeit der Rehabilitand\*innen. Die beobachteten Effektstärken deuten außerdem auf eine hohe Wirksamkeit des Heilverfahrens in der Verbesserung der untersuchten Parameter im Zuge der Rehabilitation hin.

Weiterführend wird bis Ende 2026 die langfristige Nachhaltigkeit dieser Effekte sowie den weiteren Verlauf der Erwerbstätigkeit der Rehabilitand\*innen anhand von Versicherungsdaten untersucht.

### **Take-Home-Message**

Infolge des 3-wöchigen PV RehaJET® als Phase II Erstheilverfahren können deutliche Verbesserungen von Arbeitsfähigkeit, subjektiver Lebensqualität und psychischer Gesundheit beobachtet werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Wirksamkeit arbeitsbezogener Rehabilitationsansätze als Grundlage für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung.

### **Literatur**

- Glatz, A., Schian, H.-M. (2008): IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt; In: Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation; Reihe: Diagnostik für Klinik und Praxis; Hogrefe, Göttingen.
- Streibelt M, Bethge M. (2008): Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Interessenkonflikt: Die Studienautor\*innen sind bei der Pensionsversicherung angestellt.

Förderung: -

### **Berufliche Teilhabe bei MS: Ergebnisse der TAMuS-Studie zu personenbezogenen Einflussfaktoren**

*Nadine Schumann<sup>1</sup>; Janin Venediger<sup>1</sup>; Alexander Stahmann<sup>2</sup>; Michael Sailer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg;

<sup>2</sup> MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste nicht-traumatische Ursache neurologischer Behinderung im jungen Erwachsenenalter und betrifft in Deutschland rund 300.000 Menschen (Holstiege et al., 2022). Fatigue, kognitive und körperliche Einschränkungen beeinträchtigen häufig bereits früh die berufliche Teilhabe (Gerhard et al., 2020) – mit hohen gesellschaftlichen Kosten und gravierenden persönlichen Folgen (Kobelt et al., 2006). Erwerbsarbeit wirkt identitätsstiftend, stabilisierend und fördert soziale Integration. Während krankheits- und soziodemografische Einflussfaktoren gut untersucht sind, fehlt es insbesondere im deutschsprachigen Raum an Evidenz zu personenbezogenen Barrieren im Sinne der ICF. Deren Identifikation ist essenziell für eine gezielte Rehabilitationsplanung und Teilhabeförderung.

#### **Methoden**

In einer multizentrischen Längsschnittstudie wurden 279 Personen mit MS (Ø 47,5 Jahre; 65,2 % weiblich) an 12 neurologischen Rehabilitationszentren rekrutiert und zu zwei Zeitpunkten (Reha-Ende, 12 Monate später) schriftlich befragt. Verglichen wurden stabil Erwerbstätige (n = 113) mit Personen, die innerhalb eines Jahres nicht erfolgreich in die Arbeit zurückkehrten (n = 38). Erfasst wurden personenbezogene Kontextfaktoren im Sinne der ICF: Persönlichkeitsmerkmale, Coping-Stile, subjektive Gesundheitsbewertungen und arbeitsbezogene Einstellungen. Zur Vermeidung von Overfitting bei geringer Ereigniszahl erfolgte eine thematisch strukturierte Blockbildung. Die jeweils bedeutsamsten Variablen wurden blockübergreifend in ein multivariates Regressionsmodell integriert. Sensitivitätsanalysen sowie die Kontrollvariablen Geschlecht und Bundesland ergänzten die Analysen.

#### **Ergebnisse**

Zwischen stabil Erwerbstätigen und Wechsler:innen in Nichterwerbstätigkeit zeigten sich signifikante Unterschiede in allen drei untersuchten Faktorblöcken. Wechsler:innen berichteten höhere Neurotizismus-Werte ( $p = .011$ ), eine stärkere Nutzung der Coping-Strategie „Energieerhalt“ ( $p = .021$ ) und deutlich geringere Selbstwirksamkeit ( $p < .001$ ). Im Bereich des subjektiven Gesundheitsstatus wurden eine höhere Belastung durch das MS-Hauptproblem, eine geringere Lebensqualität (EQ-5D-Index und VAS; beide  $p < .001$ ) sowie stärkere funktionale Einschränkungen berichtet. 84,2 % der Wechsler:innen sahen sich dauerhaft erwerbsgefährdet – im Vergleich zu 38,9 % der stabil Erwerbstätigen ( $p < .001$ ). Auch arbeitsbezogene Einstellungen fielen ungünstiger aus: schlechtere Erwerbsprognose

(SPE;  $p < .001$ ), niedrigere subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS;  $p < .001$ ), geringere Rückkehrintention ( $p < .001$ ), niedrigere Bedeutung der Arbeit ( $p = .019$ ) sowie eine höhere Rentenintention ( $p < .001$ ).

Im multivariaten Regressionsmodell (Abb. 1) zur Vorhersage eines Erwerbsverlusts nach Rehabilitation zeigten sich drei personenbezogene Faktoren als signifikant: Die subjektive Erwerbsprognose war der stärkste Prädiktor: Eine ungünstige Einschätzung war mit einem mehr als doppelt so hohen Risiko für den Wechsel in Nichterwerbstätigkeit verbunden ( $OR = 2,71$ ; 95 %-KI [1,59–4,61];  $p < .001$ ). Auch eine hohe Belastung durch das MS-Hauptproblem ( $OR = 1,81$ ; 95 %-KI [1,12–2,91];  $p = .015$ ) sowie funktionale Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (EQ-5D-Subskala;  $OR = 1,69$ ; 95 %-KI [1,03–2,76];  $p = .038$ ) waren signifikant mit einem erhöhten Risiko assoziiert. Das Modell zeigte eine gute Vorhersagegüte mit einem erklärten Anteil der Varianz von 45,7 % (Nagelkerkes  $R^2$ ) und einer starken Diskriminationsfähigkeit ( $AUC = .872$ ; 95 %-KI [.812–.932]).

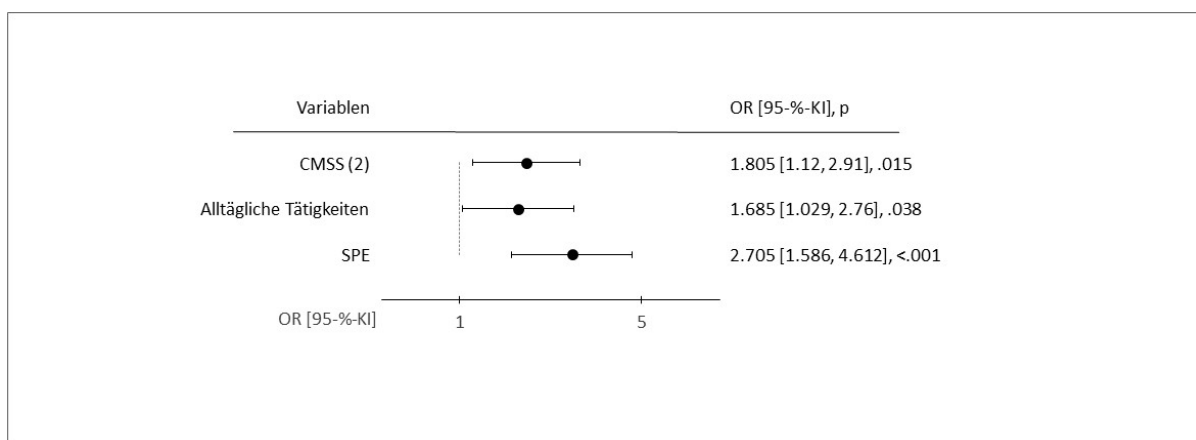


Abbildung 1: Ergebnisse des multivariaten logistischen Regressionsmodells zur Vorhersage eines Erwerbsverlusts (Modell M1). Dargestellt sind Odds Ratios (OR) mit 95 %-Konfidenzintervallen für signifikante Prädiktoren

Anmerkungen: CMSS (2) = Belastung durch das MS-Hauptproblem; SPE = subjektive Erwerbsprognose; Alltägliche Tätigkeiten = Einschränkungen in alltäglichen Aktivitäten (EQ-5D-Subskala)

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass personenbezogene Einschätzungen zentrale Prädiktoren für den Erwerbsverlauf von Menschen mit MS nach Rehabilitation sind. Besonders die subjektive Erwerbsprognose erwies sich als stabiler Risikofaktor und knüpft an bestehende Evidenz zur prognostischen Bedeutung subjektiver Zukunftserwartungen im Reha-Kontext an (Mittag et al., 2006). Auch die Belastung durch das MS-Hauptproblem und funktionale Einschränkungen zeigten sich als robuste Einflussfaktoren. Die Befunde unterstreichen die Bedeutung individueller Bewertungen des eigenen Gesundheitszustands und der beruflichen Perspektive für die Teilhabeentwicklung. Für die Rehabilitationspraxis ergibt sich daraus die Notwendigkeit, solche Einschätzungen systematisch zu erfassen und frühzeitig in die Teilhabeplanung zu integrieren.

## Take-Home-Message

Personenbezogene Einschätzungen wie subjektive Erwerbsprognose, Belastungserleben und funktionale Selbstbewertung sind entscheidend für die berufliche Teilhabe von Menschen

mit MS. Ihre frühzeitige Erfassung im Reha-Prozess kann helfen, Erwerbsverluste zu vermeiden und gezielte Interventionsangebote zu steuern.

## **Literatur**

- Gerhard, L., Dorstyn, D. S., Murphy, G., Roberts, R. M. (2020): Neurological, physical and sociodemographic correlates of employment in multiple sclerosis: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 25. 92–104.
- Holstiege, J., Akmatov, M. K., Klimke, K. (2022): Trends in administrative prevalence of multiple sclerosis and utilization patterns of disease modifying drugs in Germany. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 59. 103534.
- Kobelt, G., Berg, J., Lindgren, P., Fredrikson, S., Jönsson, B. (2006): Costs and quality of life of patients with multiple sclerosis in Europe. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77. 918–926.
- Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2006): Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). *Gesundheitswesen*, 68. 294–302.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen – Problemlage und bisherige Ergebnisse des Modellprojekts BETA-MeH**

*Dolores Claros-Salinas<sup>1</sup>; Annette Blaudszun-Lahm<sup>2</sup>; Frank Eierdanz<sup>2</sup>;  
Judith Hoffmann<sup>2</sup>; Susann Huthmann<sup>3</sup>; Regina Osranek<sup>2</sup>;  
Wilfried Schupp<sup>1</sup>; Alexander Thomas<sup>1</sup>; Rebekka Heyme<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Claros-Salinas/Schupp/Thomas GbR; <sup>2</sup> Institut für Technologie und Arbeit e. V.;

<sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Wie DRV-Daten für das Jahr 2016 zeigten, erreichten Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH) nur zu einem geringen Anteil von ca. 50 % ihre berufliche Reintegration (Streibelt et al., 2023). Eine rehabilitative Förderung der beruflichen Teilhabe ist daher ein relevantes Ziel.

Um die Problemlage beruflicher Teilhabe für MeH, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zuständigkeit der DRV Bund erhielten, auf aktueller Datengrundlage zu klären, sind erneute Evaluationen notwendig.

Das Ziel verbesserter beruflicher Teilhabe wird mit dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten rehapro-Projekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ (BETA-MeH) unter Leitung der Deutschen Rentenversicherung Bund verfolgt: Erprobt wird eine innovative Rehabilitationsstrategie, bei

der medizinische und berufliche Rehabilitation sowie ein Fallmanagement zu einer Komplexleistung von bis zu zwölf Monaten Dauer vereint werden, um möglichst frühzeitig arbeitsplatzorientierte Interventionen zu beginnen und diese bedarfsorientiert sowie flexibel hinsichtlich Inhalt, Umfang und Abfolge zu erbringen.

## **Methoden**

Zur Klärung einer aktuelleren berufsbezogenen Problemlage werden Daten der DRV-Reha-Statistik 2019 (vor Corona) ausgewertet, die MeH mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zuständigkeit der DRV Bund betreffen.

BETA-MeH schließt MeH ein, die sich zu einer Phase D-Behandlung in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung befanden, deren Alter max. 64 Jahre betrug, deren Arbeitsplatz erhalten und deren Erwerbsprognose positiv war, für die aber dennoch Unterstützungsbedarf bei der beruflichen Wiedereingliederung bestand.

In einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign erhielt die Interventionsgruppe folgende Rehabilitationsleistungen:

Bereits während der medizinischen Rehabilitation werden die Rehabilitand:innen durch Fallmanager:innen (FM) und Fachkräfte für betriebliche Intervention (FBI) begleitet. Die FM begleiten kontinuierlich, steuern die Gesamtintervention, unterstützen z. B. nach der medizinischen Rehabilitation bei der Initiierung flankierender therapeutischer Leistungen. Die FBI binden den Arbeitgeber frühzeitig ein, klären, in welcher Weise die Rehabilitand:innen sich an ihrem bisherigen Arbeitsplatz schrittweise erproben können und begleiten die Wiedereingliederung therapeutisch in regelmäßigem Kontakt mit Betroffenen wie dessen Arbeitsumfeld. Die Planung der einzelnen Rehabilitationsschritte erfolgt bedarfsfokussiert in gemeinsamen Return-to-Work-Konferenzen unter Teilnahme des medizinisch-therapeutischen Teams, FM, FBI, Arbeitgeber sowie der Rehabilitand:in selbst.

Die Kontrollgruppe erhielt die etablierte Regelversorgung (Phase D, eventuell stufenweise Wiedereingliederung und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

## **Ergebnisse**

Die Auswertung der Reha-Daten-Statistik der DRV Bund von 2019 ergab: von 23.995 Rehabilitand:innen waren weniger als die Hälfte der Rehabilitand:innen zwei Jahre nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation sozialversicherungspflichtig beschäftigt, obwohl 66 % als voll leistungsfähig in ihrem letzten Beruf und 72 % als voll leistungsfähig für den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen werden. 40,1 % Prozent der als voll leistungsfähig eingeschätzten Rehabilitand:innen sind zwei Jahre nach Entlassung aus der Rehabilitation nicht stabil beschäftigt.

Für die BETA-MeH Wirksamkeitsstudie war bislang entscheidend, dass trotz einer Anzahl von 1.508 gescreenten Rehabilitand:innen, davon 515, die die Einschlusskriterien erfüllten, nur 91 Personen an BETA-MeH teilnahmen (Interventionsgruppe: 57; Kontrollgruppe: 34).

24 Rehabilitand:innen (Interventionsgruppe:18; Kontrollgruppe: 6) brachen die BETA-MeH-Behandlung ab, vorwiegend aus medizinischen Gründen.

Für die verbleibenden 39 Teilnehmenden der Interventionsgruppe und 28 der Kontrollgruppe waren Geschlechterverteilung, Diagnosen, Zeit nach Ereignis, Bildung, Erwerbssituation zu Rehabilitationsbeginn und Vorstellungen zur beruflichen Zukunft vergleichbar. In der

Kontrollgruppe ist der Anteil älterer Personen leicht erhöht. Hinsichtlich Angst, Depression und Fatigue wiesen beide Gruppen zu Studienbeginn sehr ähnliche Mittelwerte auf.

Die Beendigungsmitteilung (Dokumentenanalyse) zeigt für die Interventionsgruppe 30 erfolgreich abgeschlossene BETA-MeH-Interventionen (bei 9 noch laufenden Fällen) an. Für die Kontrollgruppe werden vergleichbare Daten zum sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsstatus erst zum Jahresende aus dem DRV-Versichertenkonto abrufbar sein.

### **Diskussion und Fazit**

Die aktualisierte Klärung der Problemlage zeigt eine erhebliche Diskrepanz zwischen positiver Erwerbsprognose und tatsächlicher Return-to-work-Quote an, die weitere Förderung beruflicher Teilhabe von MeH notwendig macht.

Erste Daten aus der Wirksamkeitsstudie deuten darauf hin, dass MeH durch die BETA-MeH-Intervention bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz wirksam unterstützt werden.

### **Take-Home-Message**

Das Modellprojekt BETA-MeH verfolgt eine sektorenübergreifende, Fallmanagement-basierte, arbeitsplatzorientierte Rehabilitationsstrategie und zeigt erste Wirksamkeitshinweise.

### **Literatur**

Blaudszun-Lahm, A., Eierdanz, F., Hoffmann, J., Osranek, R. (2026): Erste Ergebnisse der BETA-MeH Studie. *Neurologie & Rehabilitation*, im Druck.

Claros-Salinas, D., Schupp, W., Thomas, A. (2026): BETA-MeH: Ziele, Akteure und Abläufe der Intervention. *Neurologie & Rehabilitation*, im Druck.

Heyme, R. (2026): Zielgruppe und Problemlage von Rehabilitand:innen mit neurologischen Erkrankungen aus Sicht der Rentenversicherung. *Neurologie & Rehabilitation*, im Druck.

Streibelt, M., Zollmann, P., Rasch, L., Schimichowski, J., Schmitz, S. (2023): Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 62(01), 22-30.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **VR-gestützte neuropsychologische und ergotherapeutische Behandlung: Pilotprojekt in vier neurologischen Rehabilitationseinrichtungen**

*Anne-Katrin Muth; Annabel Augustin; Lisa Happe; Laura Golenia*

MEDIAN Unternehmensgruppe B. V. & Co. KG

### **Hintergrund und Zielstellung**

Virtuelle Realität (VR) eröffnet neue Möglichkeiten für die neurologische Rehabilitation, indem sie Patient:innen in interaktive Trainingsumgebungen eintauchen lässt. Im Vergleich zur konventionellen Therapie kann VR motorische und kognitive Übungen ansprechender,



alltagsnäher und adaptiver gestalten. Systematische Cochrane-Übersichtsarbeiten zeigen Vorteile für die Rehabilitation der oberen Extremitäten bei Schlaganfall- und Multiple Sklerose-Patient:innen, wenn VR zusätzlich zur Standardtherapie eingesetzt wird (Laver et al., 2025; De Keersmaecker et al., 2025). Für den Einsatz zur Förderung kognitiver Funktionen liegen bislang nur begrenzte Evidenzen vor.

Das VR-System CUREO 4 (Cureosity GmbH) ermöglicht ein spielerisches Training motorischer und kognitiver Fähigkeiten. Therapeut:innen erstellen individuelle Trainingspläne, die unter Anleitung einzeln oder in Kleingruppen durchgeführt werden. Anpassbare Schwierigkeitsgrade sowie Entspannungs- und Atemmodule ergänzen das Angebot.

Da der Einsatz VR-gestützter Therapie in der neurologischen Rehabilitation bislang nur unzureichend untersucht ist, zielt die vorliegende Evaluation darauf ab, die Machbarkeit, Akzeptanz und subjektive Wirksamkeit dieser Therapieform im klinischen Alltag zu bewerten. Im Rahmen eines Pilotprojekts in vier neurologischen Rehabilitationseinrichtungen wurde die Integration des Systems in bestehende Therapieabläufe evaluiert.

## **Methoden**

Zwischen Januar und August 2025 wurde die Integration der VR-gestützten Neurorehabilitations-Therapie in vier MEDIAN-Kliniken evaluiert. Teilnehmende waren stationäre, volljährige, neurologische Rehabilitand:innen der Phasen C und D, die keine Kontraindikationen für die VR-Therapie (z. B. Epilepsie) aufwiesen. Die VR-Therapie wurde komplementär zur Standardtherapie in der Ergotherapie oder Neuropsychologie eingesetzt.

In der Ergotherapie erfolgten Gruppensitzungen mit bis zu drei Rehabilitand:innen, wobei die Teilnehmenden eigene Headsets nutzten, und von einer ergotherapeutischen Fachkraft beaufsichtigt wurde. Neuropsychologische Anwendungen erfolgten im Einzelsetting.

Zur Evaluation der VR-Therapie bewerten Patient:innen sowie Therapeut:innen mittels Fragebögen Akzeptanz, wahrgenommenen Nutzen und Umsetzbarkeit im Rehabilitationssalltag. Die Datenanalyse erfolgte mittels deskriptiver Statistik (Berechnung von Mittelwerten, Standardabweichungen und Häufigkeiten).

## **Ergebnisse**

Es wurden Daten von 179 Patient:innen ausgewertet (Ergotherapie n=135; Neuropsychologie n=44). Das durchschnittliche Alter lag bei 56,4 Jahren (SD=11,0; Range 23-86 Jahre); 60 % (n=108) waren Männer. Die häufigsten Diagnosen waren Hirninfarkt (47 %), Multiple Sklerose (11 %) und sonstige Polyneuropathien (5 %). Patient:innen absolvierten im Durchschnitt 7 VR-Sitzungen (SD=2,66) während eines durchschnittlichen Aufenthalts von 33 Tagen (SD=16,01). Außerdem nahmen 24 Therapeut:innen an der Datenerhebung teil.

Die Akzeptanz der VR-Therapie unter den Patient:innen war hoch: 90 % würden die Therapie erneut nutzen und weiterempfehlen (90 %). Der Umgang mit dem VR-System wurde von 94 % der Teilnehmenden als leicht erlernbar beschrieben, und 90 % fühlten sich beim Einsatz sicher.

In der Ergotherapie nahmen 74 % der Patient:innen eine subjektive Verbesserung der Bewegungskoordination wahr, 86 % berichteten, dass ihre Motivation durch die VR-Therapie gesteigert wurde.

Bei der Anwendung in der Neuropsychologie stimmten 75 % der Rehabilitand:innen der Aussage zu, dass sich ihre Aufmerksamkeit und Konzentration verbesserte. Außerdem wurden Fortschritte bei der räumlichen Wahrnehmung (77 %) festgestellt.

Von den 24 befragten Therapeut:innen bewerteten 96 % die VR-Therapie als Bereicherung im Hinblick auf ein erweitertes Behandlungsspektrum und 92 % eine gesteigerte Patientenzufriedenheit. Die Integrierbarkeit der VR-Therapie in den klinischen Alltag wurde von 67 % der Befragten als leicht beurteilt.

### **Diskussion und Fazit**

Die Untersuchung beschäftigte sich mit der Integration von VR-gestützter Therapie bei Rehabilitand:innen der Neurologie. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Einsatz im klinischen Alltag praktikabel ist, von Patient:innen und Therapeut:innen als positiv angenommen wird und zumindest subjektiv gesehen einen Mehrwert bietet der sich auch positiv auf die Motivation der Rehabilitand:innen auswirkt.

Das Projekt liefert wichtige Hinweise darauf, dass VR das Behandlungserlebnis motivierend erweitert und das therapeutische Portfolio sinnvoll ergänzt. Zukünftige randomisierte Studien mit standardisierten Outcome Maßen und Langzeit Follow up sind notwendig, um die klinische Effektivität quantitativ zu belegen.

### **Take-Home-Message**

VR-gestützte Therapie in der neurologischen Rehabilitation ist umsetzbar und weist vielversprechendes Potenzial zur Steigerung der Motivation bei Patient:innen und Verbesserung des Behandlungserlebens auf.

### **Literatur**

- De Keersmaecker E, Guida S, Denissen S, Dewolf L, Nagels G, Jansen B, Beckwée D, Swinnen E. Virtual reality for multiple sclerosis rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews (2025): Issue 1. Art.
- Laver KE, Lange B, George S, Deutsch JE, Saposnik G, Chapman M, Crotty M. Virtual reality for stroke rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews (2025): Issue 6. Art.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Zielorientierte Ergebnismessung in der Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation: Aktueller Stand und Ausblick**

*Annika Hambrecht<sup>1</sup>; Simone Telenga<sup>1</sup>; Denis Haak<sup>2</sup>; Edith Andres<sup>2</sup>;  
Carina Stammann<sup>2</sup>; Björn Broge<sup>2</sup>; Eva Maria Bitzer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Pädagogische Hochschule Freiburg;

<sup>2</sup> aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

## **Hintergrund und Zielstellung**

QS-Reha ist das bundesweit verbindliche externe Qualitätssicherungsverfahren für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit der Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die Datenerhebung und -auswertung sowie die Rückmeldung der Ergebnisse finden in dreijährigen Zyklen statt, in deren Mittelpunkt die Patientenbefragung steht. Um den unterschiedlichen Behandlungsbedarfen vor dem Hintergrund der Multimorbidität der Patientenklientel gerecht zu werden, wurde für geriatrische Fachabteilungen eine innovative Patientenbefragung orientiert an der „zielorientierten Ergebnismessung“ (Gerdes, 1998) entwickelt. Das 2018 implementierte Verfahren basiert auf individuell vereinbarten Reha-Zielen, die an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert operationalisiert wurden (Birkner, Kwietniewski, 2018). Wir analysieren in diesem Beitrag anhand von Daten aus dem Routinebetrieb des 4. QS-Reha-Zyklus (2021-2023), wie sich die Patientenklientel zusammensetzt und inwiefern das Verfahren in der Lage ist, die unterschiedlichen Bedarfe der Patient\*innen abzubilden.

## **Methoden**

Zur Auswertung liegen Daten der zwischen August 2021 und November 2022 stattgefundenen Patientenbefragung in stationären geriatrischen Fachabteilungen vor. Behandelnde können bis zu 150 Patient\*innen pro Fachabteilungen konsekutiv in die Zweipunktbefragung einschließen, indem sie passend zum vereinbarten Reha-Ziel drei bis zehn von den in neun Bereichen (z. B. Mobilität, Selbstversorgung, Körperfunktion) organisierten 33 Reha-Zielkategorien (RZKs) auswählen. Der individualisierte Fragebogen mit zwei bis 16 standardisierten Items pro RZK wird automatisch erstellt und in der Fachabteilung ausgedruckt. Zusätzlich dokumentieren die Behandelnden für eingeschlossene Personen sowie für bis zu 30 Nicht-Teilnehmende, die z. B. die Teilnahme ablehnen oder aufgrund von starken kognitiven oder körperlichen Einschränkungen nicht teilnehmen können, soziodemografische und erkrankungsbezogene Daten im sog. Behandlerbogen. Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte mit der Software SPSS. Vergleiche von Personen mit vollständigem Datensatz, bestehend aus den beiden Patientenfragebögen und dem Behandlerbogen, mit Personen, von denen nur einer der Patientenfragebögen vorliegt (Drop-Outs), und Nicht-Teilnehmenden führten wir anhand von Chi-Quadrat-Tests und 99 %-Konfidenzintervallen durch.

## **Ergebnisse**

Insgesamt liegen n = 18.863 Datensätze zur Auswertung vor, davon n = 9.556 vollständige Datensätze, n = 6.400 Drop-Outs und n = 2.907 Nicht-Teilnehmende. Gründe für die Nicht-

Teilnahme an der Befragung liegen vor allem in der Ablehnung der Teilnahme (47,3 %) und kognitiven bzw. körperlichen Einschränkungen (24,0 %). Personen mit vollständigem Datensatz haben im Vergleich zu Drop-Outs und Nicht-Teilnehmenden durchschnittlich einen höheren Barthel-Index (61,5 vs. 57,1 vs. 53,0), häufiger keinen Pflegegrad (45,5 % vs. 41,1 vs. 37,4 %) sowie seltener eine gesetzliche Betreuung (3,7 % vs. 5,2 vs. 7,3 %) und weisen häufiger eine außerordentlich hohe Reha-Motivation auf (29,5 % vs. 23,7 % vs. 11,1 %).

Die RZKs werden von zwischen 0,3 % und 69,8 % der Personen mit vollständigem Datensatz ausgewählt, dabei sind fünf für über 50 % der Patient\*innen relevant und 18 für weniger als 10 %. Durchschnittlich wählt jede Person 6,3 RZKs (SD = 2,2) aus. Personen mit vollständigem Datensatz wählen am häufigsten die RZKs „Gangsicherheit, Gleichgewicht halten“ (69,8 %), „Schmerzen“ (63,6 %), „Gehen im Innenbereich“ (59,8 %), „Treppensteigen“ (58,4 %) und „Gehen im Außenbereich“ (53,7 %). Drop-Outs gleichen Personen mit vollständigem Datensatz in den häufigsten vier RZKs, lediglich die fünftehäufigste ist „Körperpflege“ (50,2 %). Bei Nicht-Teilnehmenden haben RZKs aus dem Bereich Selbstversorgung einen höheren Stellenwert als für Personen mit vollständigen Datensätzen (z. B. „Toilettennutzung“: 31,5 % vs. 23,4 %), RZKs des Bereichs Mobilität einen niedrigeren (z. B. „Treppensteigen“: 12,9 % vs. 58,4 %).

## **Diskussion und Fazit**

Die vorliegenden Auswertungen bestätigen die Vermutung, dass vollständig an der Befragung teilnehmende Personen gesundheitlich weniger belastet sind als Drop-Outs und Drop-Outs wiederum weniger als Nicht-Teilnehmende. Den unterschiedlichen Behandlungsbedarfen der drei Gruppen tragen die RZKs Rechnung und bilden die verschiedenen starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwartungsgemäß ab. Aktuell beziehen sich die Ergebnisse der Qualitätssicherung nur auf gesundheitlich weniger belastete Personen, also ca. 50 % der hier betrachteten Personen. Zukünftige Anpassungen des Verfahrens sollten die Abbildbarkeit von Personen mit stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen in der Qualitätssicherung fokussieren.

## **Take-Home-Message**

Die Patientenbefragung auf Basis der RZKs eignet sich grundsätzlich zur Abbildung von Behandlungsbedarfen der multimorbiden Patientenklientel der geriatrischen Rehabilitation.

## **Literatur**

Birkner, N.; Kwietniewski, L. (2018): Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit für stationäre und ambulante Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation. Abschlussbericht des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit. BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS). Düsseldorf. Online verfügbar unter [https://www.qs-reha.de/media/dokumente/berichte/2018\\_10\\_30\\_geriqi\\_abschlussbericht\\_final.pdf](https://www.qs-reha.de/media/dokumente/berichte/2018_10_30_geriqi_abschlussbericht_final.pdf), zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Gerdes, N. (1998): Rehabilitationseffekte bei „zielorientierter Ergebnismessung“. Ergebnisse der IRES-ZOE-Studie 1996/97. In: Deutsche Rentenversicherung (3-4), S. 217–237.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: GKV-Spitzenverband

# **Zugang zur mobilen geriatrischen Rehabilitation: Welche Auswirkungen hat die in der GKV erfolgte Allokationsausweitung?**

*Matthias Meinck; Kristina Pippel*

Kompetenz-Centrum Geriatrie der Medizinischen Dienste

## **Hintergrund und Zielstellung**

Mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) wird in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bisher lediglich von einzelnen Einrichtungen erbracht. Mit den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation der GKV erfolgte im Jahr 2021 u. a. eine Erweiterung der Allokationsgründe mit dem Ziel, mobile (geriatrische) Rehabilitation einem größeren Patientenkreis zugänglich zu machen. Demnach kann mobile geriatrische Rehabilitation erfolgen, wenn die relevanten Rehabilitationsziele im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld voraussichtlich besser als in einer Rehabilitationseinrichtung erreichbar sind (GKV-Spitzenverband, 2021). Mit der Basisdokumentation MoGeRe (Meinck et al., 2017, Pippel et al., 2017) werden alle mobilen geriatrischen Rehabilitationsleistungen der GKV systematisch mit Angabe von Allokationsgründen erfasst. Der Beitrag überprüft, ob sich mobile geriatrische Rehabilitationsfälle mit und ohne primären Zugang aufgrund erweiterter Allokationsgründe in den durch die Basisdokumentation MoGeRe erfassten Erhebungsmerkmalen unterscheiden.

## **Methoden**

Fälle mobiler geriatrischer Rehabilitation mit und ohne primären Zugang aufgrund erweiterter Allokationsgründe wurden anhand der Daten der Basisdokumentation MoGeRe auf mögliche Unterschiede (z. B. Demographie, Reha-Setting, rehabilitationsbegründende Diagnose, vorbestehende Pflegebedürftigkeit, vorbestehende Selbstversorgungsfähigkeit) hin retrospektiv untersucht. Fälle des Jahres 2024 (N=3.344) wurden univariat und mittels logistischer Regressionsanalyse ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Die Auswertungen basieren auf 1.243 Fällen mit und 2.101 Fällen ohne Zugang zur mobilen geriatrischen Rehabilitation aufgrund erweiterter Allokationsgründe. Häufigster erweiterter Allokationsgrund war das dauerhafte Lebensumfeld: Pflegeheim (50,8 %) gefolgt vom Kontextfaktor: begrenztes Lebensumfeld (37,0 %), einem eingeschränktem Restitutionspotential (31,5 %) und dem Reha-Fokus: Unterstützungsmanagement (23,9 %). Es zeigten sich signifikante univariate Unterschiede zwischen beiden Auswertungsgruppen (Frauenanteil, Alter, vorbestehender Pflegegrad, den Reha-Settings Privathaushalt, Pflegeheim und Kurzzeitpflege sowie der vorbestehenden Selbstversorgungsfähigkeit zum Reha-Beginn). Die binär logistische Regression ermittelte als unabhängige positive Prädiktoren für die Zugehörigkeit zu Fällen mit Zugang aufgrund eines erweiterten Allokationsgrundes die Reha-Settings Pflegeheim (KI-OR: 3,43 - 4,74) und Kurzzeitpflege (KI-OR: 2,11 - 3,81) sowie als negativen Prädiktor einen vorbestehenden Pflegegrad 5 (KI-OR: 0,25 - 0,85).

## **Diskussion und Fazit**

Fälle mit Zugang aufgrund erweiterter Allokationsgründe nehmen bereits 4 Jahre nach ihrer Einführung in der GKV mit 37 % einen relevanten Fallanteil in der mobilen geriatrischen Rehabilitation ein. Die identifizierten unabhängigen Prädiktoren für diese Allokationsgründe stehen für besonders vulnerable geriatrische PatientInnen und einen besonderen Bedarf für geriatrische Rehabilitationsleistungen.

## **Take-Home-Message**

Die in der GKV gezielt vorgenommene Erweiterung von Allokationsgründen ermöglicht gerade geriatrischen PatientInnen aus dem stationären Pflegebereich und der Kurzzeitpflege den Zugang zu einer mobilen geriatrischen Rehabilitation.

## **Literatur**

- Meinck, M., Pippel, K., Lübke, N. (2017): Mobile geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 1). Z Gerontol Geriatr, 50. 226-232.
- Pippel, K., Meinck, M., Lübke, N. (2017): Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 2). Z Gerontol Geriatr, 50. 325-331.
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) (Hrsg.) (2021): Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021.  
URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/re\\_reha/m\\_reha/2021\\_07\\_12\\_Gemeinsame\\_Empfehlungen\\_Mobile\\_Reha\\_v02.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/re_reha/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf) (Abruf: 01.10.2025).

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

### **Berufliche Unterschiede beim Return-to-Work von Frauen mit Brustkrebs nach medizinischer Rehabilitation**

*Johannes Soff<sup>1</sup>; Nora Tabea Sibert<sup>2</sup>; Nico Dragano<sup>3</sup>; Christoph Kowalski<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Krebsgesellschaft e. V.; <sup>2</sup> Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf;

<sup>3</sup> Heinrich-Heine-Universität / Universitätsklinikum Düsseldorf

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Jährlich werden in Deutschland etwa 69.000 Brustkrebserkrankungen diagnostiziert, 50 % davon bei Frauen im erwerbsfähigen Alter (20–64 Jahre) (Schellack et al., 2023). Ein zentrales Rehabilitationsziel dieser Betroffenen ist die Rückkehr ins Erwerbsleben (Return-to-Work, RTW). In einer Übersichtsarbeit von Tamminga et al. (2025) konnten soziodemografische und krankheitsbezogene prognostische Faktoren, wie Chemotherapie und höheres Alter, als Barrieren für RTW identifiziert werden. Arbeitsbezogene Faktoren wurden hingegen nur selten und inkonsistent quantitativ untersucht. Qualitative Studien legen jedoch nahe, dass arbeitsbezogene Faktoren, wie zum Beispiel die emotionale Unterstützung des Arbeitsumfelds oder kognitive Anforderungen gegenüber körperlichen Anforderungen insbesondere in den späteren RTW-Phasen, an Bedeutung gewinnen. Das Ziel des Beitrags ist es, berufsspezifische Erwerbsverläufe und Leistungsbezüge von Brustkrebsrehabilitandinnen zu ermitteln.

#### **Methoden**

Die Analysen basieren auf der Reha-Statistik-Datenbasis Verlaufserhebung der Deutschen Rentenversicherung. Eingeschlossen in die Analyse wurden Frauen im erwerbsfähigen Alter, die aufgrund einer Brustkrebsdiagnose eine Rehabilitation im Zeitraum 2012–2022 abgeschlossen hatten. Der Beruf wurde anhand der vor Rehabilitationsbeginn zuletzt ausgeübten Tätigkeit in Berufsgruppen und Berufshauptgruppen der International Standard Classification of Occupations 2008 berichtet. Mittels Restricted-Mean-Survival-Time-Analysen und Cox-Hazard-Modellen wurden die RTW-relevanten Zustände innerhalb eines Beobachtungszeitraums von fünf Jahren analysiert. In den Regressionsmodellen wurden die konfundierenden Variablen Bildung, Alter und Staatsangehörigkeit berücksichtigt.

#### **Ergebnisse**

Bei Abschluss der Rehabilitation waren 7,7 % der 135.403 Personen arbeitsunfähig. Innerhalb von 2 Jahren nach der Rehabilitation erreichten 71 % (n = 77.755) einen RTW von mindestens 6 Monaten. Die mittlere Zeit in Erwerbstätigkeit innerhalb von fünf Jahren nach der Reha reichte von 29 Monaten bei Hilfskräften bis zu 38 Monaten bei Führungskräften, Bürokräften und akademischen sowie technischen Berufen. In den adjustierten Regressionsanalysen waren Berufsgruppen wie Betreuungsberufe (HR: 0,71; 95 %-CI: 0,68–0,74; n = 4.489) oder Reinigungspersonal und Hilfskräfte (HR: 0,76; 95 %-CI: 0,72–0,81; n = 7.474) mit einem höheren Risiko eines ausbleibenden RTW assoziiert. Berufsgruppen wie Führungskräfte im

kaufmännischen Bereich (HR: 1,28; 95 %-CI: 1,17-1,40; n = 1.194), ingenieurtechnische Fachkräfte (HR: 1,22; 95 %-CI: 1,14-1,30; n = 2.654) oder betriebswirtschaftliche Fachkräfte (HR: 1,20; 95 %-CI: 1,17-1,24; n = 14.112) und Führungskräfte in Hotels und Restaurants (HR: 1,50; 95 %-CI: 1,10-2,03; n = 117) zeigten eine höhere Assoziation mit einem erfolgreichen RTW.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen deutliche berufsspezifische Unterschiede beim RTW von Brustkrebsrehabilitandinnen. Trotz hoher Arbeitsunfähigkeitsrate am Reha-Ende gelingt der Mehrheit innerhalb von zwei Jahren eine nachhaltige Wiedereingliederung. Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen unterstreichen den Einfluss von Arbeitsbedingungen und beruflicher Stellung: Personen in körperlich belastenden, wenig flexiblen Tätigkeiten wie Pflege, Reinigung und Hilfsarbeit haben geringere Chancen auf einen erfolgreichen RTW, während Fach- und Führungskräfte mit höherer Autonomie, besseren Anpassungsmöglichkeiten und meist geringerer physischer Belastung häufiger wieder erwerbstätig werden. Dieser soziale Gradient weist auf mögliche strukturelle Barrieren in der beruflichen Reintegration hin. Limitiert werden die Analysen durch fehlende medizinische Informationen zur Behandlungsart sowie tumorspezifischen Informationen.

## **Take-Home-Message**

Trotz hoher Arbeitsunfähigkeit am Reha-Ende kehren 71 % der Frauen mit Brustkrebs innerhalb von zwei Jahren nachhaltig ins Erwerbsleben zurück, jedoch mit deutlichen berufsspezifischen Unterschieden: körperlich belastende, wenig flexible Tätigkeiten erreichen seltener eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit, während Fach- und Führungskräfte häufiger zurückkehren.

## **Literatur**

- Schellack, S., Kowalski, C., Nowossadeck, E., Barnes, B. (2023): Krebsneuerkrankungen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. *Forum*, 38(4), 265–268.  
<https://doi.org/10.1007/s12312-023-01223-7>
- Tamminga, S. J., Wind, A. de, Greidanus, M. A., Coenen, P., Friberg, E., Oldenburg, H. S. A., Duijtsa, S. F., Boera, A. G. de. (2025): Prognostic factors for return to work in breast cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD015124.pub2>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund



# Effekte der Reha-Nachsorge-Website Onko-Vital auf das Bewegungs- und Entspannungsverhalten bis zu neun Monate nach Entlassung aus der onkologischen Rehabilitation.

Heike Kähnert<sup>1</sup>; Birgit Leibbrand<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney (IfR);

<sup>2</sup> Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

## Hintergrund und Zielstellung

Digitale Nachsorge ist entscheidend, um Reha-Erfolge nachhaltig zu sichern. Sie ermöglicht eine schnelle Fortführung der Therapie, regelmäßige Zielüberprüfung und flexible Nutzung. Die Website Onko-Vital, entwickelt für die onkologische Reha-Nachsorge am IfR Norderney Abt. Bad Salzuflen, verfolgt das Ziel, PatientInnen bei der Umsetzung ihrer Nachsorgeziele zu unterstützen (Kähnert, Leibbrand, 2024). Vorgestellt werden Ergebnisse einer RCT-Studie zu den Auswirkungen von Onko-Vital (OV) auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher Nachsorgeziele sowie dem Entspannungs- und Sportverhalten bis zu neun Monaten nach einer stationären Rehabilitation.

## Methoden

Rehabilitanden wurden zufällig einer Kontrollgruppe (n=120) oder Interventionsgruppe (n=100) zugeordnet. Beide Gruppen absolvierten das Reha-Programm. Die IG erhielt zusätzlich die OV-Schulung, Einzelberatung „Nachsorgeziele“ und einen sechsmonatigen Zugang zur OV-Website; die KG bekam lediglich ein Seminar zur Internet-Recherche und kein digitales Nachsorgeangebot. Schriftliche Befragungen erfolgten zu Beginn (T1) sowie 3 (T3), 6 (T6) und 9 (T9) Monate nach Entlassung. Erhoben wurden die Umsetzung der Nachsorgeziele (Zielerreichung von 0 % bis 100 % in Anlehnung an die Goal Attainment Scale) (Kiresuk, Sherman, 1968) sowie das Entspannungs- und Sportverhalten (Fuchs et al., 2015). Für den Gruppenvergleich kamen Chi-Quadrat-Tests und Kovarianzanalysen (Intention-to-treat) zum Einsatz.

## Ergebnisse

Über 95 % der Teilnehmenden setzten sich Nachsorgeziele im Bereich körperliche Aktivität. Mehr als drei Viertel nannten Ziele zur mentalen Gesundheit, etwa den Umgang mit Stress (79 %) oder Fatigue (75 %) und mehr als ein Viertel zu therapiebedingten Nebenwirkungen wie Polyneuropathie (39 %). 74 % wollten ihre Ernährung gesünder gestalten. Bis zu neun Monate nach der Reha setzten signifikant mehr IG-Teilnehmende als KG-Teilnehmende ihre Sportziele um (T9: IG=62 %; KG=42 %,  $p \leq 0,01$ ,  $\phi=0,203$ ). Auch die Zielumsetzung zum Umgang mit Stress (T9: IG=57 %; KG=40 %,  $p \leq 0,05$ ,  $\phi=0,167$ ) und Fatigue (T9: 52 % vs. 30 %,  $p \leq 0,01$ ,  $\phi=0,225$ ) waren in der IG signifikant höher als in der KG. Keine Gruppenunterschiede zeigten sich bei den Zielen zur Ernährung und zu den therapiebedingten Nebenwirkungen.

In der Gesamtstichprobe (n=220) stieg der Anteil der Personen, die regelmäßig Entspannungsübungen, wie Autogenes Training, Qi-Gong oder Yoga durchführten, von 16 % zu T1 auf 35 % zu T9. Die IG zeigte dabei über alle Messzeitpunkte signifikant höhere Werte als die KG (T3: IG=49 %; KG=29 %,  $p < 0,01$ ;  $\phi=0,203$  / T6: IG=50 %; KG=20 %,  $p < 0,001$ ;

$\phi=0,319$  / T9: IG=43 %; KG= 27 %,  $p < 0,05$ ,  $\phi=0,172$ ). Von den Teilnehmenden, die zu T1 keine Entspannungsübungen ausgeführt haben, führten zu allen Katamnesemesszeitpunkten mehr IG-Teilnehmende als KG-Teilnehmende Entspannungsübungen durch (T3: IG=41 %; KG=21 %,  $p < 0,01$ ;  $\phi=0,210$  / T6: IG=67 %; KG=43 %,  $p < 0,001$ ;  $\phi=0,310$  / T9: IG=34 %; KG= 19 %,  $p < 0,05$ ,  $\phi=0,158$ ).

Zu Reha-Beginn trieben etwa 40 % der Teilnehmenden Sport (IG: 42 %, KG: 39 %). Über die Zeit stieg der Anteil Sporttreibender in der IG stärker an als in der KG (T3: IG=75 %, KG=58 %,  $p \leq 0,01$ ,  $\phi=0,175$  / T6: IG=73 %, KG=59 %;  $p \leq 0,05$ ,  $\phi=0,145$  / T9: IG=69 %, KG=53 %,  $p \leq 0,05$ ,  $\phi=0,151$ ). Besonders bei vormals sportlich inaktiven Teilnehmenden (T1) waren die Anteile Sporttreibender zu allen weiteren Messzeitpunkten in der IG deutlich höher als in der KG (T3: IG=62 %; KG=42 %,  $p < 0,05$ ;  $\phi=0,219$  / T6: IG=67 %; KG=43 %,  $p < 0,01$ ;  $\phi=0,247$  / T9: IG=60 %; KG= 38 %,  $p < 0,05$ ,  $\phi=0,219$ ).

Zudem erhöhte die IG ihre wöchentliche Sportzeit von 79 (T1) auf 135 Minuten (T9) ( $p < 0,01$ ;  $d=-0,323$ ), während die KG nur einen Anstieg von 74 (T1) auf 84 Minuten/ Woche (T9) verzeichnete ( $p=0,458$ ;  $d=-0,067$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse belegen, dass die Nachsorge-Website Onko-Vital eine effektive digitale Intervention darstellt. Sie unterstützt PatientInnen dabei, ihre Nachsorgeziele zu erreichen und Sport- sowie Entspannungsübungen in den Alltag zu integrieren. Zukünftig sind weitere Studien mit größeren Stichproben sowie Optimierungen der Website geplant, um Onko-Vital perspektivisch in die Routineversorgung zu überführen.

## **Take-Home-Message**

Onko-Vital hilft onkologische PatientInnen, ihre Nachsorgeziele zu erreichen und gesundes Verhalten zu fördern.

## **Literatur**

- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., Seelig, H. (2015): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23, 60-76.
- Kähnert, H., Leibbrand, B. (2024): Auswirkungen der onkologischen Reha-Nachsorge Website Onko-Vital auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher Nachsorgeziele. DRV-Schriften 130: 112-113.
- Kiresuk, T. J., Sherman, R. R. (1968): Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programms. Community Mental Health Journal; 4: 443–453.

Interessenkonflikt: Frau Dr. Leibbrand ist Vorstandsvorsitzende des VfR, Norderney

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

# Evaluation of Socio-Medical Work Capacity Assessment in Colorectal Cancer Patients in German Rehabilitation Clinics

*Tomislav Vlaski<sup>1</sup>; Reiner Caspari<sup>2</sup>; Harald Fischer<sup>3</sup>; Tanja Trarbach<sup>4</sup>; Marija Slavic<sup>1</sup>; Hermann Brenner<sup>1</sup>; Ben Schöttker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ);

<sup>2</sup> Klinik Niederrhein, Deutsche Rentenversicherung Rheinland;

<sup>3</sup> Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen; <sup>4</sup> Reha-Zentrum am Meer

## Hintergrund und Zielstellung

Return to work (RTW) is vital in oncological rehabilitation and social reintegration for patients with colorectal cancer (PwCRC). In Germany, physicians perform a socio-medical assessment of work capacity (SMWC) at the end of inpatient rehabilitation to determine the patient's current ability to work. However, SMWC isn't designed to predict long-term RTW, and its use isn't standardized. We evaluated SMWC's accuracy in predicting RTW nine months post-rehab and gathered physicians' opinions on potential improvements, including a structured checklist.

## Methoden

We combined data from two sources: (1) a nationwide online survey of physicians involved in oncological rehabilitation (n = 38) and (2) longitudinal data from a prospective multicentre cohort of n = 172 patients with colorectal cancer participating in the MIRANDA study (Vlaski et al., 2023). Physicians were recruited from all 62 German rehabilitation clinics offering cancer rehabilitation for patients with colorectal cancer and provided information on their professional background, frequency and duration of SMWCs, use of validated instruments, and openness to implementing a standardized checklist.

Eligible cohort participants were ≤ 65 years, employed before diagnosis, and completed a nine-month follow-up. The SMWC classification ("≥ 6 h", "3–6 h", "< 3 h per day") was dichotomized into sufficient (≥ 3 h) versus insufficient work ability. Predictive validity for actual RTW was examined using sensitivity, specificity, predictive values, and overall accuracy. Work ability at follow-up was quantified using the Work Ability Index (WAI; Bethge et al., 2012).

## Ergebnisse

Physician survey: Most respondents specialised in internal medicine or oncology and routinely conducted SMWCs. Only half (50 %) reported using validated instruments. Physicians estimated that approximately two-thirds of patients they rated as "able to work" would actually return to work. A majority (73 %) at least partly agreed that a standardized checklist could improve assessment quality, and nearly all (92 %) would use one if it required no more than ten minutes. The principal concern was that such a checklist might be perceived as bureaucratic rather than time-consuming.

Patient cohort: The median age was 56 years (IQR 52–60), and 60 % were men. At discharge, 97 % were judged able to work at least six hours per day. Nine months later, 70 % had returned to work. The SMWC demonstrated high sensitivity (98 %) but very low specificity (6 %) for predicting RTW, resulting in an overall accuracy of 71 %. Among those who resumed

work, two-thirds reported poor-to-moderate work ability, indicating persisting functional limitations. Of the 102 participants who had been employed full-time before diagnosis, 75 (74 %) remained in full-time employment and 27 (26 %) shifted to part-time work.

## **Diskussion und Fazit**

The current SMWC markedly overestimates the proportion of PwCRC who successfully return to work after rehabilitation. Its low specificity reflects its design as a point-in-time clinical judgment of physical capacity at discharge rather than a prognostic tool for long-term employment outcomes. Several factors likely contribute to the overestimation: the relatively low threshold for classification as “fit for work” ( $\geq 3$  h/day of light activity), the absence of standardized criteria, and the reliance on subjective physician judgment. Psychosocial sequelae, fatigue, cognitive strain, emotional distress, and stoma-related challenges are frequently underestimated, despite their established influence on RTW (Zhao et al., 2023).

Nevertheless, physicians are aware of these limitations and expressed broad support for a concise, evidence-based checklist that could complement clinical judgment without adding administrative burden. Such an instrument should integrate physical, psychological, and social dimensions relevant for sustainable employability and could be developed through a consensus-based Delphi process. Embedding the checklist into existing frameworks would enhance comparability and transparency.

## **Take-Home-Message**

The current socio-medical assessment substantially overestimates return-to-work rates in colorectal cancer rehabilitation; a concise, evidence-based checklist could improve its predictive accuracy and consistency.

## **Literatur**

- Bethge, M., Radoschewski, F. M., Gutenbrunner, C. (2012): The Work Ability Index as a screening tool to identify the need for rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(11), 980–987.
- Vlaski, T., Schöttker, B., Caspari, R., Fischer, H., Trarbach, T., Slavic, M., Brenner, H. (2023): Development trajectories of fatigue, quality of life, and the ability to work among colorectal cancer patients in the first year after rehabilitation – First results of the MIRANDA study. *Cancers (Basel)*, 15(12).
- Zhao, J. Y., Zhang, Y., Li, Y., Hu, X. (2023): Colorectal cancer survivors' experiences of return to work: A meta-synthesis of qualitative studies. *European Journal of Oncology Nursing*, 63, 102284.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, grant number: 8-11-1-6-31/31.136.1.

# Exploration gesundheitsbezogener Verlaufsprofile in der onkologischen Anschlussrehabilitation bei Brustkrebs

*Mercedes Rutsch; Ruth Deck*

Universität zu Lübeck

## Hintergrund und Zielstellung

Mit einer Brustkrebserkrankung und -therapie gehen zahlreiche gesundheitliche Einschränkungen einher, u. a. physische und psychische Probleme (Schmerzen, Fatigue, Depressivität, Ängste) sowie funktionale und soziale Einschränkungen (Kasgri et al., 2024). Um Folgestörungen einer Tumorerkrankung zu mindern oder zu beseitigen, können Betroffene nach der Erstbehandlung eine Anschlussrehabilitation wahrnehmen (DRV Bund, 2024). Im Reha-Verlauf verbessert sich die physische und psychische Gesundheit sowie Lebensqualität der Rehabilitandinnen in einem statistisch signifikanten Ausmaß, jedoch reduzieren sich im 1-Jahres-Follow-up die erreichten Effekte wieder (Rutsch et al., 2025). Ziel der Untersuchung ist die Identifizierung und Beschreibung von Rehabilitandinnengruppen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Verlaufsprofilen.

## Methoden

Die Basis der Analyse bildet der Datensatz einer explorativen Interventionsstudie zur Reha-Nachsorge in der onkologischen Anschlussrehabilitation (Rutsch et al., 2025). Rehabilitandinnen mit Brustkrebs im Alter von 18 bis 60 Jahren wurden am Anfang und Ende der Reha sowie ein Jahr danach mit standardisierten Fragebögen zu Patient Reported Outcomes (PROs) befragt.

Die Clusterbildung erfolgte auf Grundlage der Längsschnittdaten zu Teilhabebeeinträchtigungen (IMET), globaler Lebensqualität (EORTC QLQ-C30), physischer Fatigue (EORTC QLQ-FA12) und Depressivität (CES-D). Nach z-Standardisierung erfolgte zunächst die Ermittlung der Clusteranzahl mittels hierarchischer Clusteranalyse nach Ward-Verfahren. Anschließend wurde eine k-Means Clusteranalyse zur Clusterbildung gerechnet. Gruppenunterschiede zwischen den identifizierten Clustern wurden mit Chi-Quadrat-Tests und Varianzanalysen mit post hoc-Paarvergleichen geprüft.

## Ergebnisse

Auf Basis vollständiger Datensätze wurden 437 von 493 Rehabilitandinnen in die Analyse einbezogen. Die Clusteranalyse ergab eine Gruppierung in Rehabilitandinnen mit niedrigem Beschwerdeprofil (Cluster 1; N = 171), mittlerem Beschwerdeprofil (Cluster 3; N = 182) und hohem Beschwerdeprofil (Cluster 2; N = 84).

Die Rehabilitandinnen waren clusterübergreifend Ø51 Jahre alt. Soziodemographisch unterschieden sich die Rehabilitandinnen beim Schulabschluss und bei der Erwerbstätigkeitsquote zu Reha-Beginn ( $p < 0,01$ ), wobei Rehabilitandinnen aus Cluster 2 immer die ungünstigsten Merkmalsausprägungen aufwiesen. Während 90 % der Rehabilitandinnen aus Cluster 1 und 3 ein Jahr nach der Rehabilitation erwerbstätig waren, gingen lediglich 61 % der Rehabilitandinnen aus Cluster 2 einer Beschäftigung nach ( $p < 0,001$ ). Die gemischte ANOVA wies für alle vier Outcomes Interaktionseffekte mit kleiner Effektstärke auf ( $p < 0,001$ ).

Rehabilitandinnen aus Cluster 2 waren zeitunabhängig am stärksten von Teilhabe-einschränkungen, Depressivität, Fatigue und Einschränkungen der Lebensqualität betroffen, gefolgt von Rehabilitandinnen des Clusters 3 und 1 (s. Abb. 1).

Die Rehabilitandinnen unterschieden sich weiterhin in der Anzahl an Komorbiditäten mit durchschnittlich 1,9 (Cluster 1), 2,5 (Cluster 3) und 3,4 (Cluster 2) diagnostizierten Erkrankungen ( $p < 0,001$ ). Rehabilitandinnen in Cluster 2 wiesen häufiger Asthma (28 %), chronische Bronchitis (11 %), Arthrose (32 %), Depressionen (47 %) und andere psychische Erkrankungen (24 %) auf als die beiden anderen Cluster ( $p < 0,01$ ). Während Rehabilitandinnen aus Cluster 2 seltener Ausdauersport und Kraftausdauertraining in der Rehabilitation nutzten, nahmen sie häufiger psychologische Beratung bzw. Therapie in Anspruch ( $p < 0,01$ ). Ein Jahr nach der Rehabilitation empfanden 77 % der Rehabilitandinnen in Cluster 2 den eigenen Reha-Erfolg als gut bis ausgezeichnet, gegenüber 93 % Zustimmung in Cluster 1 und 3 ( $p < 0,001$ ).

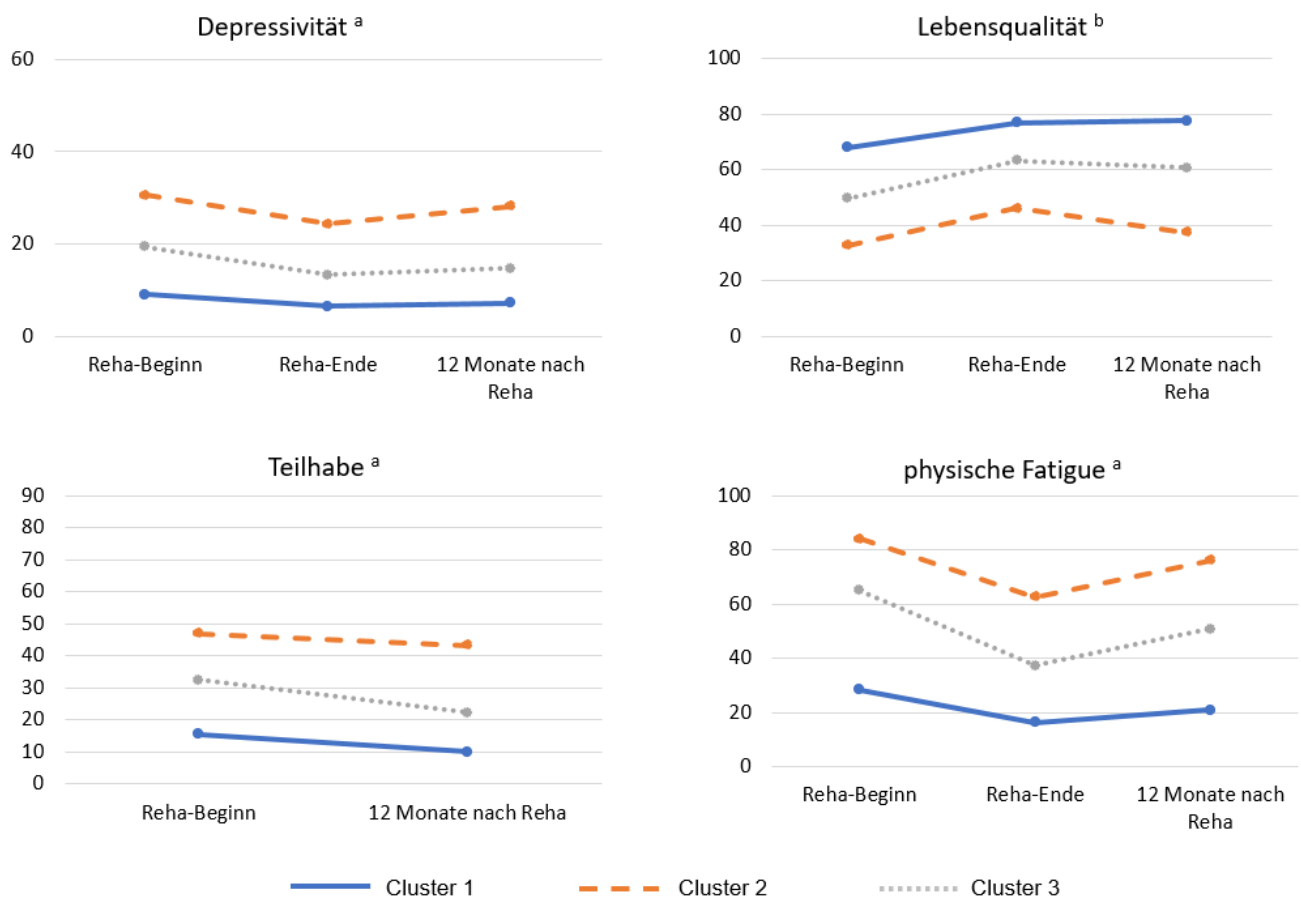


Abbildung 1: gesundheitlicher Verlauf differenziert nach Cluster

Legende: a hohe Werte stehen für hohe Beeinträchtigungen, b niedrige Werte stehen für hohe Beeinträchtigungen

## Diskussion und Fazit

Die Clusteranalyse ergab eine Einteilung in Rehabilitandinnen mit niedrigem, mittleren und hohem Beschwerdeprofil. Neben den PROs zeigten sich Unterschiede in Anzahl und Art der Komorbiditäten, dem Erwerbsstatus sowie Bildungsgrad. Rehabilitandinnen des Clusters 2

weisen die höchsten gesundheitlichen und psychosozialen Einschränkungen auf. Das Reha-Angebot scheint bereits zu einem gewissen Grad auf das Beschwerdeprofil der hoch belasteten Rehabilitandinnen (Cluster 2) abgestimmt zu sein, der geringere subjektive Reha-Erfolg deutet jedoch auf existierende Optimierungspotenziale hin.

Rehabilitandinnen mit höheren Einschränkungen und Komorbiditäten sollten frühzeitig identifiziert werden, sodass passende Interventionen eingeleitet und die Ressourcen in der Rehabilitation (Personal, Therapieangebot) zielgerichtet eingesetzt werden können. Möglicherweise könnten Rehabilitandinnen des Clusters 2 von einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) profitieren, die neben einer somatischen Diagnose eine psychische Komorbidität voraussetzt und eine vierwöchige Reha-Maßnahme mit Bezugsgruppe und -therapeut\*in umfasst. Weiterhin zeigten die Längsschnittdaten insbesondere unter Rehabilitandinnen mit mittleren und hohen Beschwerdeprofil einen Anstieg der Einschränkungen im Follow-up.

### **Take-Home-Message**

Etwa ein Fünftel der Rehabilitandinnen zeigt hohe und langanhaltende gesundheitliche Einschränkungen sowie einen geringeren Reha-Erfolg, was auf einen erhöhten Bedarf an stärker individualisierten Therapieangeboten hinweist.

### **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2024): Rehabilitation nach Tumorerkrankungen. Retrieved from [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/rehabilitation\\_nach\\_tumorerkrankungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/rehabilitation_nach_tumorerkrankungen.pdf?__blob=publicationFile&v=4)
- Kasgri, K. A., Abazari, M., Badeleh, S. M., Badeleh, K. M., Peyman, N. (2024): Comprehensive Review of Breast Cancer Consequences for the Patients and Their Coping Strategies: A Systematic Review. *Cancer Control*, 31, 10732748241249355.
- Rutsch, M., Hoffmann, A.-C., Steimann, M., Knauth, K., Fritsche-Huth, H., Doll, C., Brandes, I., Deck, R. (2025): Evaluation einer bewegungsfördernden digitalen Reha-Nachsorge in der onkologischen Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. doi.org/10.1007/s11553-025-01224-5

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Umsetzung einer intensivierten, bedürfnisorientierten Beratungsintervention zur Rückkehr und dem Verbleib in Arbeit durch Berufslots\*innen in Krebsberatungsstellen – Qualitative Ergebnisse der CARES Machbarkeitsstudie zu Kommunikation und Beziehungsaufbau**

*Kati Hiltrop<sup>1</sup>; Paula Heidkamp<sup>2</sup>; Lina Heier<sup>3</sup>; Hannah Lange<sup>4</sup>; Jannika Rother<sup>1</sup>;  
Sophie Schellack<sup>4</sup>; Christoph Kowalski<sup>4</sup>; Nicole Ernstmann<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Köln; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Bonn;

<sup>3</sup> Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf / Universitätsklinikum Düsseldorf;

<sup>4</sup> Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

## **Hintergrund und Zielstellung**

Bei etwa 35 % der Krebsbetroffenen erfolgt die Diagnose im erwerbsfähigen Alter (Schellack et al., 2023). Der Erwerbstätigkeit kommt, u. a. zur Sicherung der sozialen Teilhabe und des Lebensunterhaltes, eine zentrale Rolle zu (Butow et al., 2020). Rückkehraten von bis zu 74 % und ein erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit deuten auf Herausforderungen bei der Rückkehr und dem Verbleib im Beruf hin (Lieb et al., 2022; Mehnert, 2011). Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen (KBS) sind eine Anlaufstelle für Betroffene, in denen bereits zu den Themen berufliche Wiedereingliederung und Verbleib in Arbeit beraten wird. Die Ressourcen für diese Aufgaben sind jedoch begrenzt. Ziel der CARES Studie (Cancer rehabilitation support by cancer counseling centers) war vor diesem Hintergrund die Entwicklung, Pilotierung und Evaluation einer intensivierten, bedürfnisorientierten Beratungsintervention zu Rückkehr und Verbleib im Beruf (Berufslots\*innen-Programm) für Krebsbetroffene in KBS. Zentrale Bestandteile der Beratungsintervention sind die Herstellung einer offenen Kommunikationssituation sowie der Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung. Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, wie die Interventionsbestandteile während der Pilotierungsphase praktisch umgesetzt wurden.

## **Methoden**

Es handelt sich um eine Machbarkeitsstudie mit einem sequenziellen quasi-experimentellen prä-post Design. Zunächst wurde die intensivierte Beratungsintervention entwickelt und anschließend in 18 KBS pilotiert. Neben einer summativen Evaluation wurde eine formative Evaluation durchgeführt, die im Zentrum dieses Beitrages steht. Die formative Evaluation umfasste leitfadengestützte Interviews mit Ratsuchenden der Interventionsgruppe (n=16), Beratungsfachkräften (n=11, den „Berufslots\*innen“) sowie teilnehmende Beobachtungen von Beratungsgesprächen (n=7). Die Auswertung der transkribierten Interviews und Beobachtungsprotokolle wurde gemeinsam mittels Template Analysis (King, 2004) durchgeführt. Die Kodierung erfolgte induktiv.

## **Ergebnisse**

Die interviewten Ratsuchenden waren im Durchschnitt 52 Jahre alt, 56 % davon weiblich. Die befragten Berufslots\*innen hatten ein Durchschnittsalter von 41 Jahren, verfügten über durchschnittlich 7 Jahre Berufserfahrung und 82 % waren weiblich. Das finale Template umfasste 10 Haupt- und 62 Unterthemen. Insgesamt kommunizierten die Berufslots\*innen offen, indem sie den Ratsuchenden z. B. bewusst Raum gaben und zuhörten. Es kam auch



zu geschlossener Kommunikation, z. B. aneinander vorbeireden. Bezüglich des Vertrauens empfanden die Ratsuchenden die Berufslots\*innen zwischenmenschlich sowie fachlich kompetent, engagiert, vertrauensvoll und neutral. Die Ratsuchenden nahmen darüber hinaus wahr, dass die Berufslots\*innen sich für Ihre Belange einsetzten und sich ausreichend Zeit nahmen. Es wurde von einer offenen Gesprächsatmosphäre berichtet, in der die Ratsuchenden alle ihre Anliegen thematisieren konnten.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Interventionsbestandteile der Etablierung einer offenen Kommunikationssituation und des Vertrauensaufbaus in der Praxis umgesetzt wurden. Die Art der Kommunikation und das Auftreten der Berufslots\*innen wurden von den Ratsuchenden insgesamt positiv wahrgenommen. Sie profitieren von der instrumentellen, informativen und emotionalen Unterstützung durch eine als unabhängig wahrgenommene Kontaktperson.

## **Take-Home-Message**

Die vorliegenden Ergebnisse der formativen Evaluation deuten auf die Machbarkeit des Berufslots\*innen-Programms hin und legen nahe, dass die Ratsuchenden von der intensivierten, bedürfnisorientierten Beratung profitieren konnten.

## **Literatur**

- Butow, P., Laidsaar-Powell, R., Konings, S., Lim, C. Y. S., Koczwara, B. (2020): Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 14(2), 114–134. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00828-z>
- King, N. (2004): Using Templates in the Thematic Analysis of Text. In C. Cassell, G. Symon (Hrsg.), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research* (S. 256–270). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446280119.n21>
- Lieb, M., Wunsch, A., Schieber, K., Bergelt, C., Faller, H., Geiser, F., Goerling, U., Hönig, K., Hornemann, B., Maatouk, I., Niecke, A., Stein, B., Teufel, M., Wickert, M., Büttner-Teleagă, A., Erim, Y., Weis, J. (2022): Return to work after cancer: Improved mental health in working cancer survivors. *Psycho-oncology*, 31(6), 893–901. <https://doi.org/10.1002/pon.5877>
- Mehnert, A. (2011): Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in oncology/hematology*, 77(2), 109–130. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.004>
- Schellack, S., Kowalski, C., Nowossadeck, E., Barnes, B. (2023). Krebsneuerkrankungen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. *Forum*, 38(4), 265–268. <https://doi.org/10.1007/s12312-023-01223-7>

Interessenkonflikt: Hannah Lange, Sophie Schellack und Christoph Kowalski sind Mitarbeitende der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

### Ein Machine-Learning-Ansatz zur Prädiktion der körperlichen Leistungsfähigkeit bei KHK-PatientInnen basierend auf Pulswellenanalyse und Spiroergometrie

*Boris Schmitz<sup>1</sup>; Hendrik Schäfer<sup>1</sup>; Vassilis Tsakanikas<sup>2</sup>; René Garbsch<sup>1</sup>; Mona Kotewitsch<sup>1</sup>; Marc Teschler<sup>1</sup>; Dimitrios Fotiadis<sup>2</sup>; Frank Mooren<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen; <sup>2</sup> Universität von Ioannina

#### Hintergrund und Zielstellung

Die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch Bewegungstraining in der kardiologischen Rehabilitation ist eine Klasse-1A-Leitlinienempfehlung. Eine hohe Anzahl an PatientInnen profitiert jedoch nicht im vollen Umfang und eine nennenswerte Leistungssteigerung im Sinne des Rehabilitationsziels bleibt aus (De Schutter et al., 2018). Diese PatientInnen werden auch als Non-Responder (NR) beschrieben. Es ist anzunehmen, dass bei diesen PatientInnen das Risiko für künftige kardiovaskuläre Ereignisse erhöht ist. Eine frühzeitige Identifizierung der NR könnte zu einer individuell optimierten Therapie im Sinne der personalisierten Medizin beitragen. Unser Ziel war es, ein Vorhersagemodell mittels maschinellern Lernen (ML) zur frühzeitigen Identifizierung von NR basierend aus kombinierten klinischen Daten sowie Daten aus der Pulswellenanalyse (PWA) und kardiopulmonalen Belastungstestung zu entwickeln.

#### Methoden

Im Rahmen der longitudinalen PrädiktoR-Studie wurden PatientInnen mit koronarer 1- bis 3-Gefäßerkrankung (ICD-10 I25.xx) mit oder ohne Myokardinfarkt, einschließlich interventioneller Verfahren (Stentimplantation, aortokoronarer Bypass) eingeschlossen. Die Datenerhebung erfolgt zu zwei Zeitpunkten (T0: Beginn, T1: nach Rehabilitationsabschluss) wobei nur Daten zu T0 (baseline) für die Modellierung verwendet wurden. Die kardiorespiratorische Fitness wurde über die submaximale und maximale Sauerstoffaufnahme mittels Spiroergometrie bestimmt. Hämodynamische Parameter wurden mittels PWA erhoben, um Informationen zur vaskulären Funktion und arteriellen Gefäßsteifigkeit zu gewinnen. Eine Responderanalyse wurde für die maximale Sauerstoffaufnahme (VO<sub>2</sub>peak) unter Verwendung der Typical-Error-(TE)-Methode mit  $TE = SD_{diff}/\sqrt{2}$ , wobei  $SD_{diff}$  die Standardabweichung der Differenzwerte von zwei wiederholten Messungen darstellt. PatientInnen wurden als Responder (R) definiert, wenn eine Zunahme von  $> 1 \times TE$  festgestellt wurde. Alle anderen PatientInnen wurden als NR definiert. Für die Analyse wurden 393 KHK-PatientInnen nach stationärer Rehabilitation mit vollständigen Datensätzen eingeschlossen. Die verwendeten ML-Modelle umfassten 10 verschiedene Algorithmen (Light GBM, XGBoost, Random Forest, Gradient Boosting, Ada Boost, Logistic Regression, Support Vector Machine, K-Nearest Neighbors, Decision Tree und Naive Bayes) welche als supervised learning durchgeführt wurden um primär die klinisch

relevante Verbesserung der  $\text{VO}_2\text{peak}$  vorherzusagen. Pro Patient wurden initial 137 Variablen für ihre prädiktive Kapazität getestet. Der Datensatz wurde wiederholt in verschiedene Trainings- und Testsets aufgeteilt und es wurde eine 10-fache Kreuzvalidierung angewendet. Vorhersagen wurden mittels der modell-agnostischen SHapley Additive exPlanation-(SHAP)-Methodik erklärt.

## **Ergebnisse**

Nach Datenbereinigung wurden 353 Patienten (20,4 % Frauen) mit einem Durchschnittsalter von  $55,8 \pm 7,1$  Jahren in die Analyse eingeschlossen, und 128 Patienten (36,3 %) wurden als Responder klassifiziert. Responder wiesen eine mittlere Zunahme der  $\text{VO}_2\text{peak}$  von  $3,7 \pm 2,0$  ml/min/kg auf, während 225 NR-Patienten (63,7 %) mit einer Veränderung von  $-0,1 \pm 1,8$  ml/min/kg identifiziert wurden. Beide Gruppen unterschieden sich weder in Alter, BMI, oder Geschlecht ( $p=0,275$ ). Auch in Bezug auf klinische Merkmale bestanden keine signifikanten Unterschiede einschließlich Myokardinfarkt, Hypertonie, Dyslipidämie oder der linksventrikulären Ejektionsfraktion (alle  $p \geq 0,156$ ). Medikationen und aus der PWA abgeleitete Variablen waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Ebenso war die körperliche Leistungsfähigkeit ( $\text{VO}_2\text{peak}$ ) zu Beginn zwischen den Gruppen vergleichbar (R,  $18,5 \pm 4,5$  ml/min/kg; NR,  $19,1 \pm 4,6$  ml/min/kg,  $p=0,318$ ). Beide Gruppen nahmen zudem ähnlich häufig an Bewegungstherapien teil (R:  $93,6 \pm 7,5$  %; NR:  $92,6 \pm 9,3$  %;  $p=0,76$ ). Für das Vorhersagemodell lieferte Random Forest die beste mittlere balancierte Genauigkeit von  $77 \pm 2,5$  %. Der mittlere AUC-Wert der ROC-Analyse während der Kreuzvalidierung betrug  $84 \pm 3,2$  %. Die Modellevaluierung der repräsentativen Testaufteilung zeigte eine korrekte Identifizierung von True Positives und True Negatives von jeweils 77 %. Im Vergleich erreichten die Logistische Regression und Support Vector Machine jeweils eine mittlere Genauigkeit von 73 %. Die Analyse der SHAP-Werte identifizierte die Atemreserve und Atemfrequenz, Sauerstoffaufnahme kombiniert mit Pulswellengeschwindigkeit, Herzzeitvolumen und Augmentationszeit bei Aufnahme als einflussreichste Merkmale. Die Primärdiagnose und Krankheitsschwere hatten nur begrenzten Einfluss auf das Modell.

## **Diskussion und Fazit**

Diese Studie zeigt das Potenzial von ML-Ansätzen, die individuelle Anpassungsreaktion auf bewegungstherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen vorherzusagen. Unsere Ergebnisse und das entwickelte Modell können Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, Therapien individuell zu optimieren, Behandlungsergebnisse zu verbessern und Ressourcen effizienter einzusetzen. Nachfolgende randomisierte kontrollierte Studien werden zeigen, ob auf der Prädiktion basierende angepasste Interventionen zu einer klinisch relevanten Verbesserung und somit einer Reduzierung der Anzahl der NR führen.

## **Take-Home-Message**

Basierend auf gängigen Untersuchungsparametern aus Pulswellenanalyse und Spiroergometrie wurde mittel Machine Learning ein Modell zur Vorhersage der körperlichen Anpassungsreaktion bei KHK-PatientInnen in der Rehabilitation generiert.

## Literatur

De Schutter, A., Kachur, S., Lavie, C. J., Menezes, A., Shum, K. K., Bangalore, S., Arena, R., Milani, R. V. (2018): Cardiac rehabilitation fitness changes and subsequent survival. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2018 Jul 1;4(3):173-179. doi: 10.1093/ehjqcco/qcy018.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Europäische Union

## Einsatz von extrazellulären Vesikeln zur Prädiktion der Leistungsfähigkeit von Patient:innen mit KHK in der kardialen Rehabilitation

*Frank Mooren<sup>1</sup>; Carolina Balbi<sup>2</sup>; René Garbsch<sup>1</sup>; Marc Teschler<sup>1</sup>; Boris Schmitz<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen; <sup>2</sup> Universität Zürich

### Hintergrund und Zielstellung

Die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch Bewegungstraining in der kardiologischen Rehabilitation ist eine Klasse-1A-Leitlinienempfehlung. Eine erhebliche Anzahl an Patient:innen profitiert jedoch nicht im vollen Umfang und eine nennenswerte Leistungssteigerung im Sinne des Rehabilitationsziels bleibt aus (De Schutter et al., 2018). Diese Patient:innen werden auch als Non-Responder (NR) beschrieben. Es ist anzunehmen, dass bei diesen Patient:innen das Risiko für künftige kardiovaskuläre Ereignisse erhöht ist. Eine frühzeitige Identifizierung der NR könnte zu einer individuell optimierten Therapie im Sinne der personalisierten Medizin beitragen. Funktionelle, blutbasierte Biomarker – einschließlich extrazellulärer Vesikel – könnten zur Stratifizierung von Herzpatient:innen eingesetzt werden, um die kardiologische Rehabilitation individuell zu optimieren und die Ergebnisse zu verbessern. Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob zirkulierende extrazelluläre Vesikel die Ergebnisse der kardiologischen Rehabilitation bei Patient:innen mit koronarer Herzkrankheit (KHK) durch die Regulation vaskulärer Anpassungen an körperliches Training beeinflussen.

### Methoden

Die körperliche Leistungsfähigkeit von Patient:innen mit KHK (n = 416) wurde mittels Ergospirometrie vor und nach der stationären Rehabilitation bestimmt. Responder (R) wurden definiert als Patient:innen die sowohl eine signifikante Steigerung der submaximalen Leistungsfähigkeit (VO<sub>2</sub> an der ventilatorischen Schwelle 1) als auch der maximalen Leistungsfähigkeit (VO<sub>2</sub>peak) aufwiesen. Die Responderanalyse wurde unter Verwendung der Typical-Error-(TE)-Methode mit  $TE = SD_{diff}/\sqrt{2}$  durchgeführt, wobei SD<sub>diff</sub> die Standardabweichung der Differenzwerte von zwei wiederholten Messungen darstellt. Patient:innen wurden als R definiert, wenn eine Zunahme von > 2x TE bei beiden Parametern festgestellt wurde. Identifizierte R und NR wurden hinsichtlich bekannter Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Krankheitsausprägung, Art der Intervention, Zeit seit Ereignis/Intervention, Rauchstatus etc. gematcht. Das Serum der Patient:innen wurde mittels Nanopartikel-Tracking-Analyse auf Anzahl und Größe der zirkulierenden Vesikel sowie mittels

Durchflusszytometrie auf entzündungs- und gerinnungsassoziierte Oberflächenantigene der Vesikel untersucht. Zusätzlich wurde die microRNA-Konzentration der Vesikel analysiert. Isolierte Vesikel aus beiden Gruppen wurden auf humanen aortale Endothelzellen gegeben, um in vitro Veränderungen des zellulären Redoxstatus, die Angiogenese und die Bildung von Komponenten der extrazellulären Matrix zu untersuchen.

## **Ergebnisse**

Pro Gruppe wurden jeweils 20 männliche, vollständig gematchte, Patienten eingeschlossen (n = 40, mittleres Alter: 53,3 Jahre). Beide Gruppen absolvierten während der stationären Rehabilitation ein vergleichbares Trainingspensum (ermittelt über metabolische Äquivalente [METs]). Die Partikelanalyse zeigte eine erhöhte Anzahl zirkulierender extrazellulärer Vesikel in der NR-Gruppe im Vergleich zur R-Gruppe ( $p = 0,0120$ ). Vesikel aus der NR-Gruppe wiesen zudem eine höhere Konzentration an entzündlichen Oberflächenmarkern des Major Histocompatibility Complex I wie HLA-ABC sowie CD49e auf ( $p \leq 0,0475$ ). Bemerkenswerterweise waren die Oberflächenmarker CD31, CD62P und CD42a, welche mit kardiovaskulären Ereignissen assoziiert sind, bei NR im Vergleich zu R erhöht ( $p \leq 0,0359$ ). Vesikel aus der NR-Gruppe unterschieden sich zudem signifikant in der Konzentration an microRNA-126-3p im Vergleich zu R ( $p < 0,05$ ). In vitro-Assays mit aortalen Endothelzellen zeigten, dass Vesikel der NR-Gruppe oxidativen Stress induzierten, was sich durch eine erhöhte Dihydroethidiumfluoreszenz als Indikator für reaktive Sauerstoffspezies (ROS) ( $p = 0,0250$ ), sowie erhöhte Spiegel von MDA, 4-HNE, Nitrotyrosin und 8OHdG im Vergleich zu R zeigte (alle  $p < 0,0001$ ). Zudem beeinträchtigten Vesikel der NR-Gruppe Marker der Angiogenese in den aortalen Endothelzellen (Tube Formation, Nodes, etc.;  $p = 0,0155$ ) und förderten die Kollagenproduktion ( $p = 0,0192$ ), was auf eine funktionelle Beeinträchtigung der Gefäßintegrität und verstärkte Bildung der extrazellulären Matrix schließen lässt.

## **Diskussion und Fazit**

Individuelle Oberflächenmarkerprofile von zirkulierenden extrazellulären Vesikeln, insbesondere CD31, CD62P und CD42a, sind mit dem Ansprechen auf die kardiale Rehabilitation im Hinblick auf eine verbesserte Leistungsfähigkeit bei KHK-Patient:innen assoziiert. Die zugrunde liegenden Mechanismen beinhalten vermutlich oxidativen Stress und eine beeinträchtigte Gefäßfunktion, die durch extrazelluläre Vesikel in Patient:innen mit ausbleibender Anpassungsreaktion ausgelöst werden. Weitere Analysen sollen zeigen, ob diese Unterschiede auch in weiblichen Patientinnen beobachtet werden können. Nachfolgende Untersuchungen müssen klären, ob eine Verbesserung des systemischen oxidativen Status durch geeignet Interventionen, wie zum Beispiel die Gabe von flavonoidreichen Nahrungsergänzungsmitteln die Anpassung in Patient:innen aus der NR-Gruppe verbessern können.

## **Take-Home-Message**

Blutbasierte Biomarker wie extrazellulärer Vesikel könnten eingesetzt werden, um den Erfolg der kardiologischen Rehabilitation im Hinblick auf Leistungssteigerung vorherzusagen.

## Literatur

De Schutter, A., Kachur, S., Lavie, C. J., Menezes, A., Shum, K. K., Bangalore, S., Arena, R., Milani, R. V. (2018): Cardiac rehabilitation fitness changes and subsequent survival. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2018 Jul 1;4(3):173-179. doi: 10.1093/ehjqcco/qcy018.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## Metabolische Rehabilitation bei kardiovaskulären PatientInnen

*René Garbsch; Marc Teschler; Frank Mooren; Boris Schmitz*

Universität Witten/Herdecke / Klinik Königsfeld

### Hintergrund und Zielstellung

Die kardiologische Rehabilitation ist eine umfassende Intervention, die sowohl die physischen als auch die psychologischen Aspekte der koronaren Herzkrankheit (KHK) adressiert. Während die Effekte einer bewegungsbasierten Rehabilitation auf die kardiorespiratorische Fitness belegt sind (De Schutter et al., 2018), sind ihre metabolischen Effekte weniger gut untersucht. Diese Studie untersucht die Fettoxidation während körperlicher Belastung als Indikator der mitochondrialen Kapazität und deren potenzielle Anwendung für die Stratifizierung und Prädiktion des Rehabilitationserfolgs von KHK-PatientInnen.

### Methoden

Insgesamt wurden 458 KHK-PatientInnen (23 % Frauen, Alter:  $55,3 \pm 7,3$  Jahre) nach Myokardinfarkt und/oder einer Revaskularisation mittels perkutaner transluminaler Koronarangioplastie untersucht. Bei Aufnahme und vor Entlassung der 3–4-wöchigen bewegungsbasierten stationären Rehabilitation wurde eine kardiopulmonale Belastungstestung durchgeführt. Detaillierte breath-by-breath Daten der Spiroergometrie wurden verwendet, um stöchiometrisch die Substratoxidationsraten einschließlich der Fettoxidation (FatOx) zu ermitteln. Die Daten wurden anschließend relativ zur maximalen Sauerstoffaufnahme ( $VO_2$ peak) dargestellt. Eine Responderanalyse wurde für die submaximale und maximale Belastungskapazität basierend auf der  $VO_2$  an der ventilatorischen Schwelle 1 (VT1) und bei  $VO_2$ peak sowie für die maximale Fettoxidation (MFO) unter Verwendung der „Typical-Error“-Methode durchgeführt. Die MFO wurde mit Literaturwerten gesunder Kontrollpersonen und Daten aus anderen Krankheitsbildern verglichen. Für die Subgruppenanalyse wurde die mittlere Fläche unter der Kurve (AUC) für die FatOx sowie die lineare Regression von bis zur MFO berechnet.

### Ergebnisse

Die PatientInnen wurden mit einer deutlichen Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowohl bei submaximaler ( $12,5 \pm 3,1$  ml/min/kg;  $57,4 \pm 19,8$  % des Referenzwerts) als auch bei maximaler Belastung ( $18,8 \pm 4,6$  ml/min/kg;  $75,8 \pm 15,7$  % des Referenzwerts) zur Rehabilitation überwiesen. Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen

(MFO:  $0,46 \pm 0,17$  g/min) war die FatOx bei KHK-PatientInnen zu Beginn der Rehabilitation signifikant beeinträchtigt (MFO:  $0,32 \pm 0,15$ ,  $p < 0,001$ ; AUCpre: 9,7 [9,2–10,2]). Die Stratifizierung zeigte, dass eine eingeschränkte FatOx insbesondere bei Frauen, PatientInnen mit Ein-Gefäß-Erkrankung und vorangegangenen Myokardinfarkt ausgeprägter war (AUC: 6,9 [6,5–7,3], 8,6 [8,1–9,1] und 9,0 [8,6–9,5]). Während der Rehabilitation verbesserte sich die FatOx insgesamt signifikant (+14,3 %; AUC: 11,1 [10,6–11,7];  $p < 0,0001$ ), wobei Frauen, ältere PatientInnen und PatientInnen mit reduzierter Ejektionsfraktion deutlich geringere Verbesserungen zeigten (+8,0 %, +7,6 % und +8,7 %) und Männern, jüngere PatientInnen und PatientInnen mit normaler EF im Vergleich stärkere Verbesserungen aufwiesen (+15,9 %, +20,8 % und +15,6 %). Die Responder-Analyse ergab, dass 36 % der PatientInnen eine Verbesserung in  $VO_2@VT1$  zeigten, während sich 41 % in  $VO_{2peak}$  verbesserten. Zudem identifizierte die Responderanalyse eine Untergruppe von 10 % der PatientInnen, die weder eine Verbesserung in  $VO_2@VT1$  noch bei  $VO_{2peak}$  aufwiesen, jedoch eine signifikante Verbesserung der MFO zeigten (AUCpre: 8,4 [7,9–8,9], AUCpost: 16,0 [15,5–16,5]; +90,5 %).

## **Diskussion und Fazit**

KHK-PatientInnen zeigten eine verbesserte FatOx-Kapazität als Reaktion auf die bewegungsbasierte Rehabilitation, wobei die Verbesserungen bei Frauen, älteren PatientInnen und PatientInnen mit reduzierter EF geringer ausgeprägt waren. Zusätzlich zu den herkömmlichen Rehabilitationszielen, die auf einer gesteigerten körperlichen Leistungsfähigkeit im Sinne der verbesserten Sauerstoffaufnahme abzielen, kann die MFO als zusätzliches Ziel im Sinne der positiven metabolischen Anpassungen dienen und potentielle Responder identifizieren. Bei diesen PatientInnen kann so auf eine verbesserte mitochondriale Funktion auch beim Ausbleiben einer objektiven Leistungssteigerung geschlossen werden.

## **Take-Home-Message**

Die Analyse der Fettoxidation als zusätzlichem Parameter der kardiopulmonalen Belastungsuntersuchung eröffnet neue Möglichkeiten, KHK-PatientInnen hinsichtlich ihres metabolischen Rehabilitationspotenzials zu stratifizieren und Therapieerfolge zu dokumentieren.

## **Literatur**

De Schutter, A., Kachur, S., Lavie, C. J., Menezes, A., Shum, K. K., Bangalore, S., Arena, R., Milani, R. V. (2018): Cardiac rehabilitation fitness changes and subsequent survival. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2018 Jul 1;4(3):173-179. doi: 10.1093/ehjqcco/qcy018.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **PrädiktoR-Studie – Identifizierung bio-psycho-sozialer Prädiktoren einer effektiven kardialen Rehabilitation**

*Anna Dmitrieva; Marc Teschler; Rene Garbsch; Melina Waranski; Mona Kotewitsch;  
Hendrik Schäfer; Katalina Verecke; Gereon Böll; Boris Schmitz; Frank Mooren*

Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

## **Hintergrund und Zielstellung**

In der kardiologischen Rehabilitation gewinnt die Vorhersage kardiovaskulärer und funktioneller Langzeitergebnisse zunehmend an Bedeutung. Prädiktive Indikatoren könnten helfen, PatientInnen mit erhöhtem Risiko für unzureichende Leistungssteigerung („Non-Responding“) oder kardiovaskuläre Folgeereignisse (major adverse cardiac and cerebrovascular events; MACCEs) zu identifizieren und individuell angepasste Trainingskonzepte zu entwickeln. Seit Ende 2020 wird an der Klinik Königsfeld eine prospektive, explorative Langzeitbeobachtungsstudie („PrädiktoR“) zum Aufbau einer multidimensionalen bio-psycho-sozialen Datensammlung mit dem Ziel durchgeführt, prädiktive Modelle zu entwickeln. Der primäre Fokus liegt auf der kardialen Ereignisrate (MACCEs) sowie der Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit, gemessen über die maximalen Sauerstoffaufnahme (VO<sub>2</sub>max) als Indikator des Mortalitätsrisikos (Keteyian, S. J., et al., 2008) und den 6-Minuten-Gehtest (6MWT).

## **Methoden**

Eingeschlossen werden PatientInnen mit koronarer 1- bis 3-Gefäßerkrankung (ICD-10 I25.xx) mit oder ohne Myokardinfarkt, einschließlich interventioneller Verfahren (Stentimplantation, aortokoronarer Bypass). Die Datenerhebung erfolgt zu vier Zeitpunkten (T0: Reha-Beginn, T1: Reha-Ende, T2: 6 Monate, T3: 12 Monate nach Rehabilitationsabschluss) und im weiteren Verlauf und bilden die Grundlage für multivariate Regressions- und Überlebenszeitanalysen. Erfasst werden demografische, anthropometrische und klinische Daten, ergänzt durch funktionelle und leistungsbezogene Parameter. Die Körperzusammensetzung wird mittels Bioimpedanzanalyse (BIA) bestimmt. Umfassende Blutuntersuchungen dienen der Erfassung eines biomarkerbasierten Risikoprofils. Zur Erfassung psychologischer, psychosozialer und subjektiver Gesundheitsparameter werden validierte Fragebögen eingesetzt, darunter die kardiale Selbstwirksamkeit (CSE), der WHO-5 Well-Being Index zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens, der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU), die Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) und der Patient Health Questionnaire (PHQ-9) zur Erfassung von Angst- und Depressionssymptomen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird mit dem EQ-5D, die Arbeitsfähigkeit mit dem Work Ability Index (WAI) erhoben. Die funktionelle Leistungsfähigkeit wird anhand standardisierter diagnostischer Verfahren erfasst. Die Spiroergometrie dient der objektiven Beurteilung der kardiorespiratorischen Belastbarkeit und ermöglicht die Bestimmung der VO<sub>2</sub>max. Ergänzend wird der 6MWT eingesetzt, um die submaximale, alltagsrelevante Ausdauerleistungsfähigkeit zu beurteilen. Hämodynamische Parameter werden mithilfe einer Pulswellenanalyse (PWA) erhoben, wodurch Informationen zur vaskulären Funktion und arteriellen Gefäßsteifigkeit gewonnen werden. Zur Erfassung klinisch relevanter Ereignisse werden MACCEs systematisch im Verlauf dokumentiert.



## Ergebnisse

Bisher wurden 893 PatientInnen eingeschlossen (männlich:  $n=654$  [73 %], Alter:  $55,8 \pm 7,1$  Jahre; weiblich:  $n=239$  [27 %], Alter:  $56,8 \pm 7,9$  Jahre). Erfasst über Ereignis-Fragebögen ( $n=1033$ ) wurden bisher 93 MACCEs im mittleren Beobachtungszeitraum von  $476 \pm 277$  Tage dokumentiert. Zusätzlich wurden 410 Nachuntersuchungen (6- und 12-Monate post-Reha) inkl. Laboranalysen, Funktionsdiagnostik und Spiroergometrie durchgeführt. Eine Responder-Analyse ( $n=477$ ), basierend auf der Verbesserung der  $\dot{V}O_2\text{max}$  ergab, dass 189 PatientInnen (39,6 %) positiv auf das standardisierte Bewegungsprogramm der Rehabilitation reagierten und eine mittlere Steigerung von  $3,5 \pm 1,6$  ml/min/kg aufwiesen. Trotz positiver Entwicklungen während des Reha-Prozesses wurden 288 PatientInnen (60,4 %) bezüglich der Entwicklung in der  $\dot{V}O_2\text{max}$  als „Non-Responder“ mit einer mittleren Veränderung von  $-0,2 \pm 1,8$  ml/min/kg klassifiziert. Der alltagsrelevante Rehabilitations-Effekt zeigte sich in einer signifikanten Verbesserung der maximalen Gehstrecke im 6MWT von  $521,8 \pm 95,9$  m auf  $568,7 \pm 98,5$  m ( $n=770$ ; Effektstärke = 0.48). Ein klinisch relevanter Effekt kann ab einer Verbesserung von 30 Metern angenommen werden. Ein Biomarker-basierter Risikoscore zeigte eine 3,4 %-ige Reduktion des 10-Jahres-Mortalitätsrisikos. Durch ein erstes Vorhersagemodell konnte bereits die Trainingsantwort mit hoher Genauigkeit prognostiziert werden. Als wichtigste prädiktive Variablen wurden hierbei die Atemreserve, Sauerstoffaufnahme, Pulswellengeschwindigkeit und das Herzzeitvolumen identifiziert, wobei Geschlecht, Diagnosen und Erkrankungsschwere nur einen geringen Einfluss auf die Modellgüte zeigten. Diese Ergebnisse unterstützen die Möglichkeit, Non-Responder frühzeitig zu identifizieren und Trainingsprogramme individueller auszurichten.

## Diskussion und Fazit

Die PrädiktoR-Studie stellt eine der derzeit umfangreichsten multidimensionalen Datensammlungen in der kardiologischen Rehabilitation dar und liefert eine belastbare methodische und empirische Grundlage für die Entwicklung prädiktiver Modelle zu Reha-Erfolg und kardiovaskulären Ereignissen. Zukünftig sollen die prädiktiven Modelle in klinisch anwendbare Entscheidungsinstrumente überführt werden, um die Rehabilitationssteuerung, Risikostratifizierung und Langzeitbetreuung gezielt zu optimieren. Darüber hinaus können die gewonnenen Erkenntnisse als Grundlage für präventive Strategien und adaptive Trainingsanpassungen dienen, die das Ergebnis der kardiologischen Rehabilitation nachhaltig verbessern sollten.

## Take-Home-Message

Frühzeitige prädiktive Indikatoren aus funktionellen, hämodynamischen und psychologischen Parametern können helfen, Non-Responder in der kardiologischen Rehabilitation früh zu identifizieren und individualisierte Trainingsstrategien gezielt zu entwickeln.

## Literatur

Keteyian, S. J., et al. (2008): Peak aerobic capacity predicts prognosis in patients with coronary heart disease. *Am Heart J.* 156(2): p. 292-300.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V., Norderney

# Risikostratifizierung von KHK-PatientInnen in stationärer Rehabilitation mittels Biomarker-Score

*Marc Teschler<sup>1</sup>; Boris Schmitz<sup>1</sup>; Mona Kotewitsch<sup>1</sup>; Angela Moißl-Blanke<sup>2</sup>;  
Hubert Scharnagl<sup>3</sup>; René Garbsch<sup>1</sup>; Marcus Klaber<sup>2</sup>; Alexander Dressel<sup>4</sup>; Hendrik Schäfer<sup>1</sup>;  
Winfried März<sup>5</sup>; Frank Mooren<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen; <sup>2</sup> Universität Heidelberg;

<sup>3</sup> Medizinische Universität Graz;

<sup>4</sup> Gesellschaft zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e. V. (DACH);

<sup>5</sup> SYNLAB Holding Germany GmbH

## Hintergrund und Zielstellung

Die kontinuierliche Risikoüberwachung von PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit (KHK) kann Einblicke in die Therapietreue der medikamentösen Behandlung und die Adhärenz zu einem herzgesunden Lebensstil geben. Traditionelle Risiko-Scores (z. B. der Framingham- und Reynolds-Score) sind nur bedingt geeignet, lebensstilabhängige Risikoveränderungen widerzuspiegeln und sind für die frühzeitige Erkennung einer Krankheitsverschlechterung möglicherweise nicht sensitiv genug (Vrints et al., 2024). Ziel der Untersuchung war es zu evaluieren, ob ein blutbasierter Biomarker-Score zur Überwachung von Veränderungen des kardiovaskulären Risikos bei KHK-PatientInnen während der Rehabilitation sowie in der Nachsorge eingesetzt werden kann, um Veränderungen im Risiko frühzeitig zu detektieren.

## Methoden

Es wurde eine Längsschnittstudie (PrädiktoR) mit  $n = 528$  KHK-PatientInnen (20 % Frauen, Alter  $56,1 \pm 7$  Jahre) nach STEMI/ NSTEMI und/ oder Angioplastie und/ oder perkutaner Koronarintervention und/ oder koronarer Bypass-Operation durchgeführt. Alle PatientInnen nahmen an einer leitlinienbasierten stationären kardiologischen Rehabilitation teil. Blutentnahmen und kardiopulmonale Belastungstests (Ergospirometrie) wurden zu drei Zeitpunkten durchgeführt: bei Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und sechs Monate nach Entlassung (T2). Der Biomarker-Score wurde zu jedem Zeitpunkt berechnet und bezog Troponin (hsTNI), N-terminales pro-B-Typ natriuretisches Peptid (NT-proBNP), glykiertes Hämoglobin (HbA1c), Cystatin-C und C-reaktives Protein (hsCRP) ein, um das individuelle kardiovaskuläre Risiko, angegeben als 10-Jahres-Mortalitätsrisiko, zu berechnen. Zur Erfassung klinisch relevanter Ereignisse wurden Major Adverse Cardiovascular and Cerebrovascular Events (MACCE) systematisch im Verlauf dokumentiert. Kaplan-Meier-Kurven wurden für Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppen erstellt ( $n = 384$ , Follow-up:  $523 \pm 298$  Tage). Der Reynolds- und Framingham-Score wurden zum Vergleich herangezogen.

## Ergebnisse

Während der kardiologischen Rehabilitation sank das vorhergesagte 10-Jahres-Mortalitätsrisiko von  $19,12 \pm 15,14$  % (T0) auf  $15,9 \pm 13,89$  % (T1,  $p < 0,0001$ ). Männer und Frauen zeigten eine vergleichbare Reduktion, obwohl Männer ein höheres Ausgangsrisiko aufwiesen (Männer: 20,29 % vs. Frauen: 14,41 %,  $p < 0,0001$ ). Der Biomarker-Score detektierte höhere Risiken bei PatientInnen mit vorangegangenen Myokardinfarkt, PatientInnen nach Bypass, sowie Mehrgefäß-KHK, wobei eine signifikante Risikoreduktion

durch die Rehabilitation in jeder Gruppe festgestellt wurde ( $p \leq 0,05$ ). Die Risikoreduktion erfolgte über alle Altersgruppen hinweg, mit leicht abgeschwächten Effekten in der Gruppe  $< 40$  Jahre ( $p = 0,0852$ ). Nach Rehabilitation wurde eine langsamere, aber kontinuierliche Risikoreduktion vorwiegend bei Hochrisiko-PatientInnen beobachtet (wöchentliche Reduktion von  $0,19 \pm 0,11$  %). Des Weiteren sagte der Score bei Entlassung (T1) das Risiko für MACCE vorher ( $p = 0,039$ ), während die Ergebnisse für den Framingham- und Reynolds-Score nicht signifikant waren ( $p = 0,059$ ,  $p = 0,29$ ). Als starker Einflussfaktor für den Biomarker-Score wurde die körperliche Fitness (hier: Referenzwert der maximalen Sauerstoffaufnahme [VO<sub>2</sub>max]) identifiziert, insofern PatientInnen mit höherer Ausgangsfitness (T0) sowie solche mit Leistungszuwachs während der Rehabilitation ein reduziertes Risiko aufwiesen ( $p = 0,016$ ). Dieser Effekt auf das Risiko blieb auch nach Adjustierung für Ereignisse (Myokardinfarkt), Intervention (Bypass) und Krankheitsschwere (Mehrgefäß-KHK) signifikant ( $p = 0,007$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Daten zeigen, dass ein blutbasierter Biomarker-Score zur Risikoabschätzung von KHK-PatientInnen geeignet ist und zusätzlich die Wirksamkeit von Sekundärpräventionsprogrammen einschließlich kardialer Rehabilitation und bewegungsbasierter Interventionsprogramme abbilden kann. Insbesondere kann der Score zur Risikostratifizierung von KHK-PatientInnen während der Nachsorge verwendet werden.

## **Take-Home-Message**

Ein Biomarker-Score kann sowohl für die Dokumentation des Rehabilitationserfolges bei kardialen PatientInnen eingesetzt werden als auch das residuale Risiko von PatientInnen in der Nachsorge und in der Langzeitüberwachung abbilden.

## **Literatur**

Vrints, C., Andreotti, F., Koskinas, K. C., Rossello, X., Adamo, M., Ainslie, J., Banning, A. P., Budaj, A., Buechel, R. R., Chiariello, G. A., Chieffo, A., Christodorescu, R. M., Deaton, C., Doenst, T., Jones, H. W., Kunadian, V., Mehilli, J., Milojevic, M., Piek, J. J., Pugliese, F., Rubboli, A., Semb, A. G., Senior, R., Ten Berg, J. M., Van Belle, E., Van Craenenbroeck, E. M., Vidal-Perez, R., Winther, S. (2024): ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2024 Sep 29;45(36):3415-3537. doi: 10.1093/eurheartj/ehae177.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Europäische Union

### Eignen sich die Befundungen eines interdisziplinären Expertenboards zum Training von KIs?

*Dominik Raab<sup>1</sup>; Samuel Bergé<sup>2</sup>; Tobias Klomp<sup>1</sup>; Tobias May<sup>1</sup>; Sarah Bergé<sup>2</sup>; Anna Bittner<sup>2</sup>; Andrés Kecskeméthy<sup>1</sup>; Jürgen Wagner<sup>3</sup>; Mario Siebler<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Universität Duisburg-Essen; <sup>2</sup> MediClin Rehabilitationsforschung gGmbH;

<sup>3</sup> MediClin Staufenburg Klinik

#### Hintergrund und Zielstellung

Die Diagnose des Post-COVID-Syndroms (PCS) stellt aufgrund einer großen Anzahl von relevanten und fachdisziplinübergreifenden Symptomen eine große Herausforderung dar. Um Betroffene umfassend zu diagnostizieren, wird in den Projekten „Post-COVID E-Doc“ und „VALIDATE“ ein interdisziplinäres Expertenboard mit Ärzten aus relevanten Fachdisziplinen eingesetzt. Dieses befundet in Televisiten die Patienten, schätzt die patientenindividuelle Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines PCS ab und spricht Maßnahmenempfehlungen aus. Da das Expertenboard aus Zeit- und Kostengründen jedoch nur wenige Patienten befunden kann, sind Lösungen gefordert, um die Erkenntnisse des Expertenboards in Werkzeuge zur flächendeckenden Diagnoseunterstützung zu überführen. Dies führt zu der Forschungsfrage, ob die interdisziplinären Befundungen eines Expertenboards geeignet sind, um bereits mit vergleichsweise wenig Trainingsdaten valide KI-Modelle zur Abbildung des Expertenwissens zu erlernen.

#### Methoden

Per Fragebogen wurden PCS-Betroffene und Kontrollpatienten zu Intensität und Häufigkeit von zwölf zentralen PCS-Symptomen sowie Begleitdaten befragt. Jeder Fragebogen wurde danach von mindestens vier Ärzt\*innen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen befundet und uneindeutige Fälle in Telekonsilen besprochen. Die Expert\*innen gaben als Diagnose eine Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit auf einer Skala von 0 bis 10 ab und teilten die Patienten in die Klassen „eindeutig PCS“, „eindeutig kein PCS“ und „uneindeutig“ ein. Zur Beurteilung der Übereinstimmung der Expertenbewertungen wurden der Intraklassenkorrelationskoeffizient ICC(1,1) berechnet und die individuellen Grenzen der Klasseneinteilung verglichen. Die Beurteilung der Retest-Reliabilität erfolgte anhand der Pearson-Korrelation von zwei Wiederholungsbefundungen. Abschließend wurden die Ergebnisse eines ersten KI-Modells zur Prognose der PCS-Wahrscheinlichkeit auf Grundlage von linearer Regression evaluiert.

#### Ergebnisse

Die Auswertung von 545 Patienten (62 % PCS, 38 % Kontrolle; 65 % w, 25 % m, Alter 50,8 +/- 11,1 Jahre) und 2322 Einzelbefundungen durch neun unterschiedliche Beurteiler\*innen (durchschnittlich 4,4 Beurteiler\*innen pro Fall) ergab einen ICC(1,1) von 0,694. Dies entspricht laut (Cicchetti, 1994) einer guten Übereinstimmung der Expert\*innen. Abbildung 1

veranschaulicht anhand des Vergleichs der PCS-Wahrscheinlichkeit (x-Achse) und der PCS-Klassen (Balkenfarbe) die Konsistenz der Klassenzuteilung der Expert\*innen für 2322 Einzelbefundungen und zeigt, dass der Übergang von der Klasse „eindeutig PCS“ zu „uneindeutig“ bei einer PCS-Wahrscheinlichkeit von 2,85 erfolgt und der Übergang von „uneindeutig“ zu „eindeutig PCS“ bei einer PCS-Wahrscheinlichkeit von 6,49. Tabelle 1 schlüsselt weiterführend die Übergänge für die Einzelbewertungen aller Expert\*innen auf und setzt sie in den Kontext der 2322 Einzelbefundungen sowie des Mehrheitsvotums für die 545 Patienten. Die Retest-Reliabilität von Wiederholungsbewertungen von 60 Patienten ergab einen Wert von  $r = 0,88$  ( $p < .001$ ). Dies entspricht laut (Cohen, 1992) einem starken linearen Zusammenhang zwischen den Befunden. Das KI-Modell zur Vorhersage der PCS-Wahrscheinlichkeit auf Grundlage eines linearen Regressionsmodells ergab basierend auf neun Prädiktoren ein von  $R^2 = 0,83$  für eine Modelltestung auf Grundlage von unbekannten Daten (30 % der vorliegenden Fälle). Dies entspricht einer guten Modellgüte.

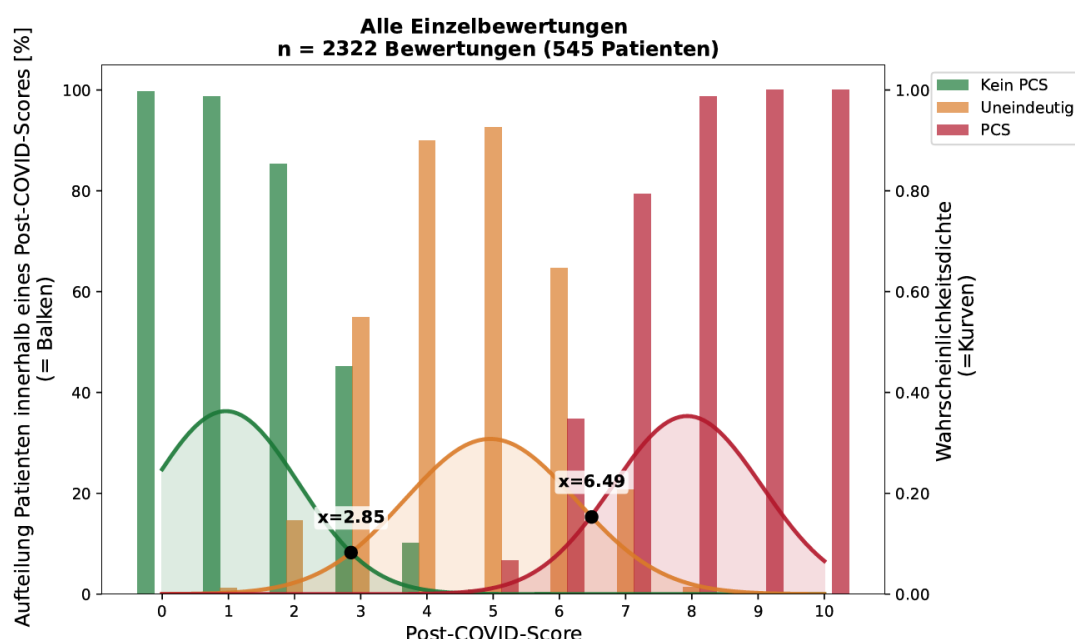


Abbildung 1: Übersicht Einzelbewertungen

Tabelle 1: Vergleich Einzelbewertungen

| Einschätzung von              | Beginn<br>"Uneindeutig" | Ende<br>"Uneindeutig" | Spanne<br>"Uneindeutig" |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Experte / Expertin 1          | 3,73                    | 5,71                  | 1,98                    |
| Experte / Expertin 2          | 2,98                    | 6,25                  | 3,27                    |
| <b>Mehrheitsvotum</b>         | <b>2,87</b>             | <b>6,35</b>           | <b>3,48</b>             |
| Experte / Expertin 3          | 3,42                    | 6,9                   | 3,48                    |
| Experte / Expertin 4          | 2,76                    | 6,32                  | 3,56                    |
| Experte / Expertin 5          | 3,15                    | 6,76                  | 3,61                    |
| <b>Alle Einzelbewertungen</b> | <b>2,85</b>             | <b>6,49</b>           | <b>3,64</b>             |
| Experte / Expertin 6          | 2,85                    | 6,51                  | 3,66                    |
| Experte / Expertin 7          | 2,41                    | 6,43                  | 4,02                    |
| Experte / Expertin 8          | 2,06                    | 6,54                  | 4,48                    |
| Experte / Expertin 9          | 2,32                    | 6,96                  | 4,64                    |

## Diskussion und Fazit

Die Auswertung von ICC sowie Tabelle 1 zeigen, dass die Mitglieder des Expertenboards unabhängig voneinander eine ähnliche Einschätzung der PCS-Diagnose erzielen und dass persönliche und fachdisziplingeprägte Sichtweisen sich nur in geringen Abweichungen niederschlagen. Weiterhin belegt die Untersuchung der Retest-Reliabilität, dass die Einzelbewertungen zu einem hohen Grad wiederholgenau durchgeführt werden. Dies verdeutlicht, dass es trotz einer großen Anzahl von unspezifischen Patienteninformationen möglich ist, auf Grundlage von Selbstauskünften von PCS-Symptomen eine konsistente und belastbare ärztliche Befundung der PCS-Wahrscheinlichkeit von PCS- und Kontrollpatienten durchzuführen. Die ärztliche Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit ist somit gut geeignet, um sie in einem KI-Modell abzubilden. Diese Einschätzung wird von der guten Modellgüte des trainierten KI-Modell zur Vorhersage der PCS-Wahrscheinlichkeit bestätigt. Es besteht somit eine gute Perspektive, das Wissen des PCS-Expertenboards in ein KI-basiertes Decision Support System zu überführen und somit den Expertenboardansatz einer breiten Menge an Patienten zur Verfügung stellen zu können.

## Take-Home-Message

Die Einschätzung der PCS-Wahrscheinlichkeit durch ein interdisziplinäres Expertenboard ist eine belastbare und reproduzierbare klinische Kenngröße, welche gut geeignet ist, um sie in einem KI-Modell mit einer hohen Genauigkeit aus Patienten-Selbstauskünften vorherzusagen.

## Literatur

- Cicchetti, D. (1994): Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instrument in Psychology. In: Psychological Assessment 6, S. 284–290. DOI: 10.1037/1040-3590.6.4.284.
- Cohen, J. (1992): A power primer. In: Psychological Bulletin. Band 112, 1992, S. 155–159.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung und Bundesministerium für Gesundheit

## Entwicklung und Erprobung eines subjektiven Belastungsscores (sBS) für Post-COVID-Patient:innen

*Ann-Kathrin Grotenburg<sup>1</sup>; Gretha Wagner<sup>1</sup>; Ann-Sophie Wienke<sup>2</sup>; Juergen Wagner<sup>3</sup>; Mario Siebler<sup>3</sup>; Viktoria Arling<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> RWTH Aachen; <sup>2</sup> MediClin Staufenburg Klinik; <sup>3</sup> MediClin Rehabilitationsforschung gGmbH

## Hintergrund und Zielstellung

Das Post-COVID-Syndrom (PCS) ist gemäß der WHO eine Erkrankung, bei der gesundheitliche Beschwerden drei Monate nach einer SARS-CoV-2-Infektion noch präsent sind und keine alternativen Erklärungen für diese vorliegen (WHO, 2021). Der Symptom-

komplex vereint internistische, neurologische und psychologische Symptome und geht mit langen Arbeitsunfähigkeiten einher (AOK, 2024). In der medizinischen Rehabilitation wird berichtet, dass die subjektive Belastung der von dieser multidimensionalen Erkrankung betroffenen Patient:innen jedoch über die reine Symptomatik hinausgeht und sich in einer komplexen Beeinträchtigung der Lebensführung, mit negativen Folgen auf die psychische und soziale Funktionalität, niederschlägt – ein Instrument, welches dies abbildet, gibt es jedoch bis dato nicht. Daher sollte ein subjektiver Belastungsscore zur Operationalisierung der geschilderten Belastungen entwickelt werden. Hierbei standen drei Fragen im Fokus: 1.) Welche Belastungsdimensionen machen Post-COVID aus? 2.) Wie stark sind die Belastungen bei PCS-Rehabilitand:innen ausgeprägt? 3.) Unterscheiden sich PCS-Rehabilitand:innen hinsichtlich dieser Belastungen von anderen Indikationen?

## Methoden

Basierend auf einem Literaturreview, einem Workshop mit einem elfköpfigen, multiprofessionellen Behandler:innenteam einer Post-Covid-Schwerpunktklinik sowie 17 ca. 30-minütigen Interviews mit PCS-Fachpersonal aus sechs verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen aus ganz Deutschland wurde ein Fragebogen mit 39 Items und acht Subdimensionen (vgl. Tabelle 1) entwickelt. Dieser Fragebogen (= subjektiver Belastungsscore, sBS) wurde bei 94 PCS-Patient:innen sowie bei Vergleichspatient:innen aus den Indikationen Adipositas (n = 80), Diabetes (n = 93) und Niereninsuffizienz (n = 78) erhoben. Die PCS-Patient:innen waren durchschnittlich 48.32 Jahre alt (SD = 11.06) und zu mehr als zwei Dritteln weiblich (70.70 %). Die Vergleichsgruppen waren etwas älter (MW = 50.84 - 56.26, SD = 11.23 - 12.37) und überwiegend männlich (55-66.67 %).

Tabelle 1

| Indikation            | PCS<br>(n = 94) |      | Adipositas<br>(n = 78) |      | Diabetes<br>(n = 92) |      | Niere<br>(n = 75) |      | ANOVAs                                             |
|-----------------------|-----------------|------|------------------------|------|----------------------|------|-------------------|------|----------------------------------------------------|
| Belastungsdimension   | MW              | SD   | MW                     | SD   | MW                   | SD   | MW                | SD   |                                                    |
| Leidensdruck          | 4.27            | 0.66 | 3.29                   | 0.84 | 3.37                 | 0.78 | 3.43              | 0.81 | F(3, 329) = 30.44, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.22 |
| Unsicherheit          | 4.30            | 1.06 | 3.23                   | 1.35 | 3.30                 | 1.35 | 3.43              | 1.42 | F(3, 331) = 13.35, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.11 |
| Leistungsfähigkeit    | 4.50            | 0.82 | 3.49                   | 1.02 | 3.26                 | 1.10 | 3.52              | 1.19 | F(3, 328) = 25.92, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.19 |
| Teilhabe              | 4.86            | 0.83 | 3.20                   | 1.33 | 3.15                 | 1.29 | 3.53              | 1.27 | F(3, 327) = 41.30, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.27 |
| Selbstbild            | 4.63            | 0.94 | 4.36                   | 1.31 | 3.70                 | 1.39 | 3.94              | 1.37 | F(3, 332) = 9.86, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.08  |
| Akzeptanz             | 4.62            | 1.18 | 3.88                   | 1.47 | 3.63                 | 1.56 | 3.65              | 1.53 | F(3, 332) = 9.44, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.08  |
| Negative Affektivität | 3.72            | 1.25 | 2.66                   | 1.47 | 2.69                 | 1.41 | 2.57              | 1.34 | F(3, 331) = 13.91, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.11 |
| Stigmatisierung       | 3.32            | 0.97 | 2.60                   | 0.89 | 2.74                 | 1.19 | 2.48              | 0.97 | F(3, 327) = 11.39, p < .001, part. $\eta^2$ = 0.09 |

Anmerkung. Die mögliche Ausprägung der einzelnen Belastungsdimensionen liegt jeweils zwischen 1-6.

## Ergebnisse

Am stärksten ausgeprägt war die Belastung der PCS-Patient:innen in den Bereichen Teilhabe (MW = 4.86, SD = 0.83), Selbstbild (MW = 4.63, SD = 0.94), Akzeptanz (MW = 4.62, SD = 1.18) und Leistungsfähigkeit (MW = 4.50, SD = 0.82), gefolgt von Unsicherheit (MW = 4.30, SD = 1.06) und Leidensdruck (MW = 4.27, SD = 0.66; vgl. Tabelle 1). Die geringste Belastung

gaben PCS-Patient:innen auf den Dimensionen Negative Affektivität (MW = 3.72, SD = 1.25) und Stigmatisierung (MW = 3.32, SD = 0.97) an, wobei alle Mittelwerte (mit Ausnahme der Stigmatisierung) im oberen Skalenbereich lagen (vgl. Fragestellungen 1 & 2). Somit kann von einer erhöhten Belastung von PCS-Patient:innen in allen diesen Dimensionen gesprochen werden. Für alle acht Belastungsdimensionen wurden zum Vergleich der Indikationen einfaktorielle ANOVAs mit Bonferroni-korrigierten paarweisen post-hoc t-Tests berechnet. Hierbei zeigte sich für alle Belastungsfacetten mit Ausnahme des Selbstbilds dasselbe Muster: die PCS-Gruppe wies höhere Belastungen auf als alle drei Vergleichsindikationen, ebenfalls unterschieden sich die Vergleichsindikationen untereinander nicht in ihren Belastungen. Hinsichtlich des Selbstbilds zeigte sich eine höhere Belastung der PCS-Gruppe gegenüber den Indikationen Niere und Diabetes, jedoch nicht verglichen mit Adipositas-Patient:innen. Diese wiesen vergleichbar hohe Belastungen des Selbstbildes wie PCS-Patient:innen auf und signifikant höhere als die übrigen Vergleichsindikationen (vgl. Fragestellung 3). Im Sinne der Konstruktvalidität zeigten sich mittlere negative Zusammenhänge aller Belastungsdimensionen mit der subjektiven Prognose zur Wiederherstellung der vollständigen Funktionalität ( $r = -.38$  bis  $-.58$ ), den Gesundheitsdimensionen des SF-36 ( $r = -.22$  bis  $-.67$ ) und der Lebenszufriedenheit ( $r = -.30$  bis  $-.46$ ), sowie kleine bis mittlere positive Zusammenhänge mit der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ( $r = .13$  bis  $.36$ ).

## **Diskussion und Fazit**

PCS-Rehabilitand:innen zeichnen sich durch ein breites Spektrum an stark empfundenen Belastungen aus, welche von einem PCS-spezifischen Leidensdruck über Unsicherheiten, Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe über Probleme mit dem Selbstbild und der Akzeptanz bis hin zu Negativer Affektivität und erlebter Stigmatisierung reichen. Diese Belastungen fallen im Vergleich zu anderen chronisch kranken Rehabilitationspopulationen signifikant höher aus – und dies, obwohl die PCS-Gruppe im Durchschnitt jünger war als die Vergleichsgruppen. Diese Ergebnisse unterstreichen nicht nur den Schweregrad der Einschränkungen und Belastungen, mit denen PCS-Patient:innen konfrontiert sind, sondern auch die Relevanz, bei Rehabilitationspatient:innen über die rein klinische Symptomatik hinauszublicken. Darüber hinaus bietet der sBS mit seinen acht beschreibbaren Subdimensionen eine Grundlage für Patient:innen und Behandler:innen, um eine gemeinsame Sprache für die erlebte Realität der Betroffenen zu finden, sowie Handlungsansätze für die Behandlungsplanung.

## **Take-Home-Message**

PCS-Patient:innen zeigen eine stark ausgeprägte, multidimensionale subjektive Belastung – v. a. in Teilhabe, Leistungsfähigkeit, Akzeptanz und Selbstbild. Der neu entwickelte Score (sBS) ermöglicht eine umfassende Operationalisierung eben dieser.

## **Literatur**

AOK (2024): Post-Covid und Long-Covid: sinkende Fallzahlen von Krankschreibungen, aber weiterhin lange berufliche Fehlzeiten der Betroffenen. URL: <https://www.aok.de/pp/bv/pm/post-covid-und-long-covid/>



World Health Organization (2021): A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/53c01712-a322-446e-ad9f-4e078b757267/content>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **Hausärztliche Perspektiven auf die Rehabilitation bei Post-COVID: Zugänge, Erwartungen und digitale Chancen**

*Alexander Augsten; Heiner Vogel; Anne Simmenroth; Sarah Niedermeier*

Universitätsklinikum Würzburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Post-COVID-Syndrom (PCS) führt zu langanhaltenden, heterogenen Beschwerden und stellt Hausärzt:innen vor besondere Koordinations- und Lotsenaufgaben. Medizinische Rehabilitation gilt als zentraler Therapiebaustein in der Behandlung der gesundheitlichen und teilhabebezogenen Langzeitfolgen (Koczulla et al., 2022; Schüring, Widera, 2023), dennoch wird der Zugang häufig als zeitintensiv und administrativ anspruchsvoll und die Wirksamkeit in der Praxis uneinheitlich erlebt (Kupferschmitt et al., 2025). Ziel unserer Studie war es, hausärztliche Erfahrungen zu Reha-Zugang, den Reha-Erwartungen sowie Ergebnissen medizinischer Reha-Maßnahmen und zu Potenzialen digitaler Unterstützung von Patient:innen mit Post-COVID zu erfassen, um Reha-Zugangs-Prozesse strukturiert zu verbessern und die hausärztliche Rolle zu stärken.

### **Methoden**

Zwischen Mai und September 2024 wurden elf niedergelassene Hausärzt:innen in leitfadengestützten, halbstrukturierten Einzelinterviews befragt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und mittels deduktiv-induktiver Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) mit MAXQDA ausgewertet; die Analyse erfolgte im interdisziplinären Team.

### **Ergebnisse**

Das Reha-Antragsverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung gehört zum hausärztlichen Alltag, wird aber von den Befragten als aufwendig und schwer steuerbar empfunden. Über 90 % der Post-COVID-Patient:innen nahmen laut den Befragten an einer Rehabilitation teil, meist auf ärztliche Initiative. Die Erwartungen der Patient:innen an die Rehabilitation und an die berufliche Reintegration wurden von den befragten Ärzt:innen als hoch, teils unrealistisch eingeschätzt. Entsprechend berichteten die Hausärzt:innen von teils negativen Erfahrungen. Die Diskrepanzen zwischen Reha-Zielen und realistisch Erreichbarem werden von ihnen auf fehlende Spezialisierung einzelner Kliniken sowie pandemiebedingte Einschränkungen zurückgeführt.

Hausärzt:innen verfügen nur über begrenzte Steuerungsmöglichkeiten im Reha-Zugang und Zuweisungsprozess. Als ergänzende Maßnahmen wurden Physiotherapie, Ergotherapie,

Psychotherapie, Pacing (sensible Selbstmanagementstrategien) und soziale Unterstützung genannt.

Die Mehrheit der Befragten befürwortete digitale Anwendungen zur Reha-Unterstützung, um Verwaltungsaufwand zu verringern und die Passung zwischen Patient:innen und Angeboten zu verbessern. Als potenzielle Risiken digitaler Plattformen wird jedoch auf die eine fehlende ärztliche Vorselektion bei direkter Patient:innennutzung und den begrenzten Nutzen bei unklaren Diagnosen hingewiesen.

## **Diskussion und Fazit**

Die hausärztliche Perspektive zeigt, dass die medizinische Rehabilitation für Patient:innen mit Post-COVID-Syndrom zwar als wesentlicher Bestandteil der Versorgung gilt, ihr Zugang in der Praxis jedoch durch komplexe Antragsverfahren, unklare Zuständigkeiten und eine teilweise unzureichende Spezialisierung der Einrichtungen erschwert wird. Während klinische Studien und Leitlinien (z. B. Koczulla et al., 2022; Platz et al., 2023) überwiegend positive Effekte rehabilitativer Maßnahmen auf Funktionsfähigkeit, Fatigue und Lebensqualität berichten, spiegeln die Praxiserfahrungen der Hausärzt:innen ein heterogeneres Bild. Die Diskrepanz zwischen Studienergebnissen und Praxiserfahrungen kann unter anderem auf strukturelle Unterschiede in der Reha-Landschaft zurückgeführt werden, wie sie auch Schüring und Widera (2023) in ihrer bundesweiten Bestandsaufnahme beschrieben haben. Für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung scheinen erforderlich:

- (1) Spezialisierte Einrichtungen mit ausgewiesener Post-COVID-Kompetenz und interdisziplinären Teams,
- (2) Strukturiertes Erwartungs- und Zielmanagement, das Teilhabe- und Selbstmanagementaspekte integriert,
- (3) Digitale Unterstützungsstrukturen, die hausärztliche Abläufe vereinfachen, Antragsprozesse beschleunigen und Transparenz in der Reha-Steuerung fördern.

## **Take-Home-Message**

Gezielte Post-COVID-Rehabilitation kann erfolgreicher und nachhaltiger sein, wenn Zugang, Spezialisierung, Erwartungsmanagement und hausärztliche Einbindung ineinandergreifen. Digitale Lösungen können wesentlich dazu beitragen, Abläufe zu entlasten, den Zugang zu vereinfachen und die Versorgung transparenter zu gestalten.

## **Literatur**

- Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Berner, R., Böing, S., Brinkmann, F., Frank, U., Franke, C., Glöckl, R., Gogoll, C., Häuser, W., Hohberger, B., Huber, G., Hummel, T., Köllner, V., Krause, S., Kronsbein, J., Maibaum, T., ... Zwick, R. (2022): S1-Leitlinie Long-/Post-COVID -Koczulla 2022. *Pneumologie*, 76(12), 855–907. <https://doi.org/10.1055/a-1946-3230>
- Kupferschmitt, A., Herrmann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Loew, T. H., Hasenbring, M., Köllner, V. (2025): Bedeutung von „avoidance“ und „endurance“ beim Post-COVID-Syndrom – Sind dysfunktionale Muster veränderbar? *Schmerz*, 39(5), 329–338. <https://doi.org/10.1007/s00482-025-00887-5>
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt (2. Auflage). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9>

Platz, T., Abel, U., Berghem, S., Berlit, P., Dewey, S., Dohle, C., Ellert, C., Fickenscher, H., Guha, M., Köllner, V., Kramer, A., Koczulla, R., Reißhauer, A., Schlitt, A. Steimann, M. (2023): S2k-Leitlinie SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-)Rehabilitation – („Living Guideline“). In Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (Hrsg.), Leitlinien für die Neurorehabilitation (Auflage/Version 3.0, 2. Update). AWMF online.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-008.html>

Schüring, S., Widera, T. (2023): Bestandsaufnahme zu Long COVID in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 62 (6), 331–338. <https://doi.org/10.1055/a-2186-5422>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

## **Subjektive und objektive Befunde zur Klassifizierung und Reha-Therapiesteuerung bei Post COVID Syndrom**

*Mario Siebler<sup>1</sup>; Sarah Bergé<sup>2</sup>; Anna Bittner<sup>3</sup>; Stefan Schwarz<sup>4</sup>; Jürgen Bonnert<sup>5</sup>;  
Matthias Schmalenbach<sup>5</sup>; Sigrid Krause<sup>6</sup>; Guido Waldmann<sup>7</sup>; Saskia Meves<sup>2</sup>;  
Jürgen Wagner<sup>8</sup>; Dominik Raab<sup>9</sup>*

<sup>1</sup> MediClin Reha Research; <sup>2</sup> MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr;

<sup>3</sup> MediClin Rehabilitationsforschung gGmbH; <sup>4</sup> Paracelsus Harzlinik Bad Suderode;

<sup>5</sup> MediClin Reichshof; <sup>6</sup> MediClin Deister Weser Kliniken; <sup>7</sup> MediClin Bad Dübén;

<sup>8</sup> MediClin Durbach; <sup>9</sup> Universität Duisburg-Essen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Post COVID Syndrom (PCS) ist weiterhin durch die fehlende Diagnosesicherung und die geringen Therapieoptionen für Betroffene (PCB) und Behandler unbefriedigend. Es verursacht durch die langdauernde berufliche Teilhabestörung erhebliche Kosten und führt zu Sekundärerkrankungen. Pacing ist derzeit eine vielversprechende Reha-Therapiemethode zur Symptom- und Belastungssteuerung (Gahli et al., 2023). Ziel des Pacing ist es, die Post-Exertional Symptom Exacerbation/PESE bzw. PEM zu reduzieren. Im Gegensatz zur Sportmedizin sind jedoch die genauen Grenzen für die physische oder kognitive Belastungen nicht bekannt und höchst individuell. In dem Projekt wurde eine systematische Symptomerfassung bei PCB Rehabilitanden und eine Funktionsdiagnostik durchgeführt. Ziel ist es, objektive Kriterien für die Pacing - Therapiesteuerung zu generieren.

### **Methoden**

Konsequente PCB (n=210) und Kontrollpatienten (n=201) ohne PCS aus 2 stationären Reha-Einrichtungen wurden in einem Zeitraum von 2023 -2025 nach 14 Kardinalsymptomen und deren Ausprägung (Skala 1-10) befragt. Bei den PCB wurde zusätzlich eine Diagnostik auf Dysautonomie (POTS: übermäßiger Pulsanstieg > 30 Schläge/min bzw. > 120/min beim Aufstehen nach 5 Min liegen und während 10 Min Stehen ohne Blutdruckabfall (Blitshteyn, Whitelaw, 2021). Bei 61 PCB wurde zusätzlich eine klassische Spiroergometrie mit der

Fragedurchgeführt, ob eine dysfunktionelle Atmung unter Belastung besteht (Durstenfeld et al., 2022).

## Ergebnisse

Hauptsymptom der PCP ist die Fatigue (81 % versus 35 % der Kontrollen). An Hand der Symptommuster konnten bei den PCP 4 Subtypen klassifiziert werden: I) Schwerpunkt kardiopulmonal, II) Schwerpunkt kognitive Störungen III) Schwerpunkt psychische Belastung IV) wenig betroffen/in Regeneration befindend. 76 % der PCB berichten im Alltag über autonome Störungen (versus 32 % Kontrolle). In 11 % der PCB lag ein positiver POTS Test als Hinweis auf eine Dysautonomie vor (Abb. 1). Bei 71 der PCB wurde nach Echokardiographie und EKG eine Spiroergometrie (SEM) bis zur subjektiven Belastungsgrenze durchgeführt. Es wurde das Atemmuster bei 31 PCP als eine dysfunktionelle Atmung unter Belastung von Experten der SEM klassifiziert angezeigt (Abb. 2). Die diagnostischen Befunde (POTS, SEM) zeigten keine signifikante Korrelation zu den subjektiven Symptomen aus der Befragung. An Hand der objektivierbaren Befunde wurde die Pacing Therapie (Atemtraining, Belastungsgrenze am Ergometer und deren Dauer) sowie ein spezielles POTS Training (adaptiert nach Patricia et al., 2024) angepasst. Die Belastungsintoleranz konnte dabei subjektiv vermindert werden.

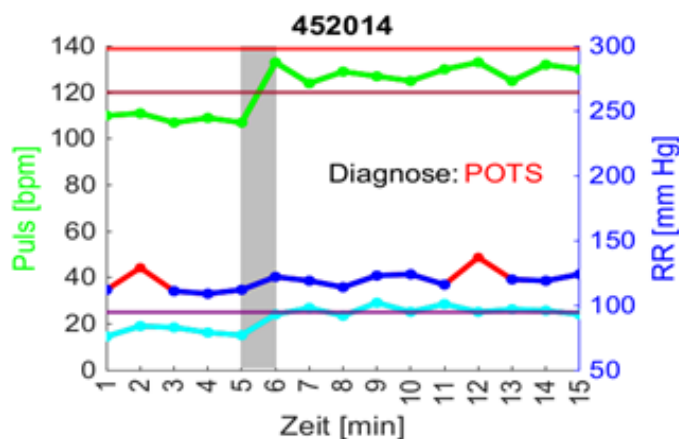


Abbildung 1: Typisches pathologisches Ergebnis einer POTS Messung mit signifikanter Pulsratenerhöhung von liegend in den Stand (6.Minute)

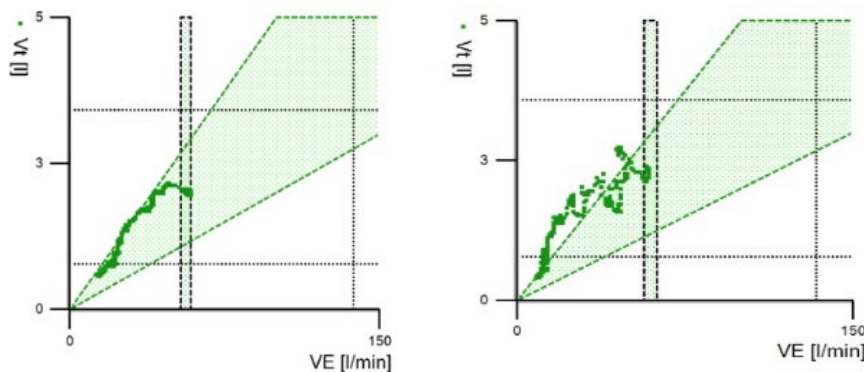


Abbildung 2: Ergebnis der Spiroergometrie (Wassermann Plot 7) während kontinuierlicher Belastungssteigerung zeigt links das normale Atemmuster, rechts die „dysfunktionelle“ Atmung mit inadäquater irregulärer Variation der Atemtiefe und Atemfrequenz

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass PCP sowohl nach der Symptomausprägung als auch durch objektivierbare Befunde in Subtypen geclustert werden können. Zusammen mit den kognitiven Leistungsbefunden kann die Diagnosefindung dadurch unterstützt und Therapiekonzepte individuell angepasst werden. Dies erfordert jedoch eine Spezialisierung der Rehabilitationseinrichtung mit entsprechender fachlicher und diagnostischer Ausstattung („Post COVID Reha Leistungszentren“).

## Take-Home-Message

Subjektive und objektive diagnostische Befunde unterstützen die Diagnosefindung und Therapiesteuerung bei Post COVID Betroffenen.

## Literatur

- Blitshteyn, S., Whitelaw, S. (2021): Postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS) and other autonomic disorders after COVID-19. *Immunol Res.* 2021 Apr;69(2):205-211.
- Durstenfeld, M. S., et al. (2022): Use of Cardiopulmonary Exercise Testing to Evaluate Long COVID-19 Symptoms in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2022 Oct 3;5(10):e2236057.
- Frésard, I. et al. (2022): Dysfunctional breathing diagnosed by cardiopulmonary exercise testing in 'long COVID' patients with persistent dyspnoea. *BMJ Open Respir Res.* 2022 Mar;9(1):e001126.
- Ghali, A., et al. (2023): The relevance of pacing strategies in managing symptoms of post-COVID-19 syndrome. *J Transl Med.* 2023 Jun 8;21(1):375.
- Gonçalves Leite Rocco, P., et al. (2024): Exercise Interventions in the Management of Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome: A Scoping Review *J Multidiscip Healthc.* 2024 Dec 9;17:5867–5885. doi: 10.2147/JMDH.S495088

Wir danken dem BMFTR für die Förderung des Projekte Post COVID- E- DOC

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

## **Wearable-Daten zur COVID-Rehabilitation: Von akuten Fällen für die Post-COVID-Rehabilitation lernen**

*Solveig Vieluf; Caren Strote*

LMU Klinikum

## Hintergrund und Zielstellung

Etwa 10–15 % der COVID-19-Infizierten entwickeln ein Post-COVID-Syndrom mit anhaltenden Symptomen wie Fatigue, kognitiven Beeinträchtigungen oder kardiovaskulären Störungen. Als mögliche Ursachen gelten unvollständige Viruselimination, Reaktivierung latenter Viren, Immunfehlregulation, Autoimmunität und Endotheldysfunktion, die sich auch in veränderten Herzfrequenzmustern zeigen können.

Wearables ermöglichen während und nach einer COVID-Erkrankung die kontinuierliche, nicht-invasive Erfassung alltagsnaher physiologischer Parameter wie der Herzfrequenz und liefern Real-World-Daten, die in traditionellen klinischen Kontrollmessungen oft nicht erfasst werden (Kukreti et al., 2025). Erweiterte Datenanalysen können Diagnostik und Überwachung beschleunigen, relevante Muster erkennen und das Versorgungsteam unterstützen. 24-Stunden-Muster sind besonders geeignet, da sie die physiologische Modulation über Tag-Nacht-Zyklen abbilden und subtile, symptomkorrelierte Veränderungen zeigen. Dies bildet die Grundlage für symptomorientierte, telemonitoring-gestützte rehabilitative Versorgung.

Ziel dieser explorativen Arbeit ist, HR-Muster bei akuten COVID-19-Fällen und in der frühen Recovery-Phase zu untersuchen, ihre Symptomabhängigkeit zu prüfen und mögliche Anwendungen für die ambulante Post-COVID-Rehabilitation aufzuzeigen. Es wird angenommen, dass höhere Symptomlast mit veränderten 24-Stunden-Mustern einhergeht. Im Kontext der Post-COVID-Rehabilitation könnten telemonitorisch erfasste Parameter eine datengestützte Individualisierung der Versorgung ermöglichen.

## Methoden

Grundlage der Analyse war der Welltory-Datensatz („COVID-19 and Wearables Open Data Research“, 2023) mit kontinuierlich erhobenen Herzfrequenz- und Symptomdaten von COVID-19-Patientinnen. Berücksichtigt wurden nur Teilnehmerinnen mit mindestens 70 Messpunkten innerhalb von sieben Tagen. Um Tag-Nacht-Modulationen abzubilden berechneten wir 24-Stunden-Muster mittels nichtlineare Mixed-Effects-Modellanalyse (Vieluf et al., 2025). Anschließend wurden die Patientinnen nach Symptomlast – hier Fatigue (keine Fatigue (Punktwerte 0–1), leichte Symptome (2–4) und starke Symptome (5–6) – gruppiert. Die 24-Stunden-Muster wurden zwischen Patientinnen ohne Fatigue, mit geringer Fatigue und mit ausgeprägter Fatigue verglichen. Darüber hinaus wurden die Herzfrequenzmuster über den zeitlichen Verlauf hinweg auf Patientenebene untersucht.

## Ergebnisse

Der Datensatz umfasst 185 Patient\*innen, von denen 26 die Einschlusskriterien erfüllten (9 männlich). Das Alter lag zwischen 18 und 54 Jahren. Die durchschnittliche Körpergröße betrug 169,4 cm (SD 6,5), das Gewicht 80,9 kg (SD 22,5). Die Stichprobe bestand überwiegend aus Teilnehmenden aus osteuropäischen und nordamerikanischen Ländern. Siehe Tabelle 1 für eine Übersicht der berichteten Symptome.

Tabelle 1: Übersicht der berichteten Symptome

| COVID-19 korrelierte Symptome | 0: Symptom nicht berichtet | 1: Keine Symptome/ | 2: Sehr leichte Symptome | 3: Leichte Symptome | 4: Moderate Symptome | 5: Schwere Symptome | 6: Sehr schwere Symptome |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| Bläuliche Hautverfärbung      | 5                          | 16                 | 3                        | 0                   | 1                    | 0                   | 0                        |
| Atembeschwerden               | 5                          | 9                  | 4                        | 2                   | 2                    | 3                   | 0                        |
| Verwirrtheit                  | 5                          | 11                 | 5                        | 3                   | 0                    | 1                   | 0                        |
| Husten                        | 5                          | 6                  | 6                        | 2                   | 3                    | 0                   | 3                        |
| Fatigue                       | 5                          | 5                  | 2                        | 2                   | 1                    | 6                   | 4                        |
| Fieber                        | 5                          | 10                 | 1                        | 2                   | 2                    | 2                   | 3                        |
| Allgemeines Krankheitsgefühl  | 5                          | 5                  | 0                        | 3                   | 5                    | 5                   | 2                        |
| Schmerzen                     | 5                          | 8                  | 1                        | 3                   | 1                    | 7                   | 0                        |

Im Mittel wurden 89,3 Tage (Min = 20, Max = 179) mit durchschnittlich 19.996 Datenpunkten pro Patientin über Wearables aufgezeichnet. Die Datendichte nahm über die Zeit ab (Monat 1: 26 Teilnehmende; Monat 2: 22; Monat 3: 15; Monat 4: 10; Monat 5: 6; Monat 6: 4). Die 24-Stunden-Muster unterschieden sich zwischen den Fatigue-Gruppen ( $p < 0,05$ ). Zudem veränderten sich die Muster im zeitlichen Verlauf ( $p < 0,05$ ). Deskriptiv zeigt die Gruppe mit starker Fatigue ein abweichendes 24-Stunden-Muster mit geringerer Amplitude und einem verschobenen Peak; über die Zeit nehmen Ruheherzfrequenz ab und Amplitude zu (siehe Abbildung 1).

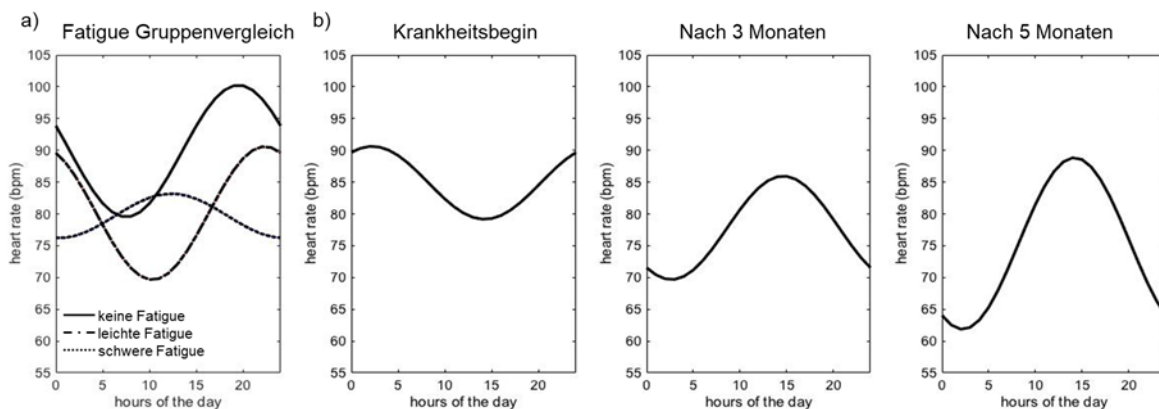


Abbildung 1: a) Vergleich der 24-Stunden-Herzfrequenzmuster zwischen den Fatigue-Gruppen (keine, leichte, starke Fatigue). b) Veränderung der 24-Stunden-Herzfrequenzmuster im zeitlichen Verlauf (Krankheitsbeginn, nach 3 Monaten, nach 5 Monaten)

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Wearables akute physiologische Veränderungen bei COVID-19 abbilden und dass 24-Stunden-HR-Muster symptomabhängig variieren. Wearables und AI-gestützte Analysen können das Versorgungsteam ergänzen, kontinuierliche Real-World-Daten liefern und eine patientennahe, proaktive Betreuung ermöglichen. Für die ambulante Post-COVID-Rehabilitation eröffnen sich neue Perspektiven: Monitoring der HR kann Belastungs- und Erholungsrhythmen erfassen, frühzeitige Interventionen unterstützen und die Evaluation von Reha-Maßnahmen verbessern. Limitationen umfassen Datensatz-bedingte Bias, fehlende Long-COVID-Spezifikation und Geräteheterogenität. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass HR-Monitoring über Wearables ein praktikabler Bestandteil der stationären rehabilitativen Behandlung und ambulanten Nachsorge sein kann. Individualisierte, datenbasierte Rehabilitation, wie sie im Rahmen von Reha-Kompetenzzentren perspektivisch implementiert werden könnten, würden zudem zu einer Entlastung personeller Ressourcen durch automatisierte Auswertung sowie effektiveren und somit kostenreduzierten Rehabilitationsverläufen beitragen.

## Take-Home-Message

Wearables können modulierte 24-Stunden-HR-Muster bei akuten COVID-19-Fällen abbilden und bieten ein vielversprechendes Werkzeug für die patientennahe Begleitung sowohl während der Infektion als auch für die Post-COVID-Rehabilitation.

## **Literatur**

- Kukreti, S., Lu, M. T., Yeh, C. Y., Ko, N. Y. (2025): Physiological Sensors Equipped in Wearable Devices for Management of Long COVID Persisting Symptoms: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, 27, e69506.
- Vieluf, S., Tomioka, S., Zhang, B., Krishnan, V., Bosl, W. J., Grinnell, T., Loddenkemper, T. (2025): Seizure monitoring by combined diary and wearable data: A multicenter, longitudinal, observational study. *Epilepsia*.
- Welltory. COVID-19 and Wearables Open Data Research, GitHub Repository, 2023.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -



### Computer-adaptive PROM-Assessments als Teil einer modernen Reha-Qualitätssicherung: Analyse der Baseline-Daten der Reha-Toolbox II

*Mia Grote<sup>1</sup>; Felix Fischer<sup>1</sup>; Claudia Zensen<sup>1</sup>; Robert Simon<sup>2</sup>; Désirée Brand<sup>2</sup>;  
Christian Tasso Braun<sup>2</sup>; Johannes Falk<sup>2</sup>; Susanne Weinbrenner<sup>2</sup>; Matthias Rose<sup>1</sup>;  
Gregor Liegl<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

#### Hintergrund und Zielstellung

Das Projekt Reha-Toolbox II hat zum Ziel, die Rehabilitand:innenbefragung im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der DRV Bund (Reha QS) methodisch und inhaltlich weiterzuentwickeln. Im ersten Projektabschnitt wurde ein indikationsübergreifendes Befragungssystem konzipiert, das den subjektiven Behandlungserfolg anhand von patientenberichteten Outcome-Messungen (PROMs) auf Basis einer onlinebasierten Zweipunktmessung erfassen soll. Grundlage bilden die Instrumente der Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) Initiative, um internationale Vergleichbarkeit und transsektorale Anschlussfähigkeit zu gewährleisten (Obbarius et al., 2024). Die PROMIS-Skalen werden in Form computer-adaptiver Testungen (CAT) eingesetzt (Rafiq et al., 2023). CATs zeichnen sich durch eine automatisierte Individualisierung der Itemauswahl aus: Auf Basis der individuellen Antworten wird jeweils das nächste Item mit dem höchstmöglichen Informationsgewinn ausgewählt. Dadurch wird eine hohe Messgenauigkeit bereits mit wenigen Items erreicht, was die Durchführungszeit reduziert und gleichzeitig die Präzision der Schätzung erhöht. Dies ist insbesondere bei Prä-Post-Erhebungen von Vorteil, da die intra- und interpersonelle Heterogenität der Befragten berücksichtigt wird und Decken- bzw. Bodeneffekte vermieden werden können (Fries et al., 2011). CATs ermöglichen somit eine ressourcenschonende aber differenzierte Erfassung individueller Veränderungen im Rehabilitationsverlauf. Der vorliegende Beitrag stellt CAT-Ergebnisse der Baseline-Erhebung vor und untersucht die Dateneigenschaften hinsichtlich Messpräzision, Testlänge und technischer Praktikabilität.

#### Methoden

Für den Erwachsenenbereich wurde im Rahmen der Reha-Toolbox II ein indikationsübergreifendes Core-Set entwickelt, das acht zentrale PROMIS-Domänen beinhaltet, die als CAT erfasst werden können: Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten, körperliche Funktionsfähigkeit, kognitive Funktionsfähigkeit, Schmerzbeeinträchtigung, Schlafbeeinträchtigung, Erschöpfung/Fatigue, Depressivität und Angst. Zwischen Juni und Oktober 2025 wurden mehr als 34.000 Rehabilitand\*innen, die im jeweiligen Vormonat eine Bewilligung zur medizinischen Rehabilitation durch die DRV Bund erhalten haben, aus insgesamt 204 Fachabteilungen (zwischen 8 und 20 Fachabteilungen pro Indikationsbereich) postalisch zur Teilnahme an der Online-Befragung anhand eines Links bzw. QR-Codes eingeladen. Für den vorliegenden Beitrag wurden ausschließlich Baseline-Daten herangezogen (Zeitpunkt vor

Antritt der Reha-Maßnahme). Zur Beurteilung der Messpräzision wurden für jede PROMIS-Domäne die Standardfehler (SE) der geschätzten T-Scores (Populationsmittelwert  $T = 50 \pm 10$ ) berechnet. Analysiert wurden Minimum, Maximum und Median der SE-Werte sowie potentielle Decken- und Bodeneffekte pro Domäne.

## **Ergebnisse**

Insgesamt stimmten  $N = 6.245$  erwachsenen Rehabilitand:innen der freiwilligen Studienteilnahme zu (Einwilligungsquote = 18.3 %) und konnten in die Analyse der Baseline-Daten aufgenommen werden (Neurologie  $n = 533$ , Orthopädie  $n = 1070$ , Onkologie  $n = 1341$ , HNO  $n = 185$ , Kardiologie  $n = 365$ , Dermatologie  $n = 188$ , Rheumatologie  $n = 439$ , Pneumologie  $n = 545$ , Gastroenterologie  $n = 569$ , Innere Medizin  $n = 157$ , Abhängigkeitserkrankungen  $n = 59$  und psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation  $n = 794$ ) erhoben. Von den Teilnehmenden schlossen 95,5 % die Befragung vollständig ab; technische Schwierigkeiten traten kaum auf, die eingerichtete Hotline wurde nur selten in Anspruch genommen. Die mediane Testlänge über alle Teilnehmenden und Skalen hinweg betrug drei Items pro Domäne. Die medianen Standardfehler der geschätzten T-Scores lagen zwischen 1,95 (Körperliche Funktionsfähigkeit) und 2,93 (Schlafbeeinträchtigung), was einer Reliabilität von  $>0,90$  für alle Skalen entspricht. Zudem zeigten sich keine Hinweise auf Decken- oder Bodeneffekte.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass computer-adaptive PROMIS-Skalen im Rahmen der Reha-QS eine präzise, valide und gleichzeitig ressourcenschonende Erfassung patientenberichteter Outcomes ermöglichen. Trotz der sehr kurzen Testlängen konnten stabile und reliabel geschätzte T-Scores erzielt werden. Die geringe technische Störanfälligkeit spricht für die Praktikabilität des Ansatzes. Insgesamt zeigt sich, dass PROM-basierte CAT-Erhebungen ein geeignetes Instrument zur modernen, patientenzentrierten Qualitätssicherung darstellen. Im nächsten Projektschritt wird die Post-Erhebung durchgeführt, um zusätzlich die Veränderungssensitivität (Responsivität) der Skalen zu prüfen. Langfristig soll die Reha-Toolbox II eine differenzierte, dateneffiziente und international anschlussfähige Grundlage zur kontinuierlichen Qualitätsbewertung der medizinischen Rehabilitation schaffen.

## **Take-Home-Message**

Computer-adaptive PROM-Assessments auf Basis von PROMIS liefern hochpräzise, valide und praktikable Ergebnisse bei minimaler Befragungslast und stellen somit einen zentralen Baustein für eine moderne, patientenzentrierte und effiziente Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation dar.

## **Literatur**

- Obbarius, A., Hartmann, C., Liegl, G., Fischer, F., Rose, M. (2024): The Reha-Toolbox Project: Linking Item Subsets of 3 Established Rehabilitation PROMs to 9 Domains of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). Archives of physical medicine and rehabilitation.
- Rafiq, R. B., Yount, S., Jerousek, S., Roth, E. J., Cella, D., Albert, M. V., Heinemann, A. W. (2023): Feasibility of PROMIS using computerized adaptive testing during inpatient rehabilitation. Journal of patient-reported outcomes, 7(1), 44.

Fries, J., Rose, M., Krishnan, E. (2011): The PROMIS of better outcome assessment: responsiveness, floor and ceiling effects, and Internet administration. The Journal of rheumatology, 38(8), 1759-1764.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Digitale PROM-Erhebung in der Reha-Nachsorge: Real-Life-Evidenz zu Arbeitsfähigkeit, Nutzung und Patient\*innenmerkmalen**

*Sebastian Knapp; Frank Merten; Jessica Huss; Filippo Martino*

Caspar Clinic. Digitales Centrum für Gesundheit.

### **Hintergrund und Zielstellung**

Geringe Arbeitsfähigkeit ist mit einem erhöhten Risiko für Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit assoziiert (Fauser et al., 2022). Die digitale Therapie ermöglicht es, digital erfasste Nutzungsdaten sowie weitere Parameter zu analysieren. So können individuelle Genesungsprozesse besser abgebildet und Assoziationen zu Therapieadhärenz, Nutzungsintensität und Leistungsentwicklung untersucht werden. Ziel war es, den zeitlichen Verlauf des Work Ability Scores (WAS) zu analysieren und dessen Zusammenhang mit digitalem Nutzungsverhalten und Patient\*innenmerkmalen zu prüfen.

### **Methoden**

Im Rahmen der digitalen Reha-Nachsorge (IRENA) wurde ein indikationsübergreifendes Set patientenberichteter Ergebnismaße (PROMs) implementiert, das mit Nutzungs- und Verlaufsdaten der Therapieplattform verknüpft ist. Für die explorative Datenanalyse wurde die Befragung von 449 Teilnehmenden genutzt (Beginn (t1), Ende (t2) sowie 3-Monats-follow-up der Nachsorge (t3)).

Der Verlauf des WAS (Einteilung: gut, moderat, schlecht) wurde mittels der Elbow-Methode (SSE) in Cluster unterteilt. Neben deskriptiven Auswertungen wurde der Friedman-Test durchgeführt, um Unterschiede in den Messzeitpunkten für den WAS innerhalb jedes Clusters zu prüfen. Post-Hoc-Tests wurden mittels Wilcoxon-Tests für alle Paare von Messzeitpunkten durchgeführt ( $\alpha < 0,05$ ).

### **Ergebnisse**

Für den Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurden drei Cluster identifiziert (siehe Abb. 1):

1. (N=150) - relativ stabil im schlechten Bereich der Arbeitsfähigkeit
2. (N=187) - relativ stabil im guten Bereich der Arbeitsfähigkeit
3. (N=112) - Verbesserung von initial schlechter zu guter Arbeitsfähigkeit und anschließender Stabilisierung

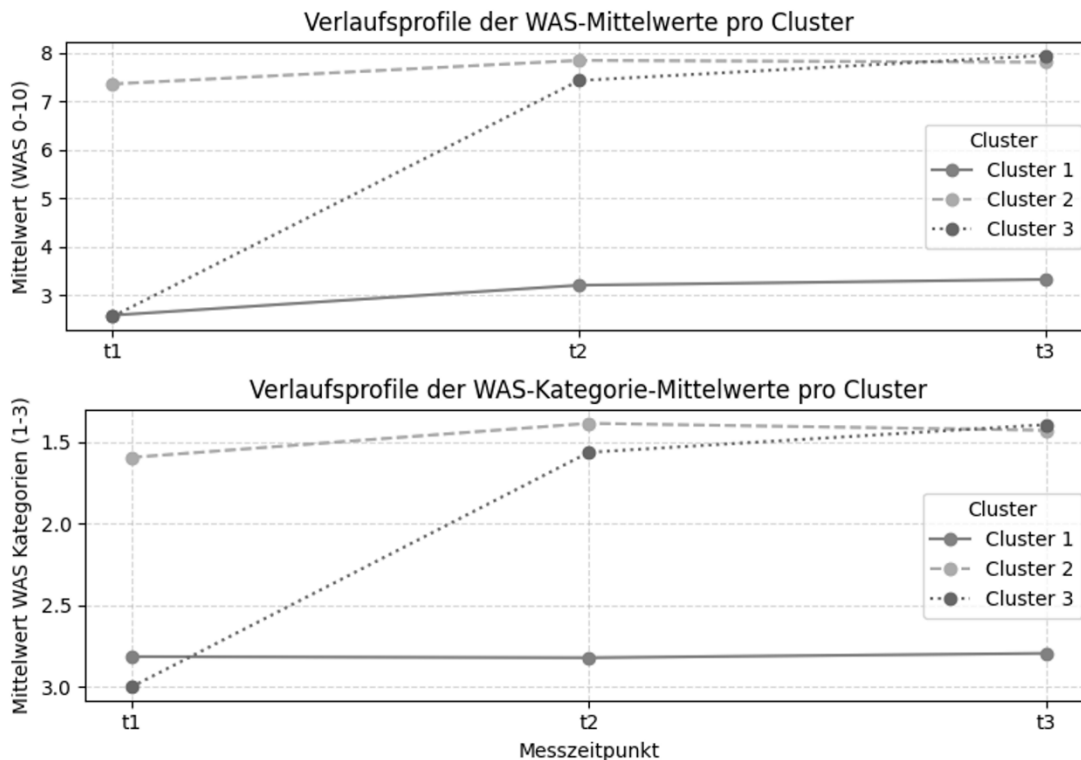


Abbildung 1

Varianzanalysen mit Messwiederholung konnten für den Cluster 1 keine signifikanten Unterschiede über die Zeit zeigen ( $p=0,070$ ), aber für die Cluster 2 und 3 (jeweils  $p < 0,001$ ). Für Cluster 2 und 3 zeigten sich signifikante Veränderungen über die Zeit der Nachsorge ( $p < 0,001$ ), nicht aber die Zeit der Nachbeobachtung.

Signifikante Unterschiede zwischen den Clustern zeigten sich für die soziodemografischen Angaben der Patient\*innen bzgl. des Alters ( $p=0,028$ ), des höchsten Schulabschlusses ( $p=0,017$ ) sowie der Erwerbssituation zu Beginn der Nachsorge ( $p=0,008$ ).

Für Cluster 2 zeigte sich hierbei das jüngste Durchschnittsalter (56,0 vs. 57,4 bzw. 57,1 Jahre). Cluster 1 zeigte den höchsten Anteil an Patient\*innen, die erwerbslos sind (17,3 % vs. 3,2 % bzw. 12,3 %) sowie den geringsten Anteil an einer hohen Schulbildung (Abitur/Fachhochschulreife; 23,3 % vs. 39,6 % bzw. 36,6 %).

Für die betrachteten Kennwerte zur Einschätzung der digitalen Therapieumsetzung (abgeschlossene Module, Dauer, Wochen mit keiner, geringer oder hoher Aktivität etc.) konnten zwischen den Clustern keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden.

Auch der Transfer ins tägliche Leben von in der Nachsorge eingeübter körperlicher Betätigung und erlerntem Wissen zeigte sich zwischen den Clustern nicht verschieden.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die digitale Nachsorge insbesondere in den Clustern mit stabil hoher Arbeitsfähigkeit (Cluster 2) und der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (Cluster 3) signifikante Veränderungen im Verlauf aufwies, während Cluster 1 relativ stabil blieb. Jüngere Patient\*innen in Cluster 2 zeigten bessere Ergebnisse. Der relativ hohe Anteil an erwerbslosen Patient\*innen sowie die eher geringe Schulbildung in Cluster 1 könnten

Hinweise sein, warum diese Gruppe weniger stark von der Nachsorge profitierte. Es war jedoch kein direkter Zusammenhang zwischen digitaler Adhärenz und Arbeitsfähigkeit zu erkennen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass andere Faktoren, wie z. B. soziale Unterstützung oder psychische Belastungen, eine Rolle spielen könnten. Für die Praxis bedeutet dies, dass bestimmte Patient\*innengruppen gezielter unterstützt werden sollten, etwa durch niedrigschwellige Begleitangebote, intensivere persönliche Betreuung oder angepasste Kommunikationsstrategien.

### **Take-Home-Message**

Die aus dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit abgeleiteten Cluster sind mit bestimmten soziodemografischen Merkmalen assoziiert, zeigen aber keine unterschiedlichen Nutzungsmuster der digitalen Nachsorge.

### **Literatur**

Fauser, D., Zeuner, A. K., Zimmer, J. M., Golla, A., Schmitt, N., Mau, W., u. a. (2022): Work ability score as predictor of rehabilitation, disability pensions and death? A German cohort study among employees with back pain. *WOR*. 17. Oktober 2022;73(2):719–28.

Interessenkonflikt: Die Autor\*innen sind Mitarbeitende der Caspar Clinic. Digitales Centrum für Gesundheit.

Förderung: -

## **Praktikabilität und Implementierungsbedingungen von PROMs im Klinikalltag: Erkenntnisse aus der schweizweiten PROMIS GH-10-Pilotstudie**

*Marie Utsch<sup>1</sup>; Gaia Garuffi<sup>2</sup>; Stephan Tobler<sup>2</sup>; Manuela Marquardt<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> ANQ

### **Hintergrund und Zielstellung**

Zur Stärkung der Patientenperspektive werden zunehmend Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) eingesetzt, die die klinischen und leistungsbasierten Ergebnisse in der Qualitätsmessung ergänzen (Rotenstein et al., 2017). Die Einführung von PROMs im Klinikalltag gestaltet sich jedoch oft schwierig, beispielsweise wegen Herausforderungen bei der Datenerhebung, hohen administrativen Aufwand oder der Heterogenität der Patientengruppen (Anderson et al., 2024).

In der Schweiz führt der ANQ - das Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken ein externes Qualitätssicherungsprogramm durch. Im Rahmen eines Pilotprojekts wurde im Zeitraum vom 01/2023 bis 06/2024 der generische PROMIS Global Health-10 (PROMIS GH-10) in der stationären Rehabilitation als Prä-Post-Messung getestet. Ziel der landesweiten Pilotstudie war, die Praktikabilität des PROMIS GH-10 im klinischen Alltag zu prüfen.

## Methoden

Zur Beurteilung der Praktikabilität wurde eine Mixed-Methods-Beobachtungsstudie durchgeführt. Quantitative Daten wurden in 28 stationären Rehabilitationskliniken erhoben, wobei Patient\*innen zu Ein- und Austritt gebeten wurden, den PROMIS GH-10 papierbasiert oder via Tablet auszufüllen. Anschließend dokumentierten Gesundheitsfachpersonen (GFP), ob Unterstützung beim Ausfüllen benötigt wurde.

Ergänzend wurden semi-strukturierte Einzel- und Gruppeninterviews mit GFP aller beteiligten Berufsgruppen geführt. Der Leitfaden umfasste Themen wie Herausforderungen und Lösungen, Aufwand und Nutzen, Praktikabilität, Akzeptanz, Konzept von PROMs und Implementierung. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz, kombiniert aus deduktiven Kategorien (basierend auf der Forschungsfrage) und induktiven Unterkategorien aus dem Material.

## Ergebnisse

Von insgesamt 2083 befragten Patient\*innen lagen bei Eintritt (T1) 2015 und bei Austritt (T2) 1290 Messungen mit Angaben zum Unterstützungsbedarf vor (Rücklaufquote T1: 96,7 %; T2: 61,9 %). Bei 41 % der Messungen (n=1355) benötigten Patient\*innen Unterstützung beim Ausfüllen, in der Geriatrie mehr als zwei Drittel (T1: 66,9 %; T2: 67,2 %), am wenigsten in der Psychosomatik (T1: 14,4 %; T2: 5,4 %). Die häufigste Form der Hilfe war das Vorlesen von Fragen und Antworten (ca. 50 %) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Unterstützungsbedarf zu Ein- und/oder Austritt

| Kategorie                             | n    | %     |
|---------------------------------------|------|-------|
| Vorlesen der Fragen/Antworten         | 698  | 51.5  |
| Ankreuzen im Auftrag                  | 270  | 19.9  |
| Rückfragen zum Fragebogen beantworten | 157  | 11.6  |
| Mehrfachunterstützung*                | 205  | 15.1  |
| Sonstige                              | 25   | 1.8   |
| Gesamt                                | 1355 | 100.0 |

\*basierend auf den offenen Angaben nachkodierte Kategorie

Aus 10 der teilnehmenden Kliniken wurden 13 GFP interviewt (vier im Qualitätsmanagement, neun in verschiedenen anderen Funktionen z. B. Ärzt\*innen). Die Interviews dauerten 30-90 Minuten. Aus der Analyse ergaben sich fünf Hauptkategorien mit ein bis fünf Unterkategorien, die Förderfaktoren, Barrieren und Implementierungsvorschläge abbilden (Abbildung 1).

Positiv bewertet wurde die kurze Ausfüllzeit von 3–6 Minuten: „Das Ziel war, dass die Patienten wirklich Zeit haben für den Fragebogen [...] da war die Idee, dass wir uns einen Zeitraum schaffen, damit sie dann wirklich auch den Fragebogen ausfüllen können.“ (GI1).

Barrieren waren u. a. mangelhafte digitale Integration, Bedienungsprobleme der Tablets, Ablehnung oder Unfähigkeit von Patientinnen im Umgang mit Technologie sowie ein zusätzlicher Aufwand von bis zu 30 Minuten pro Patient\*in ohne ausreichende Ressourcen: „Es gab sehr wenige, die den Fragebogen mit dem Tablet ausfüllen konnten. Bei der Geriatrie wiederum gar niemand.“ (EI2). Teilweise wurde der Nutzen für die Routineversorgung infrage gestellt, wenn die Ergebnisse nicht in die Behandlung integriert wurden: „Es hat für mich keinen Zusatznutzen. Ich habe das nicht in einem Gespräch vertieft.“ (FG1)

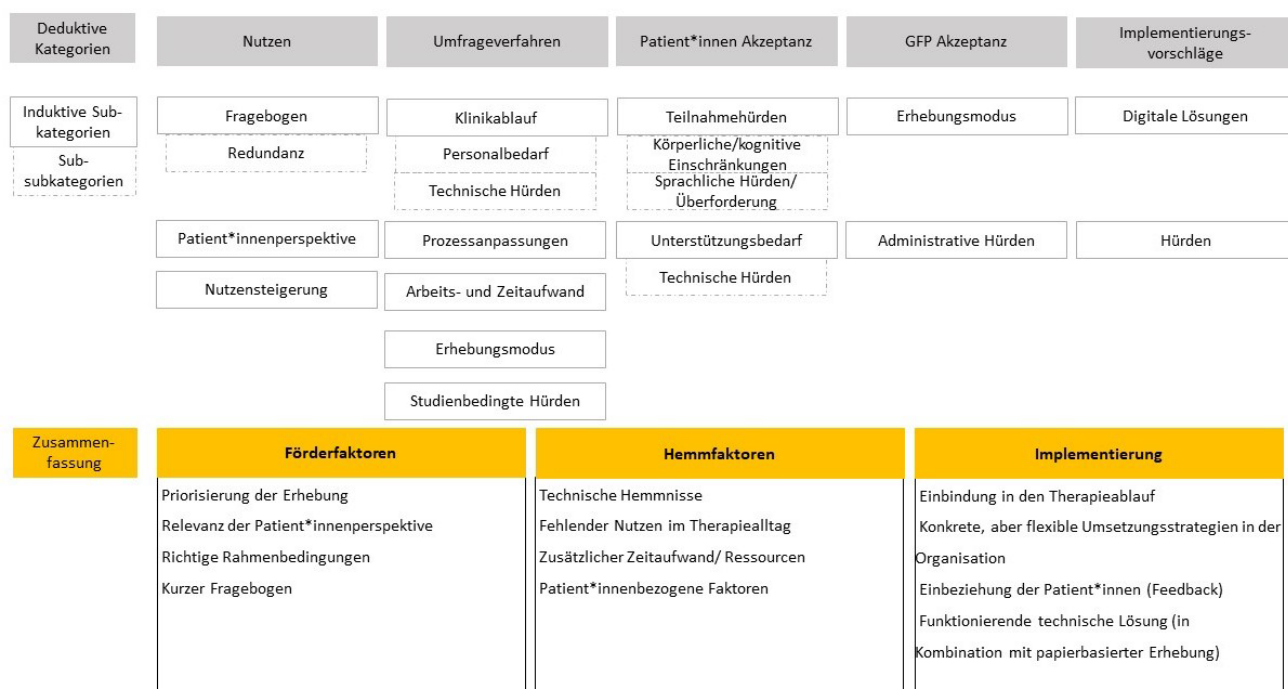


Abbildung 1: Deduktive und induktive Kategorien und Förder- und Hemmfaktoren für die Implementierung

## Diskussion und Fazit

Die quantitativen Daten zeigen, dass die Unterstützungsbedarfe je nach Zielgruppe in den Rehakliniken unterschiedlich sind und teils erheblichen Mehraufwand für das Personal bedeuten. Das häufige Vorlesen der Fragen deutet auf Potenzial für technische Hilfen wie Sprachassistenten-Systeme hin (Hillmann et al., 2024).

Einige Schwierigkeiten resultierten aus strukturellen oder organisatorischen Rahmenbedingungen, z. B. fehlender digitaler Vernetzung. Die qualitativen Ergebnisse zu Barrieren und förderlichen Faktoren, wie technische Administration oder klare Verantwortlichkeiten, stimmen mit internationalen Studien überein (Long et al., 2021; Anderson et al., 2024).

## Take-Home-Message

Die Erhebung von PROMs ist mit erheblichem Aufwand verbunden und kann die Patient\*innenperspektive nur nachhaltig stärken, wenn die digitale Integration und sichtbarer Nutzen für die klinische Praxis angegangen werden.

## Literatur

- Anderson, M., van Kessel, R., Wood, E., Stokes, A., Fistein, J., Porter, I., Mossialos, J., Valderas, J. M. (2024): Understanding factors impacting patient-reported outcome measures integration in routine clinical practice: an umbrella review. *Quality of Life Research*, 2024. 33(10): S. 2611–2629.
- Hillmann, S., Ashrafi, N., Graf, P., Harnisch, P. L., Jansen, E., Marquardt, M., Voigt-Antons, J. N. (2024): 12 Multimodal Interactive Assistance for the Digital Collection of Patient-Reported Outcome Measures, in *The Digitalization of Healthcare for Older Adults*, W. Herrmann, et al., Editors. 2024. S. 99–108.
- Long, C., Beres, L. K., Wu, A. W. (2021): Giladi, A. M., Patient-level barriers and facilitators to completion of patient-reported outcomes measures. *Quality of Life Research*, 2021: S. 1–8.

Rotenstein, L. S., Huckman, R. S., Wagle, N. W. (2017): Making Patients and Doctors Happier - The Potential of Patient-Reported Outcomes. *New England Journal Med*, 2017. 377(14): S. 1309–1312.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: ANQ

## **Wer profitiert von KI-gestützter PROM-Erhebung? Eine Mixed-Methods-Cluster-Typologie zu Barrieren und Nutzen**

*Manuela Marquardt<sup>1</sup>; Philipp Graf<sup>2</sup>; Luisa Jung<sup>1</sup>;  
Lisa Laske<sup>1</sup>; Eric Therstappen<sup>3</sup>; Robert Lindenberg<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> Hochschule München;

<sup>3</sup> ZAR Berlin – Zentrum für ambulante Rehabilitation

### **Hintergrund und Zielstellung**

Patient-reported outcome measures (PROMs) machen den von Patient:innen wahrgenommenen Gesundheitszustand mess- und vergleichbar. Aus dem Erhebungsalltag zeigt sich, dass PROMs besonders zuverlässig umgesetzt werden, wenn eine Studienassistentin vor Ort die Durchführung koordiniert, die Befragung erklärt und als feste Ansprechperson für Rückfragen fungiert. Das Ausfüllen kann durch patient:innenseitige Barrieren erschwert sein – etwa motorische oder sensorische Einschränkungen, Konzentrationsprobleme, Sprachbarrieren oder geringe Motivation. Solche Barrieren tragen dazu bei, dass bestimmte Patient:innengruppen in PROM-Daten systematisch unterrepräsentiert bleiben (Köhn et al., 2022). Um die Erhebung zugänglicher zu gestalten, wurde im Rahmen eines interdisziplinären Projekts gemeinsam mit einem Patient:innenbeirat ein KI-basiertes Sprachassistenzsystem entwickelt. Das MIA-PROM System integriert neben Barrierereduktionsfunktionen (Vorlesen, Spracheingabe, einfache Sprache) einen sozialen Agenten (verkörpert als Furhat-Roboter, digitaler Agent oder „voice-only“-Tonspur), welcher Patient:innen dialogisch durch den Fragebogen begleitet. Zudem gibt es nutzerzentrierte Konfigurationsoptionen zur individuellen Anpassung der Darstellung und Audioführung: skalierbare Schrift, kontraststarke Ansichten, regulierbare Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit und ein modularer Aufbau der Assistenz, der das separate Aktivieren oder Deaktivieren einzelner Unterstützungsfunktionen ermöglicht. Erste Ergebnisse zeigen eine große Heterogenität in der Nutzung und Wahrnehmung des Systems. Ziel dieser Analyse ist es, typische Barrieren- und Nutzenprofile zu differenzieren.

### **Methoden**

Das MIA-PROM System wurde in einem konvergenten Mixed-Methods-Design in der ambulanten Rehabilitation mit psychosomatischen und neurologischen Patient:innen evaluiert. Im quantitativen Teil wurden alle Teilnehmenden randomisiert einer der drei Assistenzformen (physisch, virtuell, voice-only) zugewiesen und bearbeiteten zwei Hälften eines PROM-Fragebogens jeweils mit und ohne Assistenz (cross-RCT). Anschließend



bewerteten sie ihre Nutzungserfahrungen in kurzen Evaluationsbögen und leitfaden-gestützten Interviews. Die Interviewdaten wurden kodiert, in Dummys überführt und kombiniert mit den quantitativen Ergebnissen ausgewertet. Neben Barrieren (motorisch, sensorisch, konzentrativ, sprachlich, motivational, Barrieregrad) und Assistenznutzen (Spracheingabe, Vorlesefunktion, sozialer Agent, tatsächlicher Assistenznutzen) wurden auch Variablen zu weiteren Nutzungsbesonderheiten (subj. Anstrengung, Hedonik, Technik-aversion, Nutzungsabsicht, Performanzprobleme) im Clusteralgorithmus einbezogen. Mithilfe einer k-modes-Clusteranalyse (Hamming-Distanz) wurden anschließend typische Barrieren- und Nutzenprofile identifiziert und mittels Heatmaps visualisiert.

## Ergebnisse

Die Clusteranalyse mit  $k = 8$  Nutzertypen lieferte charakteristische Barrieren-, Assistenz- und Nutzungsprofile (siehe Abbildung 1) bei einer robusten Trennschärfe (mittlere Silhouettenbreite 0,185). Diese decken sich mit empirischer Erfahrung und lassen sich gut entlang weiterer Evaluationsindikatoren beschreiben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Barrieren- und Nutzenprofile

| Barrieren- und Nutzenprofile |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                            | <b>Die Ablehner:</b> überwiegend weiblich und psychosomatisch, mittlere Barrieren, kein Nutzen, empfanden Assistenz häufig anstrengend und sehen überwiegend für sich keine Vorteile durch Assistenz, teilw. kritische Haltung geg. Technik und Assistenzfunktionen, insb. Vorlesefunktion und sozialer Agent, geringe soziale Präsenz, häufige Performanzprobleme (n=21/22,6%) |
| 2                            | <b>Die Skeptischen:</b> etwas älter, teils niedrigere, teils sehr hohe Technikaffinität, eher schlechte Systemperformanz, sehen überwiegend für sich keine Vorteile durch Assistenz, aber häufig auch keine Nachteile, geringe/hohe Barrieren, geringer/kein Nutzen (n=13/14,0%)                                                                                                |
| 3                            | <b>Die Indifferenten:</b> häufiger männlich, Roboter-Kondition und neurologisch, keine Barrieren, prinzipiell aufgeschlossen, aber kein Nutzen, sehen für sich keine Vorteile durch Assistenz, aber oft auch keine Nachteile, geringe soziale Präsenz, häufige Performanzprobleme (n=14/15,0%)                                                                                  |
| 4                            | <b>Die Aufgeschlossenen:</b> etwas älter, häufiger Roboter-Kondition, keine Barrieren, geringer Nutzen, aufgeschlossen geg. sozialem Agent, teilw. Hedonik trotz Performanzproblemen (n=7/7,5%)                                                                                                                                                                                 |
| 5                            | <b>Die Nutzungsfreudigen:</b> etwas jünger, nur weiblich und psychosomatisch, mittlere Barrieren, mittlerer Nutzen, teilw. trotz hoher Anstrengung, Vorzüge insb. durch Vorlesefunktion und sozialen Agenten, Spracheingabe teilweise nicht funktionierend, Hedonik und hohe Nutzungsabsicht (n=6/6,5%)                                                                         |
| 6                            | <b>Die Explorativen:</b> deutlich jünger und häufiger neurologisch, geringe Barrieren und sehr niedrige Anstrengung, Vorzüge durch Vorlesefunktion, Spracheingabe und sozialen Agenten, hohe Hedonik trotz Performanzproblemen (n=9/9,7%)                                                                                                                                       |
| 7                            | <b>Die Barrierenüberwindenden:</b> hohe differenzierte Barrierenprofile, hoher Nutzen, alle fanden Vorlesen erleichternd, wahrgenommene Nützlichkeit und hohe Hedonik sowie Zufriedenheit, auch mit sozialem Agenten, höhere soziale Präsenz, hohe Nutzungsabsicht und kaum Performanzprobleme (n=10/10,8%)                                                                     |
| 8                            | <b>Die Konzentrations-Entlasteten:</b> deutlich jünger, hauptsächlich konzentrationale Barriere, Vorlesen hilft, wahrgenommene Nützlichkeit und etwas höhere Hedonik sowie Zufriedenheit, auch mit sozialem Agenten, überwiegend Nutzungsabsicht – teilweise trotz Performanzproblemen (n=13/14,0%)                                                                             |

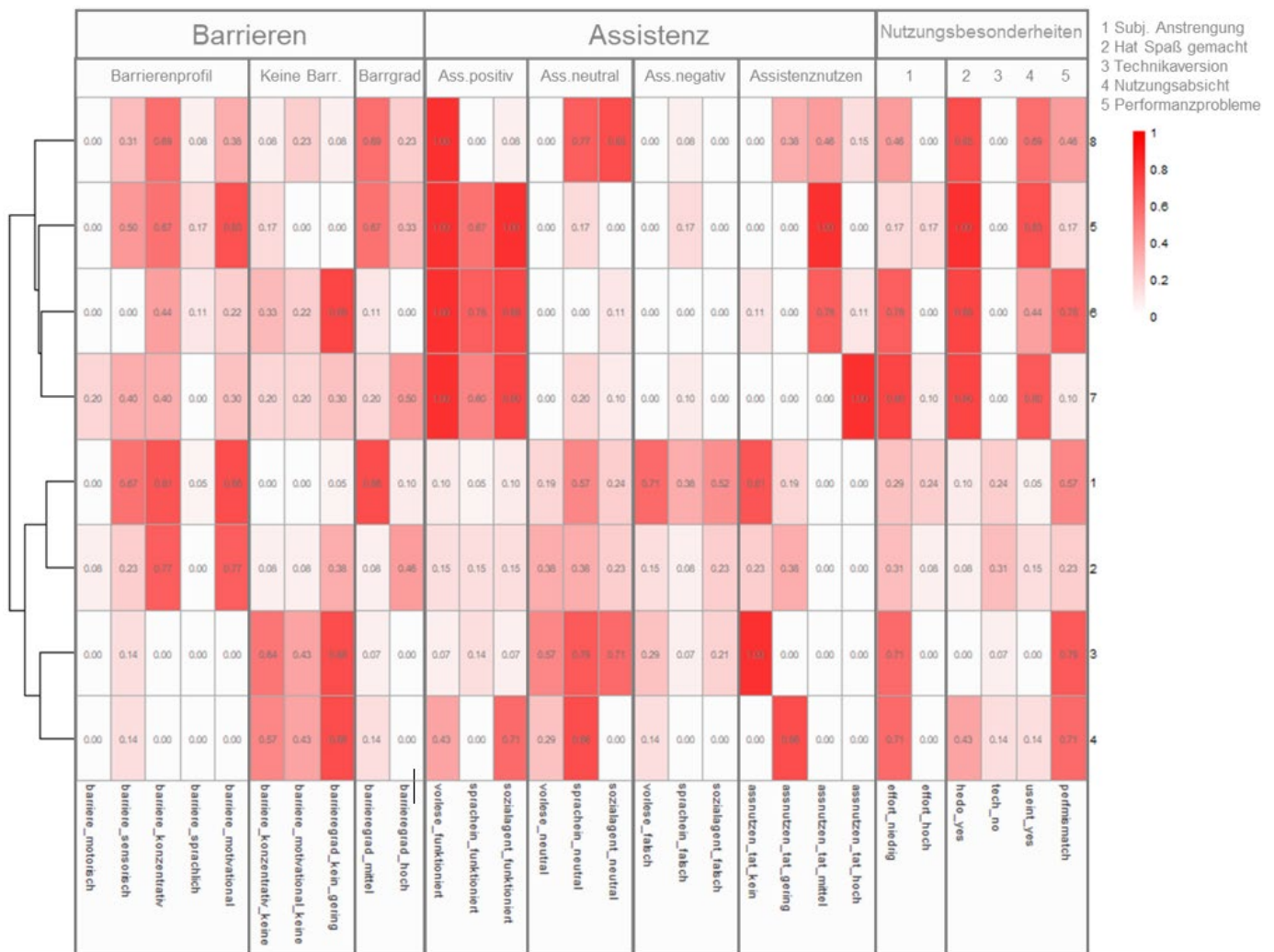


Abbildung 1: Heatmap der Clustervariablen

Die n=93 Patient:innen verteilen sich wie folgt auf die Cluster:

1. Die Ablehner (n=21)
2. Die Skeptischen (n=13)
3. Die Indifferenten (n=14)
4. Die Aufgeschlossenen (n=7)
5. Die Nutzungsfreudigen (n=6)
6. Die Explorativen (n=9)
7. Die Barrierenüberwindenden (n=10)
8. Die Konzentrationsentlasteten (n=13)

In C1-3 finden sich Patient:innen, die aus verschiedenen Gründen keine Vorteile durch die KI-Assistenz erfahren haben (C2-3 aber häufig auch keine Nachteile). C3-4 zeichnen sich durch sehr niedrige Barrierenprofile und geringen Assistenznutzen aus. C4-8 profitieren alle von der Vorlesefunktion sowie teilweise weiteren Assistenzfunktionen des Systems und empfanden diese als kurzweilig. Während C8 bei hohen Konzentrationsproblemen primär die Vorlesefunktion als unterstützend empfand, sammeln sich in C4 Patient:innen mit geringen

Barrieren, die insbesondere dem sozialen Agenten gegenüber aufgeschlossen sind. C5-7 profitieren vom Vorlesen, Spracheingaben und dem sozialen Agenten und differenzieren sich entlang ihrer Barrierenprofile von gering (C6), mittel (C 5) bis hoch (C7).

### **Diskussion und Fazit**

Die Mixed-Methods-Cluster-Typologie zeigt differenzierte Barrieren- und Nutzenprofile bei KI-gestützter PROMs-Erhebung. Die verschiedenen Clustervariablen spiegeln in ihren Ausprägungen typische Interaktionserfahrungen mit dem Assistenzsystem. Von den Assistenzfunktionen zeigt die Vorlesefunktion für konzentrationale Barrieren den größten Nutzen, während die Bereitschaft mit einem System zu sprechen deutlich niedriger ausfällt. Motivationale Barrieren können teilweise durch den sozialen Agenten adressiert werden: Während in einigen Clustern eine hohe Aufgeschlossenheit vorherrscht und der motivierende Dialog als nützlich empfunden wird, bietet der Agent für andere keinen Mehrwert. Die Cluster zeigen, dass auch bei niedrigen Barrieren der Hedonikfaktor eines interaktiven Systems relevant ist, da das Fragebogenausfüllen dadurch kurzweiliger wird. Ein Teil der Patient:innen lehnt eine technische Lösung ab. 10 % der Patient:innen mit hohen Barrieren konnten von allen Funktionen profitieren und hatten dadurch einen hohen Assistenznutzen bei der Datenerhebung. Limitierend für die Analyse sind die geringen Fallzahlen sowie unterschiedlich deutlich wahrzunehmende Performanzprobleme des Systems während der Erhebung.

### **Take-Home-Message**

Mit der richtigen Konfiguration kann eine KI-gestützte PROM Erhebung Barrieren adressieren: Eine Vorlesefunktion hilft bestimmten Personengruppen Konzentrationsprobleme zu verringern, während ein sozialer Agent zusätzlich motivierend wirken kann; eine kleine Gruppe bleibt einer technischen Lösung gegenüber insgesamt ablehnend.

### **Literatur**

Köhn, S., Schlumbohm, A., Marquardt, M., Scheel-Sailer, A., Tobler, S., Vontobel, J., Menzi, L. (2022): Predicting non-response in patient-reported outcome measures: results from the Swiss quality assurance programme in cardiac inpatient rehabilitation. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(4), 1–7.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

## **Wie viel Körper braucht Sprachassistentz? Empirische Evidenz aus einer Feldstudie zur PROM-Erhebung**

*Philipp Graf<sup>1</sup>; Manuela Marquardt<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule München; <sup>2</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Multimodale Sprachassistentensysteme können Barrieren bei der Erhebung von PROMs reduzieren (Weimann, 2022) und zugleich Anonymität gewährleisten. Mögliche Formen der

Assistenz umfassen Spracheingabe und -ausgabe, emotionale Unterstützung sowie die Beantwortung von Rückfragen. Unzureichend erforscht ist die Frage, ob eine Verkörperung Vorteile bietet und, wenn ja, in welcher Form sie umgesetzt werden sollte. Eine körperliche Repräsentation könnte eine intuitive Interaktion befördern, nonverbale Kommunikation ermöglichen und die interaktionale Einbindung von Nutzenden steigern. Basierend auf Prototypentests des „Mia“-Assistenzsystems (siehe Abbildung 1) in einer ambulanten Rehabilitationsklinik vergleichen wir eine physische Verkörperung in Form eines Roboterkopfs (Furhat) mit einem virtuell verkörpertem Agenten sowie einer Sprachkondition. Das System soll Patient:innen beim Beantworten von PROMs auf einem Tablet unterstützen. Unsere Analyse stützt sich auf quantitative Bewertungen der Assistenzinteraktionen, leitfadengestützte Interviews und technische Logdaten. Wir verstehen Assistenz als sozio-materielles Wechselspiel zwischen individuellen Bedarfen der Patient:innen, den Assistenzleistungen und dem situativen Handlungsziel.



Abbildung 1: Sprachassistentensystem in den drei Konditionen der Verkörperung

## Methoden

106 Patient:innen mit neurologischen und psychosomatischen Indikationen nahmen an der cross-randomisierten Studie teil; 13 Fälle wurden aufgrund technischer Probleme ausgeschlossen. Patient:innen beantworteten ein Set von PROMs (82 PROMIS-Items – davon 66 verpflichtend und 16 freiwillig – und 7 zusätzliche Items) in einem split-half Fragebogendesign. In einer der Hälften wurden sie von einem Roboter, virtuellen Agent oder einer Stimme durch den Fragebogen begleitet. Die Kondition der Verkörperung sowie die Reihenfolge der assistierten und nicht-assistierten Hälfte wurden randomisiert. Ein Mixed-Methods-Ansatz verbindet technische Logdaten, Fragebogenergebnisse und Interviewanalysen. Die Interviews wurden mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Quantitative Daten wurden mittels Varianzanalysen (ANOVAs) und Chi-Quadrat-Tests ausgewertet; kodierte Interviewinhalte wurden zusätzlich quantitativ verglichen.

## Ergebnisse

Hinsichtlich der allgemeinen Zielstellung – der Erhebung reliabler Gesundheitsdaten – zeigt sich kein signifikanter Einfluss der Verkörperung auf das allgemeine Antwortverhalten. Alle Subgruppen beantworteten die Fragen im Pflichtteil in ähnlich hohem Umfang (>98 %, siehe Tabellenzeile 1 – im Teil ohne Assistenz liegen die Antwortraten auf demselben Niveau), und die psychometrische Qualität der Antworten unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den drei Bedingungen (Marquardt et al., 2025).

Dennoch hat die Verkörperung einen Einfluss auf das Interaktionsverhalten der Patient:innen im Sinne des Erlebens und des Interaktionsmodus mit dem System. Die Anzahl der an das System gerichteten Worte steigt mit dem Grad der Materialisierung der Verkörperung ( $p=0,061$ ; siehe Tabellenzeile 2). Die realweltliche Verkörperung eines Roboters führt zudem dazu, dass sich die Patient:innen signifikant weniger „alleine“ fühlen als in der virtuellen und der Sprachkondition ( $p=0,073$ ; siehe Tabellenzeile 3). Dies zeigt sich auch in den Interviews, in denen die Sprachkondition mit weniger subjektivierenden Semantiken beschrieben wird ( $p=0,069$ ; siehe Tabellenzeile 4). Allerdings führt die realweltliche oder virtuelle Verkörperung nicht dazu, dass ‘Mia’ weitergehende personale Kategorien wie Vertrauenswürdigkeit zugeschrieben werden (3,8 %; siehe Tabellenzeile 5.1); diese werden dem System als Ganzen (62,9 %; siehe Tabellenzeile 5.3) oder den Inverkehrbringenden der Technologie zugeschrieben (33,3 %; siehe Tabellenzeile 5.2).

Tabelle 1: Mixed-methods empirische Evidenz zur Verkörperung

|   | Datenbasis                                                                                                                                                           | Statistik                                                                 | Physisch                           | Virtuell                           | Sprachkondition                    |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | <b>PROM-Daten:</b><br>Anteil an beantworteten Fragen im Pflichtteil (n=92)                                                                                           | F=1,218<br>p=0,301                                                        | 0,98<br>(SD=0,05)<br>n=29          | 0,99<br>(SD=0,02)<br>n=32          | 0,99<br>(SD=0,01)<br>n=32          |
| 2 | <b>Logdaten:</b><br>(mind. 1 Spracheingabe)<br>Anzahl an Wörtern (n=59)                                                                                              | F=1,908<br>p=0,061†                                                       | 44,6<br>(SD=33,4)<br>n=17          | 39,2<br>(SD=31,4)<br>n=17          | 26,8<br>(SD=27,5)<br>n=25          |
| 3 | <b>Evaluationsfragebogen:</b><br>“Wie sehr hatten Sie das Gefühl, allein zu sein?”<br>(1 alleine - 10 nicht alleine) (n=93)                                          | F=2,692<br>p=0,073†                                                       | 6,3<br>(SD=3,3)<br>n=29            | 4,5<br>(SD=3,2)<br>n=32            | 5,3<br>(SD=3,4)<br>n=32            |
| 4 | <b>kodierte Interviewdaten:</b><br>Verwendung subjektivierender Semantik/Mia als “Gegenüber”<br>(0 nein - 1 ja) (n=93)                                               | chi²=5,34<br>p=0,069†<br><br>Gesamt: 34,4%                                | n=29<br><br>41,4%                  | n=32<br><br>43,8%                  | n=32<br><br>18,8%                  |
| 5 | <b>kodierte Interviewdaten:</b><br>Zurechnung von<br>“Vertrauenswürdigkeit” auf:<br>(1 Mia als Entität<br>2 Inverkehrbringer<br>3 Assistenzsystem als Ganzes) (n=78) | chi²=5,71<br>p=0,22<br><br>Gesamt: 3,8%<br>Gesamt: 33,3%<br>Gesamt: 62,9% | n=24<br><br>4,2%<br>20,8%<br>75,0% | n=25<br><br>8,0%<br>44,0%<br>48,0% | n=29<br><br>0,0%<br>34,5%<br>65,5% |

† = Trend ( $p < 0.10$ )

## Diskussion und Fazit

Unsere Analyse zeigt, dass die Form der Verkörperung die Zuverlässigkeit der erhobenen PROMs nicht negativ beeinflusst, jedoch zu einem stärkeren sozialen Erleben bei einigen

Patient:innen führt. Die persönliche Tendenz zur Soziomorphisierung der Umwelt konnte also als Mittel zur Überwindung motivational-emotionaler Barrieren genutzt werden – ihre Wirkung blieb in unserem Fall jedoch auf diesen Barrieretyp begrenzt. Der ontologische Status (Mensch/Maschine) bleibt davon unberührt. Für andere Barrieretypen (kognitive, sprachliche oder motorische) konnte das Embodiment keinen messbaren Nutzen erzeugen. Entscheidend für den Mehrwert einer verkörperten Assistenz scheint zu sein, ob der Körper eines Agenten in einer konkreten Assistenzsituation einen sinnhaften, also einen für den Handlungsvollzug relevanten, Mehrwert für die Patient:innen erzeugen kann (z.B. durch Lippenbewegungen).

### **Take-Home-Message**

Die Wahl einer Verkörperung sollte sich an den konkreten Assistenzbedarfen und -leistungen orientieren, wobei zu berücksichtigen ist, ob eine bestimmte Verkörperung handlungsrelevante Vorteile in einem jeweiligen Kontext bietet.

### **Literatur**

- Weimann, T., Schlieter, H., Reinsch, F., Ziemssen, T. (2022): Are Embodied Conversational Agents effective Tools for collecting Patient-reported Outcome Measures? – Towards a novel Approach in Multiple Sclerosis Care. Forty-Third International Conference on Information Systems, Copenhagen 2022, 1–9.
- Marquardt, M., Ashrafi, N., Balcerek, M., Compagna, D., Graf, P., Harnisch, P., Hillmann, S., Köllner, V., Lindenberg, R., Papst, L., Therstappen, E., Voigt-Antons, J.-N., Zöllick, J., Fischer, F. (2025): Comparing robot, avatar, and voice assistance in PROMIS administration – a cross-randomized controlled trial. PROMIS International Conference, Milwaukee, Wisconsin, USA. [Accepted].

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

### **Beschwerdenvalidierung bei der psychologischen Begutachtung von Antragsteller:innen mit psychischen Erkrankungen für Rente/Rehageld in Österreich**

*Markus Hochenburger<sup>1</sup>; Birgit Senft<sup>2</sup>; Marco Furtner<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Psychologisch-Diagnostisches Zentrum Hochenburger;

<sup>2</sup> statistix; <sup>3</sup> Universität Liechtenstein

#### **Hintergrund und Zielstellung**

In der gutachterlichen Praxis hat sich der Einsatz von Beschwerdenvalidierungstests (BVTs) zur Validitätsprüfung von präsentierten psychischen Symptomen oder kognitiven Einschränkungen bewährt (Feuerpeil, 2020). Merten et al. (2020) schätzen den Anteil negativer Antwortverzerrungen in Fragebogendaten auf etwa 20 % bis 35 %, bei Patient:innen der psychosomatischen Rehabilitation zeigen sich 30 % bis 35 % auffällige Werte. McWhirter et al. (2020) berichten über Hinweise auf suboptimale Anstrengungsbereitschaft („low effort“) in klinischen Populationen, die je nach Testverfahren und Diagnose bei bis zu 25 % auftreten, wobei die Literatur insgesamt nur wenige Studien mit differenzierten Ergebnissen der BVTs in Abhängigkeit von klinischen Diagnosen aufweist. Ziel dieser Studie ist die Analyse von Aggravationstendenzen im Begutachtungskontext bei Werber:innen für IV-Rente oder Rehageld aufgrund psychischer Erkrankungen.

#### **Methoden**

Die testpsychologische Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik von 237 konsekutiven Begutachtungsfällen einer psychologischen Praxis aus den Jahren 2024/2025 (ø 46,47 Jahre; SD=10,75; 54,4 % weiblich, 17,7 % Migrationshintergrund und 52,7 % Wiederbegutachtungen) wurde um zwei Verfahren zur Symptom- bzw. Leistungsvalidierung ergänzt. Antwortverzerrungen bei der Symptombeschreibung wurden mittels Self-Report Symptom Inventory (Merten et al., 2022) und die Anstrengungsbereitschaft mit dem Word Memory Test (Green, 2005) erfasst. Die Diagnosen wurden den Vorbefunden entnommen, für alle Fälle wurde das Vorliegen von Diagnosen aus den ICD-10-Gruppen F3, F5, F6, F9, G und I ermittelt.

#### **Ergebnisse**

Im WMT ergab sich bei 54,4 % und im SRSI bei 39,7 % der Patient:innen ein unauffälliges Ergebnis. Beide Verfahren zusammen genommen zeigte sich bei 30,4 % keine Auffälligkeit und 36,3 % der Werte waren in beiden Tests auffällig. 9,3 % waren nur im WMT und 24,1 % nur im SRSI auffällig.

In Abhängigkeit von der Diagnose zeigten sich geringe bzw. keine Unterschiede in der Validität der Ergebnisse; Patient:innen mit CFS ( $p=0,001$ ;  $CC=0,25$ ) wiesen seltener und Patient:innen mit den Diagnosen PTBS/Anpassungsstörungen ( $p=0,061$ ) oder unipolarer Depression ( $p=0,058$ ) wiesen von der Tendenz her häufiger auffällige Werte auf. Der Anteil

auffälliger Werte war bei Personen mit Migrationshintergrund ( $p=0,014$ ;  $CC=0,21$ ) und niedrigerem Bildungsstatus ( $p < 0,001$ ;  $CC=0,43$ , siehe Abb. 1) signifikant höher.

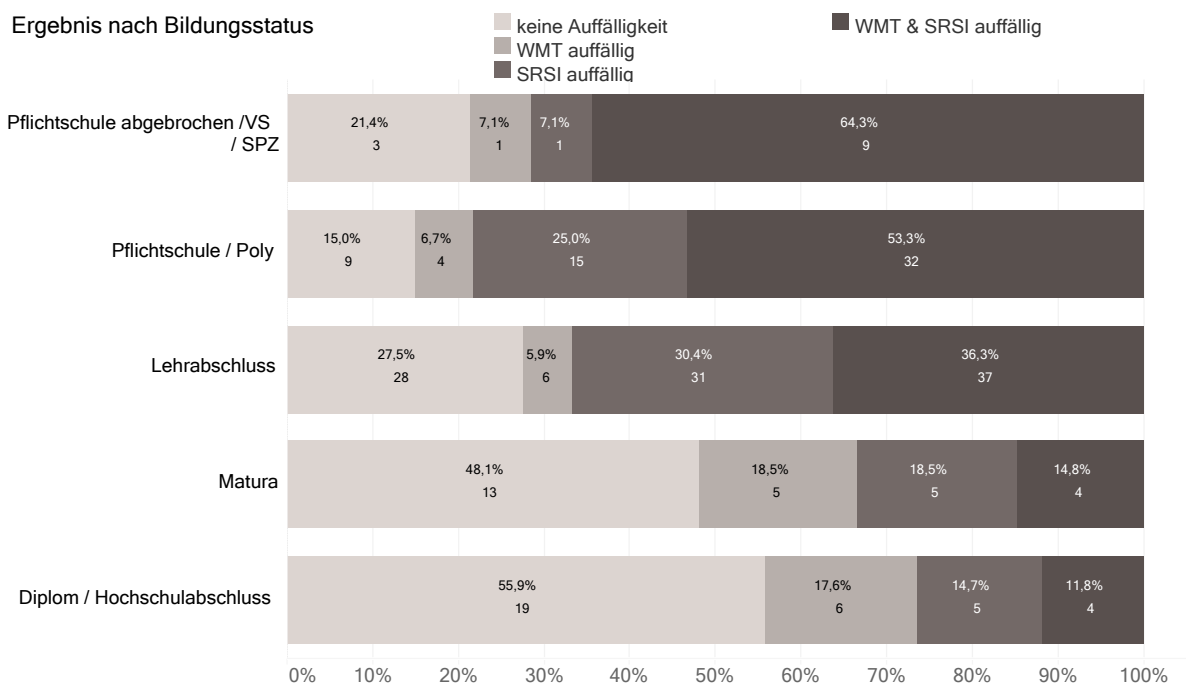


Abbildung 1

Die subjektive globale Validitätseinschätzung durch den Psychologen zeigt für 11,4 % eine exzellente, für 67,1 % eine gute und für 21,5 % eine mittelmäßige Validität. Diese hängt mit dem Ergebnis des WMT schwach ( $\chi^2=6,30$ ;  $p=0,043$ ;  $CC=0,16$ ) und mit jenem des SRSI nur tendenziell zusammen ( $\chi^2=5,08$ ;  $p=0,079$ ;  $CC=0,15$ ). Zwischen Psychologen-Rating und Zusammenschau von WMT und SRSI zeigt sich ein signifikanter, schwacher Zusammenhang ( $\chi^2=10,22$ ;  $p=0,037$ ;  $CC=0,20$ ).

## Diskussion und Fazit

Auf Ebene der präsentierten Symptome im SRSI zeigen sich mehr auffällige Ergebnisse als auf Ebene der kognitiven Leistung im WMT, dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden von Merten et al. (2022), die „overreporting“ und „underperforming“ als verwandte, jedoch distinkte Validitätskonstrukte sehen. Mit dem subjektiven Globalurteil des Untersuchers (Psychologen) korrelieren diese nur zum Teil und schwach.

Der Anteil verzerrter Testergebnisse von 30 % in den Validierungsverfahren ist gering und sollte im Zuge von Begutachtungen mitbedacht werden. Mit niedrigerem Bildungsniveau und Migrationshintergrund geht in der vorliegenden Studie eine erhöhte Aggravationstendenz einher, nach Alter und Geschlecht zeigen sich keine Zusammenhänge.

Limitationen ergeben sich durch die Heterogenität der naturalistischen Stichprobe mit teilweise kleinen Subgruppen. Sprachliche Probleme müssen bei der Interpretation von Testergebnissen bei Personen mit Migrationshintergrund in Erwägung gezogen werden.



## Take-Home-Message

Zur Sicherstellung einer konsistenten gültigen Befundlage psychologischer (Renten)Begutachtungen werden mehrere Indikatoren für Aggravation empfohlen, nicht nur einzelne Beschwerdenvalidierungstests oder das subjektive Evidenzgefühl des Untersuchers.

## Literatur

- Feuerpeil, S. (2020): Beschwerdenvalidierung von psychischen Störungen. DNP-Der Neurologe und Psychiater, 21(2), 22-25. doi:<https://doi.org/10.1007/s15202-020-0607-3>
- Green, P. (2005): Green's Word Memory Test for Microsoft Windwos: user's manual. Edmonton: Green's publishing
- McWhirter, L., Ritchie, C. W., Stone, J., Carson, A. (2020): Performance validity test failure in clinical populations – a systematic review. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 91, 945-952. doi:<https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-323776>
- Merten, T., Kaminski, A., Pfeiffer, W. (2020): Prevalence of overreporting on symptom validity tests in a large sample of psychosomatic rehabilitation inpatients. The clinical Neuropsychologist, 34(5), 1004-1024. doi:<https://doi.org/10.1080/13854046.2019.1694073>
- Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., Boskovic, I., Peunte-Lopez, E., Merckelbach, H. (2022): The Self-Report Symptom Inventory. Psychological Injury and Law, 15, 94-103. doi:<https://doi.org/10.1007/s12207-021-09434-w>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## Direkte Veränderungsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation: Der modifizierte „Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie“

*Marie-Luise Quiring<sup>1</sup>; Friedemann Gerhards<sup>2</sup>; Arpad Grec<sup>3</sup>;  
Gregor Domes<sup>4</sup>; Anette Pajung<sup>3</sup>; Niels Bergemann<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> RPTU Kaiserslautern-Landau; <sup>2</sup> Stresszentrum Trier; <sup>3</sup> HESCURO Klinik Bad Bocklet;

<sup>4</sup> Universität Trier; <sup>5</sup> Privatklinik REGENA Bad Brückenau

## Hintergrund und Zielstellung

Die direkte Veränderungsmessung stellt neben der indirekten einen bedeutsamen Ansatz für Qualitätssicherung und zum Wirkungsnachweis im Rahmen psychosomatischer Rehabilitation dar. Beide Messmethoden bieten spezifische Stärken und ergänzen sich in ihrer Aussagekraft. In der vorliegenden Studie wurde eine modifizierte Version des Veränderungsfragebogens zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie (VFE-PT; Krampen, 2008), erarbeitet von Friedemann Gerhards (Trier, unveröffentlicht), psychometrisch evaluiert und im stationären psychosomatischen Rehabilitationssetting eingesetzt.

## Methoden

An der Untersuchung nahmen insgesamt N=243 Patient:innen einer psychosomatischen Rehaklinik teil. Zu den drei häufigsten Hauptdiagnosen der Patient:innen gemäß ICD-10 zählten mittelgradige depressive Episode (F32.1), rezidivierende Depressionen (F33.1) und Anpassungsstörung (F43.2). Der modifizierte VFE-PT wurde zu zwei Messzeitpunkten (jeweils am Ende der Warte- und Therapiephase) eingesetzt, um die subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Entspannungserleben und Befinden zu messen. Eine indirekte Veränderungsmessung erfolgte zu Beginn und am Ende der Therapiephase mittels standardisierter Belastungsmaße (SCL-K-9, vgl. Klaghofer, Brähler, 2001; GSI; ASS-SYM-analoge Items). Dadurch konnten retrospektive subjektive Einschätzungen (VFE-PT) mit standardisierter Prä-Post-Erhebung verglichen und hinsichtlich ihrer Übereinstimmung geprüft werden. Ferner wurden psychische Komorbidität und demografische Angaben erfasst. Die psychometrische Überprüfung umfasste die Bestimmung der Reliabilität, der Faktorenstruktur sowie der Kriteriums- und Konstruktvalidität.

## Ergebnisse

Der modifizierte VFE-PT zeigte eine sehr hohe interne Konsistenz ( $\alpha = .95$ ) und eine eindimensionale Struktur. Die konvergente Validität wurde durch signifikante Korrelationen mit der Prä-Post-Differenz des GSI-9 ( $r = .44$ ) sowie der Prä-Post-Differenz der ASS-SYM-analogen Items ( $r = .48$ ) belegt. Die Patient:innen berichteten signifikant günstigere Befindensveränderungen in der Therapiephase im Vergleich zur Wartephase ( $Z = -7.46$ ,  $p < .001$ ). Auch im Rahmen der indirekten Veränderungsmessung zeigte sich eine statistisch signifikante Reduktion der Symptomatik im Verlauf der stationären Rehabilitation ( $t(98) = -9.52$ ,  $p < .001$ ) mit großer Effektstärke (Cohen's  $d = -1.08$ ). Die Analyse ergab keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem VFE-PT und der Anzahl psychischer Komorbiditäten, was darauf hindeutet, dass das Instrument unabhängig von der diagnostischen (Multi-)Morbidity valide Veränderungen anzeigt. 72 % der Patient:innen überschritten den Schwellenwert für klinisch bedeutsame Veränderung ( $\Delta \text{VFE-PT} \geq 5$ ). Dieser wurde mittels ROC-Analyse auf Basis eines positiven Reliable-Change-Werts in der SCL-K-9 ( $D_{\text{krit}} = 0.5 \times SD_{\text{pre}}$ ) empirisch bestimmt. Die AUC von 0.74 belegt eine akzeptable diagnostische Güte des Instruments. Auch für die Prä-Post-Veränderung der GSI-Werte ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Altersgruppen ( $p = .803$ ), Diagnosegruppen ( $p = .720$ ) oder deren Interaktion ( $p = .350$ ), ebenso wenig zwischen männlichen und weiblichen Patient:innen ( $p = .770$ ). Dies deutet darauf hin, dass der Rückgang der Symptomatik über Alters- und Geschlechtsgruppen hinweg konsistent ist und unabhängig von der Hauptdiagnose auftritt.

## Diskussion und Fazit

Der modifizierte VFE-PT stellt ein valides und hinsichtlich des klinischen Einsatzes ökonomisches Instrument zur retrospektiven Erfassung des subjektiven Befindens im psychosomatischen Rehabilitationsalltag dar. Er kann etablierte Erfolgskriterien durch eine subjektive Perspektive ergänzen und ist responsiv für Veränderungen über die Zeit. Das Instrument bietet aufgrund seiner Einfachheit und Aussagekraft einen zusätzlichen Nutzen für die Erfolgsmessung therapeutischer Interventionen im psychosomatischen Setting.

## **Take-Home-Message**

Der modifizierte VFE-PT hat sich als retrospektive Ein-Punkt-Messung am Ende der stationären Rehabilitationsbehandlung für den Einsatz bewährt, um wahrgenommene Veränderung gezielt zu erfassen und die Wirksamkeitseinschätzung zu erweitern.

## **Literatur**

Gerhards, F. (unveröffentlicht): Entwicklung und Analyse einer modifizierten Fassung des Veränderungsfragebogens zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie (VFE-PT) von G. Krampen.

Klaghofer, R., Brähler, E. (2001): Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90–R. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Krampen, G. (2008): Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden- Psychotherapie.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Gründe und Häufigkeiten von Abbrüchen ambulanter psychiatrischer Rehabilitation in Österreich und aktuelle Entwicklungen der Reha**

*Miriam Traugott-Suchomel; Daniela Fischer-Hansal; Birgit Senft*

BBRZ Med GmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Rehabilitation in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptomatik (Senft et al., 2020) und das Kosten-Nutzen-Verhältnis (Schosser et al., 2022) ist belegt. Weniger bekannt sind Daten zu abgebrochenen Heilverfahren, die weniger Nutzen für die Rehabilitand:innen bringen und einen hohen Aufwand für die Einrichtungen darstellen, daher ist eine frühzeitige Erkennung fehlender Reha-Fähigkeit sowie -Motivation wichtig.

Laut Leistungsprofil der PVA (Pensionsversicherungsanstalt Österreich, 2025) müssen Rehabilitand:innen über ausreichendes Rehabilitationspotenzial und eine positive Rehabilitationsprognose verfügen. Voraussetzung für den Reha-Abschluss ist die aktive Mitarbeit der Rehabilitand:innen, Abbrüche sind medizinisch bei fehlender Reha-Fähigkeit und disziplinar bei fehlender Motivation möglich.

Zielsetzung der explorativen und retrospektiven Analyse ist die Beschreibung der Entwicklung des Anteils von Reha-Abbrüchen und Abbruchgründen der letzten elf Jahre in der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation in Österreich sowie die Suche nach Prädiktoren für Abbrüche.

## **Methoden**

Anhand von 14.757 Datensätzen von drei Standorten ambulanter psychiatrischer Rehabilitation der BBRZMED des Zeitraums Jänner 2014 bis Dezember 2024 wurden Charakteristika von Abbrüchen (N=3.209; 21,7 %) und regulär beendeten Fällen (N=11.548;

78,3 %) verglichen (Tabelle 1). Einbezogen wurden soziodemographische Daten, ICD-10-Diagnosen und die Depressionssymptomatik im BDI-2 (Hautzinger et al., 2006). Die Abbruchgründe wurden ab 2020 systematisch erfasst und liegen für 2.156 Fälle vor. Die Daten wurden deskriptiv analysiert und univariat auf signifikante Unterschiede geprüft, eine Regressionsanalyse war aufgrund des hohen Anteils fehlender Werte bei den Abbrüchen nicht angezeigt. Der überwiegende Anteil der Rehabilitand:innen (36,6 % männlich,  $\bar{x}$  43,98 Jahre alt,  $SD=10,38$ ) ist von einer affektiven Störung (65,8 %) oder einer Diagnose aus dem Bereich F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (24,0 %) betroffen (F6: 5,5 %, sonstige 4,7 %). Von 6,4 % liegen keine Angaben zum beruflichen Status vor, 26,4 % sind berufstätig, 38,3 % beziehen Arbeitslosengeld und 13,5 % Reha-Geld, 11,6 % sind nach Kündigung im Krankenstand und 3,1 % stellten einen Antrag auf Reha-Geld oder Invaliditätspension (0,7 % sonstige).

## **Ergebnisse**

Die Abbruchrate liegt für den Gesamtzeitraum bei 21,7 %, nach Standort zeigen sich signifikante Unterschiede ( $\chi^2=53,88$ ;  $p < 0,001$ ): 18,6 % vs. 20,8 % vs. 25,5 %. Über die Jahre zeigt sich eine Steigerung der Abbrüche von 15,2 % im Jahr 2014 bis zu 30,7 % im Jahr 2024. Ausnahmen waren das Jahr 2019 mit weniger (13,7 %) und das Jahr 2020 (26,8 %) mit mehr Abbrüchen, letzteres aufgrund der COVID-19-Pandemie. Die Abbruchgründe sind überwiegend auf fehlende Reha-Fähigkeit (45,0 %), interkurrente Erkrankungen (30,6 %) und private Gründe (11,4 %) zurückzuführen. Sonstige Gründe (6,1 %) sind Fehlzuweisung, Transfer in eine Krankenanstalt, berufliche und disziplinäre Gründe, 6,4 % der Heilverfahren wurden vorzeitig nach Zielerreichung beendet.

Die Abbruchrate ist abhängig vom Bildungsstatus ( $\chi^2=1451,7$ ;  $p < 0,001$ ;  $CC=0,30$ ), vom beruflichen Status ( $\chi^2=206,24$ ;  $p < 0,001$ ;  $CC=0,27$ ), von der subjektiven Erwerbsprognose ( $\chi^2=1117,2$ ;  $p < 0,001$ ;  $CC=0,30$ ) sowie vom Migrationshintergrund ( $\chi^2=1458,6$ ;  $p < 0,001$ ;  $CC=0,27$ ). Höhere Abbruchraten zeigen sich für Rehabilitand:innen mit Diagnosen der Gruppen F2 und F6. Der Anteil berufstätiger Rehabilitand:innen schwankt über die Jahre im Bereich von 18,6 % (2016) bis 31,6 % (2022), die Depressionssymptomatik bei Reha-Beginn ist seit dem Jahr 2014 ( $M=22,87$ ;  $SD=10,93$ ) bis zum Jahr 2024 ( $M=27,45$ ;  $SD=11,57$ ) im Steigen. Die Effektgrößen der Reduzierung depressiver Symptome sind über die Jahre stabil und hoch.

## **Diskussion und Fazit**

Die steigenden Abbruchraten hängen mit einigen Charakteristika der Rehabilitand:innen zusammen und bei negativer subjektiver Erwerbsprognose (geringere Bildung, längere Arbeitslosigkeit und Rentenbegehren) ist ein Abbruch wahrscheinlicher. Limitationen ergeben sich aus dem Fehlen zahlreicher Angaben zur Soziodemographie und zum beruflichen Status der Abbrecher:innen, die Stärke der Studie liegt im langen Beobachtungszeitraum. Heilverfahren von Rehabilitand:innen mit PTBS oder Persönlichkeitsstörungen werden tendenziell häufiger abgebrochen, das Reha-Setting wurde um Angebote für spezifische Zielgruppen erweitert und befindet sich in Zusammenarbeit mit der Pensionsversicherungsanstalt in der Pilotphase.

Tabelle 1: Charakteristika von Rehabilitand:innen mit regulärem und vorzeitigem Abschluss der Behandlung

| Ausprägungen / fehlende Werte |                                                   | regulärer Abschluss |           | Abbruch  |           | Statistiken |          |          |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|-----------|----------|-----------|-------------|----------|----------|
|                               |                                                   | N                   | %         | N        | %         | p           | x        | CC       |
| Geschlecht                    | Weiblich                                          | 7280                | 77,8%     | 2072     | 22,2%     | p=0,106     | 2,61     | ns       |
|                               | Männlich                                          | 4262                | 79,0%     | 1134     | 21,0%     |             |          |          |
| Staatsangeh.                  | Österreichisch                                    | 9857                | 82,9%     | 2029     | 17,1%     | p<0,001     | 37,53    | 0,05     |
|                               | Sonstige                                          | 1254                | 76,7%     | 380      | 23,3%     |             |          |          |
|                               | Keine Information                                 | 437                 | 35,3%     | 800      | 64,7%     |             |          |          |
| Muttersprache                 | Deutsch                                           | 8821                | 83,4%     | 1762     | 16,6%     | p<0,001     | 1458,55  | 0,30     |
|                               | Sonstige                                          | 2266                | 77,9%     | 644      | 22,1%     |             |          |          |
|                               | Keine Information                                 | 461                 | 36,5%     | 803      | 63,5%     |             |          |          |
| Schulabschluss                | Pflichtschule                                     | 2528                | 78,2%     | 704      | 21,8%     | p<0,001     | 1451,70  | 0,30     |
|                               | Lehre                                             | 3251                | 81,9%     | 719      | 18,1%     |             |          |          |
|                               | AHS / BHS / Abitur                                | 3197                | 84,2%     | 599      | 15,8%     |             |          |          |
|                               | Kolleg / Akademie / Studium                       | 1990                | 84,6%     | 363      | 15,4%     |             |          |          |
|                               | Sonstige                                          | 116                 | 84,1%     | 22       | 15,9%     |             |          |          |
|                               | Keine Information                                 | 466                 | 36,8%     | 802      | 63,2%     |             |          |          |
| Berufliche Ausbildung         | Hilfsarbeit                                       | 1557                | 76,9%     | 467      | 23,1%     | p<0,001     | 710,15   | 0,21     |
|                               | Fachkraft (Berufsausbildung)                      | 5492                | 82,7%     | 1149     | 17,3%     |             |          |          |
|                               | gehobene Fachkraft (nicht universitär)            | 1595                | 84,4%     | 294      | 15,6%     |             |          |          |
|                               | Akademischer Beruf                                | 1418                | 84,3%     | 264      | 15,7%     |             |          |          |
|                               | Keine Information                                 | 1486                | 58,9%     | 1035     | 41,1%     |             |          |          |
| Beruflicher Status            | Berufstätig                                       | 3430                | 88,0%     | 469      | 12,0%     | p<0,001     | 1170,8   | 0,27     |
|                               | Krankenstand (ohne AMS)                           | 1425                | 83,1%     | 290      | 16,9%     |             |          |          |
|                               | AMS-Bezug (arbeitslos)                            | 4401                | 77,9%     | 1250     | 22,1%     |             |          |          |
|                               | Antragstellung RG / BU / IP                       | 351                 | 77,1%     | 104      | 22,9%     |             |          |          |
|                               | Reha-Geld / BU / IP                               | 1507                | 75,6%     | 486      | 24,4%     |             |          |          |
|                               | sonstige                                          | 83                  | 79,0%     | 22       | 21,0%     |             |          |          |
|                               | Keine Information                                 | 351                 | 37,4%     | 588      | 62,6%     |             |          |          |
| Prognostische Berufstätigkeit | nach 0-3 Monaten                                  | 4209                | 86,6%     | 653      | 13,4%     | p<0,001     | 1117,24  | 0,27     |
|                               | nach 4 - 12 Monaten                               | 4076                | 81,2%     | 944      | 18,8%     |             |          |          |
|                               | überhaupt nicht mehr                              | 2094                | 77,4%     | 611      | 22,6%     |             |          |          |
|                               | nicht zutreffend (Schüler; Studierende, in Rente) | 270                 | 77,4%     | 79       | 22,6%     |             |          |          |
|                               | Keine Information                                 | 899                 | 49,4%     | 922      | 50,6%     |             |          |          |
| Diagnosen nach ICD-10         | F2 Schizophrenie, schizot./St.                    | 337                 | 71,5%     | 134      | 28,5%     | p<0,001     | 81,25    | 0,07     |
|                               | F3 Affektive Störungen                            | 7681                | 79,4%     | 1996     | 20,6%     |             |          |          |
|                               | F4 Neurol./Belast./ somat. St.                    | 2791                | 79,0%     | 741      | 21,0%     |             |          |          |
|                               | F6 Persönlich.- Verhaltensst.                     | 562                 | 69,6%     | 246      | 30,4%     |             |          |          |
|                               | Sonstige                                          | 177                 | 65,8%     | 92       | 34,2%     |             |          |          |
| 1. Komorb.                    | Keine Komorbidität                                | 4254                | 80,2%     | 1053     | 19,8%     | p<0,001     | 17,78    | 0,04     |
|                               | Somatische Komorbidität                           | 1339                | 76,9%     | 403      | 23,1%     |             |          |          |
|                               | Psychiatrische Komorbidität                       | 5955                | 77,3%     | 1753     | 22,7%     |             |          |          |
| 2. Komorb.                    | Keine Komorbidität                                | 7817                | 79,8%     | 1974     | 20,2%     | p<0,001     | 55,13    | 0,06     |
|                               | Somatische Komorbidität                           | 1492                | 77,7%     | 428      | 22,3%     |             |          |          |
|                               | Psychiatrische Komorbidität                       | 2239                | 73,5%     | 807      | 26,5%     |             |          |          |
| <b>Metrische Variablen</b>    |                                                   | <b>M</b>            | <b>SD</b> | <b>M</b> | <b>SD</b> | <b>p</b>    | <b>t</b> | <b>d</b> |
| Alter                         |                                                   | 44,37               | 10,22     | 42,58    | 10,83     | p<0,001     | 8,36     | 0,17     |
| Arbeitslosigkeit (Wochen)     |                                                   | 127,68              | 169,75    | 140,9    | 172,31    | p=0,022     | 2,01     | 0,08     |
| BDI-2 Summenwert Beginn       |                                                   | 26,11               | 11,31     | 28,47    | 11,63     | p<0,001     | 9,22     | 0,20     |

### Take-Home-Message

Abbrüche sind tendenziell im Steigen (fehlende Reha-Fähigkeit), die Gruppe kann als geringer gebildet, seltener im Beruf stehend, mit negativerer Erwerbsprognose, häufigerem Migrationshintergrund und mit stärkerer Belastung charakterisiert werden, das Reha-Setting wurde adaptiert.

## Literatur

- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2006): BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision: Manual. Pearson.
- Pensionsversicherungsanstalt (PVA) Österreich (2025, 23. April): Medizinisches Leistungsprofil für die psychiatrische stationäre und ambulante Rehabilitation (MLP PSY). <https://www.pv.at/cdscontent/load?contentid=10008.795544&version=1746020954>
- Schossner, A., Senft, B., Rauner, M. (2022): The benefit of an ambulant psychiatric rehabilitation program in Vienna, Austria: an uncontrolled repeated measures study. *Central European Journal of Operations Research*, 30, 19–48. <https://doi.org/10.1007/s10100-021-00773-2>
- Senft, B., Fischer-Hansal, D., Schossner, A. (2020): Was heißt signifikant – geheilt oder nur etwas besser? Ein Vergleich verschiedener Berechnungsmethoden zur Bewertung von Veränderungen der depressiven Symptomatik bei ambulanten Rehabilitanden. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 11(3), 103. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00343-z>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Prädiktoren beruflicher Wiedereingliederung von Teilnehmenden mit psychischen Erkrankungen nach einer beruflichen Rehabilitation in Österreich**

*Elisabeth Stefanek; Siniša Grabovac; Lisa Dumhs; Stefan Gschwenter; Doreen Stöhr*

Pensionsversicherung (PV)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Thema der beruflichen Rehabilitation ist vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der steigenden Anzahl von Anträgen auf Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension (BU/I – Pensionen), die in Österreich mit einem frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben verbunden sind, von hoher gesellschaftlicher Relevanz. In Österreich sind primär die Pensionsversicherungsträger sowie das Arbeitsmarktservice für die Leistungen der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zuständig. Vorrangiges Ziel der beruflichen Reha ist es, die Erwerbsfähigkeit in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit wiederherzustellen bzw. auf eine neue adäquate berufliche Tätigkeit umzuschulen.

In den letzten 10 Jahren nahm der Anteil von Personen, die BU/I – Pensionen aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung beziehen, kontinuierlich zu und lag im Jahr 2024 bei rund 47 % (Pensionsversicherung Österreich, 2025). Dementsprechend erhöht sich der Anteil von psychiatrischen erkrankten Personen in der beruflichen Reha. Zahlreiche Studien belegen, dass die Vermittlung in den Arbeitsmarkt bei diesen Personengruppen weniger erfolgreich ist, verglichen mit Personen mit körperlicher Symptomatik (Streibelt et al., 2024). In Österreich ist

jährlich etwa jede fünfte erwachsene Person von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen. Am häufigsten sind Depressionen (10 %), Angststörungen (7 %) und Substanzmissbrauchsstörungen (12 %) (Kern et al., 2024). Da es bislang keine Studien zu Prädiktoren beruflicher Wiedereingliederung von psychiatrisch erkrankten Personen in Österreich gibt, sollen anhand einer Stichprobe von beruflichen Rehabilitand\*innen, Prädiktoren zur beruflichen Wiedereingliederung identifiziert werden.

## **Methoden**

Es wurden Daten von 1588 Teilnehmenden analysiert, die im Jahr 2022 die berufliche Reha abgeschlossen haben und eine psychiatrische Diagnose aufwiesen.

Berufliche Wiedereingliederung wurde als binäre Outcome Variable operationalisiert. Demnach gilt als erfolgreiche Wiedereingliederung, wenn die Person mindestens ein Monat einer aktiven sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung innerhalb der ersten 12 Monate nach Beendigung der beruflichen Reha aufwies.

Als Prädiktoren standen Alter, Geschlecht, familiärer Status, Staatsbürgerschaft, psychiatrische Hauptdiagnose, Reha Dauer und Erwerbstätigkeit 24 Monate vor der Reha zur Verfügung und wurden berücksichtigt.

Der Einfluss dieser Prädiktoren auf die erfolgreiche Wiedereingliederung wurde mittels logistischer Regression berechnet.

## **Ergebnisse**

Die Stichprobe besteht zu 49 % aus Frauen. Das durchschnittliche Alter beträgt 39 Jahre (SD 10,71; Median 38,90). Mit einer/einem Partner\*in im gemeinsamen Haushalt leben 24 % der Teilnehmenden. Die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen 84 % der Teilnehmenden. Die Hälfte weisen eine psychiatrische Hauptdiagnose aus dem Bereich „Affektive Störungen“ auf. „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ wurden bei 27 % der Teilnehmenden diagnostiziert. In der Gruppe „Andere psychiatrische Diagnosen“ sind 23 % der Teilnehmenden repräsentiert. Die durchschnittliche Dauer der beruflichen Rehabilitation beträgt 8 Monate (SD 6,34; Median 5,9). Die durchschnittliche aktive sozialversicherungspflichtige Beschäftigung 24 Monate vor Beginn der beruflichen Reha beträgt 6 Monate (SD 6,79; Median 5). Es fallen 49 % in die Gruppe der erfolgreich Wiedereingegliederten.

Ergebnisse der logistischen Regression zeigen, dass Personen mit „Anderen psychiatrischen Diagnosen“ als „Affektive Störungen“ oder „Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit auf erfolgreiche Wiedereingliederung haben (OR=0.700 [95 % CI 0.539–0.910]). Eine längere Dauer der beruflichen Reha (OR=1.001[95 % CI 1.001–1.002]) sowie eine längere Erwerbstätigkeit vor der beruflichen Reha (OR=1.046 [95 % CI 1.030–1.062]) prädictieren eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen den Einfluss bestimmter psychiatrischer Diagnosen sowie die Dauer der Rehabilitation und Monate in Erwerbstätigkeit vor der Reha auf die berufliche Wiedereingliederung. Zahlreiche Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und familiärer Status, die in bisherigen Studien als zentrale Prädiktoren identifiziert wurden, zeigten in dieser Population keine signifikanten Wahrscheinlichkeiten für die erfolgreiche Wiedereingliederung.

Die unterschiedliche Operationalisierung der Outcome-Variable „berufliche Wiedereingliederung“ in verschiedenen Studien erschwert jedoch die Vergleichbarkeit mit diesen vorläufigen Ergebnissen.

### **Take-Home-Message**

Die Zunahme der Anträge auf BU/I-Pensionen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen unterstreichen die Relevanz beruflicher Rehabilitationsangebote und um deren Wirksamkeit analysieren zu können, müssen weitere Prädiktoren für die berufliche Wiedereingliederung identifiziert werden.

### **Literatur**

Kern, J., Reinsperger, I., Hofer, V. (2024): Mental health screening of adults in primary care. AIHTA Project Report 159. Vienna: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH.

Pensionsversicherung Österreich (2025): Jahresbericht 2024.

<https://www.pv.at/de/flipbooks/PV-406-2024/flipbook.pdf>

Streibelt, M., Matthies, C., Zollmann, P. (2024): Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 64(01), 13-24. 10.1055/s-0032-1323670.

Interessenkonflikt: Die Studienautor\*innen sind bei der Pensionsversicherung angestellt.

Förderung: -

## **Prä-Post-Verläufe und Return-to-work (RTW) 6 Monate nach einer dualen Rehabilitation in unterschiedlichen somatischen Indikationsbereichen**

*Karin Meng<sup>1</sup>; Peter Eisermann<sup>2</sup>; Klaus Herrmann<sup>3</sup>; Sabine Jendrosch<sup>4</sup>;  
Volker Köllner<sup>5</sup>; Jödis Kroll<sup>2</sup>; Christoph Reichel<sup>6</sup>; Gerhard Sütfels<sup>7</sup>;  
Robert Wessbecher<sup>4</sup>; Jennifer Seeger<sup>1</sup>; Natascha Scheller<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Würzburg; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Bad Frankenhausen;

<sup>3</sup> Reha-Zentrum Bad Kissingen, Kliniken Rhön und Saale;

<sup>4</sup> Reha-Zentrum Borkum, Klinik Borkum Riff; <sup>5</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow;

<sup>6</sup> Reha-Zentrum Bad Brückenau; <sup>7</sup> Reha-Zentrum Todtmoos

### **Hintergrund und Zielstellung**

Für multimorbide Patient:innen mit einer gleichwertig rehabilitationsbedürftigen körperlichen und psychischen Erkrankung wurde die duale Rehabilitation mit einer strukturierten Zusammenarbeit von zwei Fachabteilungen konzipiert (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020). In einer Modellphase wird das duale Konzept für die Zusammenarbeit einer psychosomatischen mit einer somatischen Fachabteilung bei einer Reha-Dauer von 5 Wochen erprobt.



Im Projekt DUAL werden multi-methodal die Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Prä-Post-Verläufe in sechs Fachbereichen (Psycho-Dermatologie, Psycho-Diabetologie, Psycho-Gastroenterologie, Psycho-Kardiologie, Psycho-Orthopädie, Psycho-Pneumologie) untersucht. Umsetzbarkeit und Akzeptanz war fachbereichsübergreifend gegeben (u. a. Scheller et al., 2025). Bei hoher Ausgangsbelastung der dualen Rehabilitand:innen konnten kurzfristig zum Reha-Ende indikationsübergreifend Verbesserungen für alle Zielparameter gezeigt werden (Meng et al., 2025). Der aktuelle Beitrag betrifft Fragestellungen zu den mittelfristigen Verläufen 6 Monate nach Rehabilitationsende:

Welche Prä-Post-Verläufe in gesundheitsbezogenen Reha-Zielparametern liegen 6 Monate nach einer dualen Rehabilitation vor? Wie ist der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben (RTW)?

## **Methoden**

Durchgeführt wurde eine prospektive (kontrollierte) Kohortenstudie mit 4 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6-, 12-Monats-Follow-up). Duale Rehabilitand:innen wurden konsekutiv in 6 Kliniken mit unterschiedlicher somatischer Indikation eingeschlossen. Die Zielparameter wurden mittels validierter, generischer Fragebögen erfasst. Primäre Zielkriterien sind die psychische Belastung (PHQ-9, GAD-7) und allgemeine Befindlichkeit (HEALTH-49 psychische und somatoforme Beschwerden). Sekundäre Zielparameter sind u.a. die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) und subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI, Work ability score). Der RTW wurde mittels erprobter Items erfragt. Nach 12 Monaten werden Daten aus den Versichertenkonten erfasst.

Die Prä-Post-Analyse erfolgte mit t-Test für abhängige Stichproben und standardisierten Effektgrößen mit Konfidenzintervallen (SES, 95 %-KI). Effekte der Indikationsbereiche wurden mittels zweifaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet.

Teilgenommen haben 717 duale Rehabilitand:innen (11 %-21 % pro Fach-/Indikationsbereich). 69 % sind Frauen, das Durchschnittsalter ist 52.6 Jahre (SD=9.1). 85.3 % sind erwerbstätig, 11.7 % arbeitslos, ein kleiner Teil (1.6 %) in Zeit-/Erwerbsminderungsrente. 90.7 % waren im letzten Jahr krankgeschrieben. Signifikante indikationsspezifische Unterschiede betreffen das Geschlecht, Lebensalter und den Erwerbsstatus. Zum 6-Monats-Follow-up haben 82 % geantwortet. Für den Drop-out zeigen sich einige Zusammenhänge, u.a. mit der Indikation, einer höheren Ausgangsbelastung.

## **Ergebnisse**

6 Monate nach dem Reha-Abschluss bestehen signifikante positive Veränderungen in den primären Zielparametern psychische Belastung und psychische und somatoforme Beschwerden (PHQ-9: SES=0.55, GAD-7: SES=0.55, PSB: SES=0.39). Auch in den sekundären Zielparametern liegen kleine (SF-36 Schmerzen: SES=0.22) bis mittlere Veränderungen (SF-36 Vitalität: SES=0.64) vor. Die signifikanten Verbesserungen lassen sich meist in allen Indikationsbereichen nachweisen.

Für die subjektive Arbeitsfähigkeit besteht mit SES=0.37 ein stabiler Effekt (Reha-Ende: SES=0.39). Nach der kategorialen Auswertung weisen dennoch 46.8 % eine schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit auf (Reha-Beginn: 67.9 %). 70 % geben einen RTW an, davon 49 % sofort und 21 % nach durchschnittlich 7.1 Wochen (SD=6.6; Median=4). 77.9 % sind erwerbstätig (Voll-/Teilzeit), 10.9 % arbeitslos, 8.5 % in Zeit-/Erwerbsunfähigkeitsrente, 0.7 %

in Altersrente; 2 % geben an Hausfrau/-mann zu sein. Aktuell arbeitsunfähig sind 23.3 %. Es bestehen signifikante indikationsbezogene Unterschiede im RTW und Erwerbsstatus.

## **Diskussion und Fazit**

Die mittelfristigen Prä-Post-Verläufe liegen für alle Zielparameter im positiven mittleren bis kleinen Effektbereich und sind damit geringer als zum Rehabilitationsende (große bis mittlere Effekte). Diese sind vergleichbar mit Effekten der psychosomatischen und somatischen Rehabilitation (Schuler et al., 2021). Im Vergleich zu den kurzfristigen Effekten variieren die Effektgrößen der Indikationsbereiche stärker, dabei sind die Ausgangsbelastung und Zusammenhänge des Drop-outs zu berücksichtigen.

Der RTW ist mit Analysen zur stabilen Beschäftigung aus Versichertenkonten nach somatischer Rehabilitation vergleichbar, liegt aber über den Werten der psychosomatischen Rehabilitation (u.a. DRV, 2024). Dies kann aufgrund der bestehenden Multimorbidität positiv gewertet werden. Subgruppenanalysen werden noch vorgenommen.

Zur abschließenden Bewertung sind die 12-Monats-Verläufe und die geplanten Analysen mit Daten aus den Versichertenkonten zum sozialmedizinischen Outcome ein Jahr nach der dualen Rehabilitation relevant.

## **Take-Home-Message**

6 Monate nach einer dualen Rehabilitation liegen kleine bis mittlere Verbesserungen für alle Reha-Zielparameter und ein mit somatischen Indikationen vergleichbarer RTW vor.

## **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2020): Duale Rehabilitation. Rahmenkonzept für die Modellphase. Berlin: Hrsg.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2024): Reha-Bericht 2024. Berlin: Hrsg.

Meng, K., Scheller, N., Eisermann, P., Kroll, J., Herrmann, K., Jendrosch, S., Wessbecher, R., Köllner, V., Reichel, C., Sütfels, G., (2025): Welche kurzfristigen Prä-Post-Verläufe bestehen für duale Rehabilitand:innen in unterschiedlichen somatischen Indikationsbereichen? DRV-Schriften, Bd. 131. 136-139.

Scheller, N., Eisermann, P., Herrmann, K., Jendrosch, S., Köllner, V., Kroll, J., Reichel, C., Sütfels, G., Weißbecher, R., Meng, K. (2025): Akzeptanz der dualen Rehabilitation aus Rehabilitandenperspektive – Ergebnisse qualitativer Interviews. Die Rehabilitation, 64. 270-280.

Schuler, M., Faller, H. (2021): Verlaufseffekte in der medizinischen Rehabilitation - Meta-Analyse (VEMA). Unveröffentlichter Abschlussbericht. Würzburg: Universität Würzburg.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

**Fallmanagement und rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit.  
Fallstudienkenntnisse aus rehapro**

*Stefan Zapfel*

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

**Hintergrund und Zielstellung**

Neue Fallmanagementkonzepte gehören zu den zentralen Handlungsansätzen, die in den Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ erprobt werden, um rehabilitationsbezogene Probleme in den Griff zu bekommen. Nach den Ergebnissen einer qualitativen Inhaltsanalyse der Modellprojektanträge, mit deren Hilfe die Programmevaluation die Modellprojekte solchen Handlungsansätzen zugeordnet hat, liegt der Schwerpunkt bzw. der innovative Kern bei fast einem Fünftel der Modellprojekte in diesem Bereich (18,9 Prozent). Anliegen solcher Fallmanagementkonzepte ist es, Folgeprobleme, die aus der Komplexität des Rehabilitationssystems erwachsen (etwa Schnittstellenprobleme, Schwierigkeiten im Leistungszugang, Brüche im Rehabilitationsverlauf), durch eine größere Betreuungsintensität, -qualität und/oder -kontinuität zu beheben. Zu diesem Zweck werden Rehabilitand\*innen Ansprechpartner\*innen zur Seite gestellt, die sie personenzentriert über den gesamten oder zumindest einen langen Zeitraum des (Wieder-) Eingliederungsprozesses hinweg begleiten (vgl. z. B. DRV Nord, 2024). Da die Aufgaben des Fallmanagements dabei manchmal so komplex werden, dass diese nicht ohne Weiteres von einer Person bewältigt werden können, nimmt es mitunter arbeitsteilige Formen an (Zapfel, Kraetsch, 2023). Die Anliegen der betreffenden Modellprojekte sind oft sehr ähnlich wie in jenen Vorhaben, die eine verbesserte rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit als hauptsächlichen Handlungsansatz gewählt haben (Brussig et al., 2021). Es gibt in rehapro auch Modellprojekte, die sowohl neue Wege der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit als auch ein Fallmanagement zur Anwendung bringen. Der Beitrag fokussiert Herausforderungen und Problemlösungsmodi, die bei diesen auftreten.

**Methoden**

Grundlage für die Ausführungen des Beitrags sind Fallstudien, die die Programmevaluation in zwei Modellprojekten des ersten Förderaufrufs durchgeführt hat, bei welchen die Zusammenhänge zwischen dem Fallmanagement und der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit besonders deutlich zutage treten. In ihrem Rahmen wurden 33 Interviews geführt. Die daraus resultierenden Interviewtranskripte und -memos wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen, um diese Zusammenhänge näher zu untersuchen (Kuckartz, Rädiker, 2024).

## **Ergebnisse**

Zu den Herausforderungen in den Modellprojekten, die mit neuen Formen der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit und des Fallmanagements operieren, gehören Divergenzen in den organisationsbezogenen Aufgaben, Zielen und Prioritäten zwischen den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern, Unterschiede in den Verwaltungssprachen, unterschiedliche Vorstellungen und Möglichkeiten der Kundenorientierung und eines angemessenen Betreuungsschlüssels, datenschutzrechtliche Restriktionen der Zusammenarbeit sowie ggf. die Wahrnehmung von Konkurrenz, die einer Zusammenarbeit abträglich sein kann. Hinzu kommen im Projektzusammenhang Probleme bei der Rekrutierung kompetenten Personals, eine mangelnde Weisungsbefugnis der Projektleitung gegenüber den Mitarbeitenden unterschiedlicher Organisationen, Spannungsverhältnisse zwischen den Projektteams und dem Regelgeschäft der betreffenden Organisationen und institutionelle Beharrungskräfte, die Änderungen oder Anpassungen in der Projektarbeit entgegenstehen. Als Problemlösungsmodi kommen in den Projekten die Institutionalisierung passender Austauschformate, Teamfindungsangebote, informelle Möglichkeiten des Austauschs zwischen dem Personal der betreffenden Einrichtungen, die Modifikation von Datenschutzdokumenten wie auch die Verschriftlichung von Konzepten und Standards zur Anwendung. Von Vorteil ist in diesem Zusammenhang außerdem die Sichtbarkeit von Projekterfolgen, die mit den Handlungsansätzen erreicht werden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Herausforderungen, die es bei dieser Verknüpfung der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit und des Fallmanagements zu bewältigen gilt, sind vielfältig und überlagern sich zum Teil. Manche sind so gravierend, dass sie – wenn keine Lösung gefunden wird – die Praxis annähernd handlungsunfähig machen kann, wie es etwa beim Datenschutz der Fall ist. Die Modellprojekte reagieren auf solche Herausforderungen mit unterschiedlichen Problemlösungsversuchen, die sich verschiedentlich als hilfreich erwiesen haben. Zum Teil verursachen diese aber wiederum Folgeprobleme bzw. einen hohen Ressourceneinsatz, der für Fallmanagementansätze ohnedies kennzeichnend ist und der seinerseits die Verstetigungschancen schmälern kann.

## **Take-Home-Message**

Die gemeinsame Umsetzung der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit und des Fallmanagements bringt diverse Herausforderungen mit sich, die in der Praxis in geeigneter Weise gelöst werden müssen, auch damit eine Verstetigung realistisch sein kann.

## **Literatur**

- Brussig, M., Karačić, A., Kraetsch, C., Zapfel, S. (2021): Handlungsansätze in Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehabpro“. Eine Inhaltsanalyse der Anträge bewilligter Projekte. In: Die Arbeit 1/2021. S. 21-42.
- Deutsche Rentenversicherung Nord [DRV Nord] (2024): Fachkonzept „Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation“. Lübeck: DRV Nord.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. Weinheim Basel: Beltz.

Zapfel, S., Kraetsch, C. (2023): Arbeitsteiliges (Reha-)Fallmanagement. Beispiele aus dem Bundesprogramm rehapro. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Veränderungskultur fördern – Teilhabe stärken – Zukunft. Gestalten. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. S. 128-129.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Auftraggeber)

## **Projektleitungen als Vermittler und Brückenbauer in rechtskreisübergreifenden Modellprojekten des Bundesprogramms rehapro. Erkenntnisse aus Fallstudien.**

*Clemens Kraetsch*

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern zu fördern war eines der Anliegen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. Durch die Förderung eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit soll erreicht werden, dass aufgrund der Komplexität und Versäulung entstandene Überführungs- und Schnittstellenprobleme zwischen dem SGB II und SGB VI im Rehabilitationssystem sowie bei der nachhaltigen Arbeitsmarktintegration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen überwunden werden (Brussig et al., 2021).

Anliegen des Beitrags ist es, mit einem netzwerktheoretischen Ansatz nachzuvollziehen, welche Herausforderungen für die Projektleitungen für das Management und die Moderation rechtskreisübergreifender Projekte bestehen und inwieweit sich diese von der Leitung anderer interorganisationaler Modellprojekte unterscheiden. Genauer betrachtet werden dabei die Gestaltungsspielräume der Projektleitungen als Netzwerkmoderator\*innen, da in der Forschungsliteratur immer wieder auf die große Bedeutung der Netzwerkmoderation für den Erfolg eines Netzwerks verwiesen wird (z. B. bei Schubert 2020, S. 16).

### **Methoden**

Grundlage der Analyse sind acht Fallstudien zu interorganisational ausgerichteten Modellprojekten aus dem ersten und zweitem Förderaufruf. In ihrem Rahmen wurden 92 Interviews geführt. Die durchgeführten Interviews wurden mit wenigen Ausnahmen transkribiert, für Letztere wurden Memos angefertigt. Die Transkripte und Memos wurden mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz, Rädiker, 2024). Neben den Fallstudien wurden noch Informationen zu den Förderbedingungen für die Auswertung herangezogen.

## **Ergebnisse**

Ein Netzwerk kann über die drei Handlungskordinationsmechanismen Geld, Macht und Vertrauen gesteuert werden. Das Netzwerkmanagement umfasst vier Bereiche (Buck et al., 2019): Netzwerkinfrastruktur, Netzwerkgovernance, Netzwerkmoderation und Netzwerkpromotion. Aufgrund der Förderbedingungen des Bundesprogramms rehapro haben die Projektleitungen keine Entscheidungsbefugnisse für wichtige Aspekte des Netzwerkmanagements: Für die Netzwerkpromotion (welche Organisationen mit Fördermitteln sind am Projekt beteiligt), die Netzwerkinfrastruktur und formal die Netzwerkpromotion nach Projektstart. Auch hinsichtlich der Netzwerkgovernance (was sind die Ziele des Projektes) sind ihre Einflussmöglichkeiten stark eingeschränkt. Aus arbeitsrechtlicher Sicht sind sie zudem nicht die Vorgesetzten der Projektmitarbeiter\*innen im Projektteam, die die kooperierenden Organisationen stellen. Aufgrund ihrer geringen Entscheidungsbefugnisse können die Projektleitungen eigentlich nur durch ihre Art der Netzwerkmoderation Einfluss auf einige Aspekte der Netzwerkgovernance sowie die Arbeit des eigentlichen Projektteams nehmen. Diese Rollen- und Funktionsbeschreibung trifft im Prinzip auf alle Projektleitungen der rehapro-Modellprojekte zu, die rechtskreisübergreifenden Projekte unterscheiden sich allerdings in einem wichtigen Punkt von den Modellprojekten: Das Verhältnis zwischen den beteiligten Organisationen ist formal nicht hierarchisch. Daher gibt es nicht nur de facto sondern auch de jure keine Möglichkeiten für Machthandeln der Projektleitungen, es verbleibt nur die Möglichkeit, das Netzwerk durch Vertrauen zu steuern.

## **Diskussion und Fazit**

Aufgrund der Rahmenbedingungen kann eine Projektleitung eines rechtskreisübergreifenden Modellprojektes nur in der bzw. durch die Netzwerkmoderation das Projekt steuern. Ihre zentrale Aufgabe für das gute Funktionieren des Modellprojektes besteht im Vermitteln, Brückenbauen oder der grenzüberschreitenden Vernetzung (im englischen: boundary spanning). Die förderlichen Faktoren, damit die Projektleitungen als Netzwerkmoderator\_innen erfolgreich sein können, umfassen Aspekte, die einen Vertrauensaufbau erleichtern oder ermöglichen, z. B. durch die Etablierung einer transparenten und wertschätzenden Kommunikation. Die hemmenden Faktoren sind im Kern solche, die das Brückenbauen durch die Projektleitungen erschweren.

## **Take-Home-Message**

Grundsätzlich bedarf ein rechtskreisübergreifender fallbezogener Austausch einer institutionalisierten Koordination und Moderation. Der vertrauensvolle Aufbau einer netzwerkartigen Beziehung braucht sowohl Zeit als auch personelle Kontinuität.

## **Literatur**

- Brussig, M., Karačić, A., Kraetsch, C., Zapfel, S. (2021): Handlungsansätze in Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. Eine Inhaltsanalyse der Anträge bewilligter Projekte. In: Die Arbeit 1/2021. S. 21-42.
- Buck, C., Burster, S., Sarikaya, S., Thimmel, J., Eymann, T. (2019): Digitale Gestaltung innovativer Gesundheitsnetzwerke. In: Pfannstiel et al. (Hg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen VI. Wiesbaden: Springer, S. 447-473.

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. Weinheim Basel: Beltz.

Schubert, H. (2020): Organisation von Netzwerken in der Sozialwirtschaft – Orientierungsrahmen für das Management. In: Kolhoff, Ludger (Hg.): Aktuelle Diskurse in der Sozialwirtschaft III. Wiesbaden: Springer VS, S. 25-46.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **ReHaWeB – Wissenschaftliche Begleitforschung in einem rechtskreisübergreifenden Modellprojekt**

*Alexandra Wagner; Peter Sopp*

FIA GmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

Ausgehend von der besonderen Betroffenheit der SGB-II-Leistungsberechtigten durch physische und psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen (Deutscher Verein, 2022) wurde im Rahmen des Bundesprogramms rehapro das Projekt Reha-Haus Westbrandenburg (ReHaWeB) entwickelt. Ziel war die Einführung und Erprobung eines innovativen Angebots, das sich an erwerbsfähige Leistungsberechtigte im SGB II mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen in den Landkreisen Potsdam-Mittelmark und Havelland richtete und eine klientenzentrierte rechtskreisübergreifende Beratung unter Einschluss flankierender innovativer Maßnahmen nutzte. Kern war die Etablierung eines virtuellen Reha-Hauses, in dem rechtskreisübergreifend durch Reha-Lots\*innen der Jobcenter und Reha-Fachberater\*innen der Deutschen Rentenversicherung beraten und vermittelt wurde. Die Beratung erfolgte in Teilen aufsuchend und mobil (Beratung auf Rädern) und unter Nutzung digitaler Instrumente in enger Zusammenarbeit mit anderen Netzwerkpartnern in der Region.

### **Methoden**

Für die wissenschaftliche Begleitung wurde ein Mixed-Method-Ansatz verwendet (Kuckartz, 2014).

Die Teilnehmenden wurden zu drei Befragungszeitpunkten schriftlich befragt: Zum Projektbeginn, in der Projektmitte sowie am Projektende. Der Fragebogen enthält jeweils eine Teilnehmer-ID, sodass die Erhebung sowohl im Querschnitt als auch im individuellen Längsschnitt für Personen, die an allen drei Wellen teilgenommen haben, auswertbar ist. Erhoben wurden u. a. Einschätzungen zur Gesundheit, zur Teilhabe, zur Arbeitsfähigkeit (in Anlehnung an die Dimensionen des Work-Ability-Index, Freyer, 2019) sowie zu Erwartungen in Bezug auf das Projekt und deren Realisierung.

Die quantitativen Erhebungen wurden ergänzt durch qualitative Interviews und Gruppengespräche mit Projektteilnehmenden und den Reha-Lots\*innen sowie Reha-Fachberaterinnen und bei Maßnahmeträgern und Netzwerkpartnern.

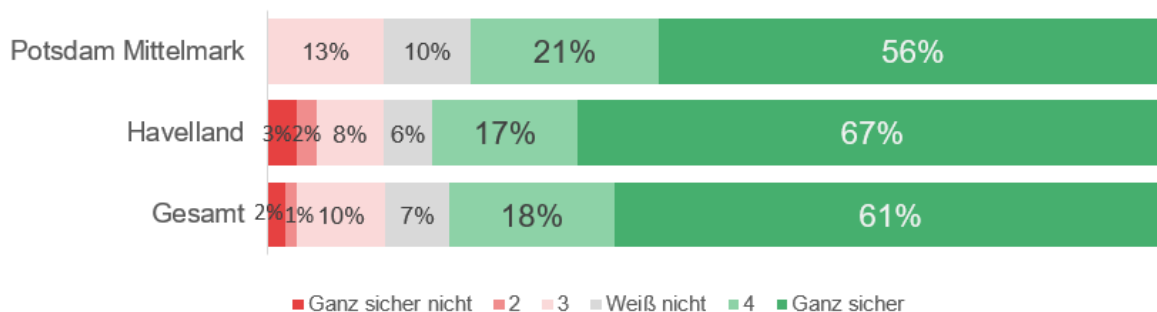
Damit stehen Informationen aus der Sicht der unterschiedlichen Beteiligten und der Organisation für die Analyse zur Verfügung, die sowohl eine Wirkungsanalyse als auch eine formative Evaluation ermöglichen. Dafür ist ein enger „Dialog zwischen Forschung und Gestaltung“ (Luchte, 2005) unabdingbar.

## Ergebnisse

Stand November 2025 liegen 496 Fragebögen für den Projektbeginn, 189 für die Projektmitte und 157 für das Projektende ausgefüllt und verwertbar vor

Die zentralen Ergebnisse der Erhebung zeigen:

- Die Befragten berichten im Projektverlauf eine deutliche Verbesserung ihrer sozialen Teilhabe, insbesondere in den beiden Kernbereichen Gesundheit und Einkommen sowie eine leichte Verbesserung ihrer Arbeitsfähigkeit.
- Die Probanden erleben im Projekt im Vergleich zum Normalbetrieb im Jobcenter eine deutlich intensivere und passgenauere Beratung und geben der Tandem-Beratung durch Jobcenter und Rentenversicherung eine sehr positive Bewertung.
- Am positivsten werden die Unterstützungsleistungen zu gesundheitlichen und individuellen Themen sowie zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bewertet, während die direkt arbeits(markt)bezogenen Unterstützungsleistungen etwas ungünstiger eingeschätzt wurden.
- Insgesamt ist die Zufriedenheit mit dem Projekt hoch. Die Erwartungen wurden in hohem Maße erfüllt. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden würde aufgrund ihrer Erfahrungen das Projekt weiterempfehlen.



Anmerkungen: T2E25: Würden Sie nach Ihren Erfahrungen das Programm weiterempfehlen?  
Quelle: ReHa-WeB – Endbefragung (Projektende)

Abbildung 1 : Weiterempfehlung der Maßnahme

Die Auswertungen mit einem Längsschnitt (N= 140) zwischen Projektbeginn und Projektmitte bestätigen diese Ergebnisse.

Die qualitativen Interviews stützen diese Ergebnisse und liefern umfangreiches Material für deren Interpretation. Neben der trägerübergreifenden Kooperation von Jobcenter und Rentenversicherung ist es vor allem die wertschätzende klientenzentrierte Beratung, die den Projekterfolg begründet.



## **Diskussion und Fazit**

Das Modellprojekt wird von allen Beteiligten als sinnvolle und wirksame Innovation wahrgenommen, da sich für die Mehrheit der Teilnehmenden eine Verbesserung der sozialen Teilhabe nachweisen lässt und die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der intensiveren und passgenaueren Beratung sehr hoch ist. Schlüsselfaktoren für den Erfolg sind der wertschätzende Umgang mit den Leistungsberechtigten, ihre Wahlfreiheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen und die im Vergleich zum Normalbetrieb weitaus günstigere Betreuungsquote.

Kritisch ist die für die Zielgruppe unter Umständen zu kurze Verbleibdauer im Projekt (12 bis maximal 18 Monate) sowie eine hohe Fluktuation bei den Reha-Lots\*innen.

## **Take-Home-Message**

Teilhabsituation und Arbeitsfähigkeit von SGB-II Leistungsberechtigten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen können durch eine trägerübergreifende klientenzentrierte passgenaue Beratung und die Nutzung flankierender Maßnahmen deutlich verbessert werden.

## **Literatur**

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2022): Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. zur Unterstützung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), Berlin.
- Kuckartz, U. (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren, Wiesbaden.
- Freyer, M. (2019): Eine Konstruktvalidierung des Work Ability Index anhand einer repräsentativen Stichprobe von Erwerbstätigen in Deutschland, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, Hg.), Dortmund, Berlin, Dresden.
- Luchte, K. (2005): Wissenschaftliche Begleitung als empirische Forschung und Beratung. In: REPORT Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung 2005(1): Theoretische Grundlagen und Perspektiven der Erwachsenenbildung, S. 189-195.  
<http://www.die-bonn.de/id/2165>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

# **Vernetzung von Jobcenter und Rentenversicherung: Die integrative Arbeit von Lots\*innen und Teilhabeberatung – Schnittstellenanalyse im Mehrebenensystem**

*Susanne Drescher*

Institut Arbeit und Qualifikation

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die wirksame Unterstützung von Menschen im SGB II mit komplexen Teilhabebedarfen erfordert eine enge, abgestimmte Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen im Sozialsystem. Die Schnittstellen zwischen Jobcentern und den Trägern der Rentenversicherung sind von hoher Bedeutung für die Umsetzung der Teilhabe am Arbeitsleben. Lots\*innen in Jobcentern sowie Fachkräfte in der Teilhabeberatung der Rentenversicherung übernehmen zentrale Rollen bei der Fallkoordination, beraten Betroffene und motivieren sie, ihre individuellen Rehabilitationspotenziale zu nutzen. Der geplante Beitrag stellt vor diesem Hintergrund die integrative Arbeit von Lots\*innen der Jobcentern und der Teilhabeberatung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen unter der Perspektive einer systematischen Schnittstellenanalyse im Mehrebenensystem.

Ziel des Beitrags ist es, anhand eines praxisnahen Beispiels zu zeigen, wie Akteur\*innen aus unterschiedlichen institutionellen Kontexten zusammenarbeiten können, um die Teilhabechancen von Menschen, insbesondere mit gesundheitlichen Einschränkungen oder erschwerter Arbeitsmarktintegration, zu verbessern. Die Präsentation basiert den empirischen Erkenntnissen der Begleitforschung zum rechtskreisübergreifenden rehapro-Modellprojekt „PRO AKTIV“ mit einem theoretisch begründeten Analyseraster zur Strukturierung und Bewertung von Schnittstellenprozessen (Stöbe-Blossey et al., 2019).

## **Methoden**

Die Ergebnisse basieren auf Interviews mit Lots\*innen in Jobcentern und mit Fachkräften in der Teilhabeberatung sowie mit Projektteilnehmer\*innen und mit der Koordination. Ergänzend werden Dokumentenanalysen und Sitzungsprotokolle genutzt, um Kooperationsvereinbarungen und deren praktische Umsetzung zu erfassen. Das Analyseraster dient dabei als Leitfaden für die Ergebnisdarstellung.

## **Ergebnisse**

In der praktischen Umsetzung von PRO AKTIV – und damit in der Zusammenarbeit von Lots\*innen und Teilhabeberatung - ergaben sich jedoch Herausforderungen, die sich den unterschiedlichen Rechtskreise, heterogene Organisationskulturen, variierende Förderlogiken sowie eine unzureichende Abstimmung über Zuständigkeiten und Informationsflüsse. Wie sich diese darstellten von den Lots\*innen, Teilhabeberatung und der Projektkoordination gelöst worden sind, steht im Zentrum des Vortrags (z. B. durch Ausweitung von Kompetenzen, Veränderung in der Zusteuerung). Dazu wird auf Analyseraster zu Schnittstellen im Mehrebenensystem (Stöbe-Blossey et al., 2019).

Für die Untersuchung und Darstellung der Kooperation wird ein dediziertes Analyseraster eingesetzt, das die Schnittstellenarbeit systematisch strukturiert. Dieses Raster differenziert

entlang der Strukturen und Prozesse auf der Makro- (Rahmenbedingungen), Meso- (Institutionelle Arrangements) und Mikroebene (Bearbeitung).

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse haben Relevanz für die Weiterentwicklung für den Zugang zur Rehabilitation und der damit verbundenen Teilhabe am Arbeitsleben. Eine systematisch erfasste Schnittstellenanalyse dient als Werkzeug, um Kooperationsprozesse zu erfassen – sowohl auf Ebene der Einzelfallarbeit als auch in der institutionellen Steuerung. Für die Praxis bedeutet das eine Verbesserung der Informationstransfers zwischen Rechtskreisen, eine klare Rollendefinitionen und Zuständigkeitsregelungen, Förderung eines gemeinsamen Verständnisses von Teilhabeorientierung und die Etablierung verbindlicher Kooperationsstrukturen.

### **Take-Home-Message**

Schnittstellen sind aktive Gestaltungsräume, in denen Kooperation, Verständigung und gemeinsame Zielorientierung entstehen müssen, um Teilhabe bei komplexen Bedarfslagen zu ermöglichen.

### **Literatur**

Stöbe-Blossey, S., Brussig, M., Ruth, M., Schulz, S. E. (2019): "Der Komplexe Sozialstaat: Eine Heuristik Rekonstruktion von Schnittstellen." Sozialer Fortschritt, vol. 68, no. 10, 2019, pp. 749–68. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/45211077>.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Jobcenter Ennepe-Ruhr-Kreis

## **Zusammenarbeit lohnt sich: Ergebnisse einer Metaanalyse von rehapro-Modellprojekten zur Aktivierung und Integration arbeitsloser Versicherter**

*Sebastian Klaus*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Rahmen des Bundesprogramms "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales werden Modellprojekte der Rentenversicherungsträger (DRV) und der Jobcenter (JC) zur Erprobung innovativer Leistungen mit dem Ziel gefördert, „die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ zu stärken, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie den Zugang in die Erwerbsminderungsrente und in die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig zu senken“ (BMAS 2018, S. 1).

Unter diesen insgesamt 120 Modellprojekten finden sich insbesondere im ersten Förderaufruf Modellprojekte, die im Sinne des Teilhabestärkungsgesetzes neue Leistungen erproben oder vorhandene Leistungen aus verschiedenen Rechtskreisen kombinieren, um arbeitslosen

Menschen mit gesundheitlich bedingten Teilhabeeinschränkungen und weiteren Vermittlungshemmnissen den Weg zurück ins Erwerbsleben zu ebnen.

## Methoden

In einer Metaanalyse wurden die Ergebnisse von sieben rechtskreisübergreifenden Modellprojekten zusammengeführt und um Erkenntnisse aus drei weiteren Modellprojekten der Rentenversicherungen ergänzt. Diese Modellprojekte richteten ihren Fokus explizit auf arbeitslose Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und weiteren Vermittlungshemmnissen. Die zugrunde liegenden Einzelstudien wurden mit dem Fokus auf folgende Schwerpunkte analysiert: Zielsetzung und konkrete Zielgruppe, Zugang der Zielgruppe zu den Leistungen, Teilnehmer\*innenstruktur, angebotene Leistungen sowie Ergebnisse zu den Outcomes Erwerbsfähigkeit, Gesundheit, Return to Work (RTW) und Stay at Work (SAW).

## Ergebnisse

Beim Zugang zur Zielgruppe setzte die Mehrheit der Modellprojekte auf die Rekrutierung über die Jobcenter. Begleitend fand in einigen Modellprojekten eine Rekrutierung über die beteiligten Rentenversicherungen statt. Die mit den Leistungen erreichten Personen waren überwiegend männlich und in der Regel zwischen 45 und 55 Jahre alt. Psychische und physische Teilhabeeinschränkungen waren gleichermaßen vorzufinden; die Teilnehmenden hatten häufig mehrere Erkrankungen. Die Spannbreite der vorausgegangenen Arbeitslosigkeit lag in der Regel zwischen zwei und zehn Jahren. Besonders häufig wurde ein Prozess, bestehend aus einer rechtskreisübergreifenden Fallberatung, einem gemeinsamen Integrationsplan, einer kombinierten Leistungserbringung nach dem SGB II und dem SGB VI und bis zu neunmonatiger Nachbegleitung, erprobt. Flankiert wurde dieser Prozess von steuernden Lots\*innen. Abbildung 1 zeichnet den Prozess schematisch nach.

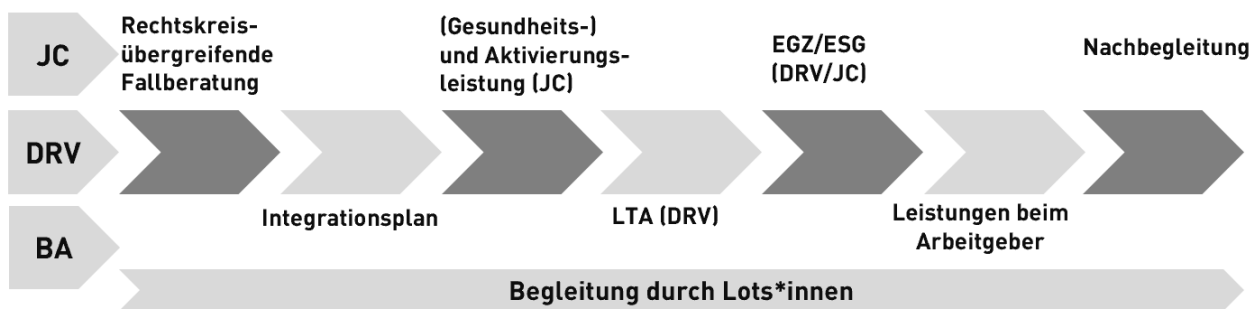


Abbildung 1: Abstrahierte Prozessdarstellung

Partiell waren neue Leistungen Bestandteil des Prozesses oder konnten diesen ergänzen. So wurden etwa neue innovative Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erprobt, die bereits die Aktivierungsleistung der Jobcenter implementierten.

Die Ergebnisse zu den Outcomes Erwerbsfähigkeit, Gesundheit, beruflicher Wiedereinstieg oder Return to Work (RTW) und Nachhaltigkeit der beruflichen Teilhabe oder Stay at Work (SAW) übertrafen die gesetzten Ziele der Modellprojekte deutlich. Sowohl der Gesundheitszustand der Teilnehmenden als auch die Rückkehrbereitschaft in Arbeit stiegen deutlich an. In den meisten Modellprojekten konnte ein RTW bei 33 bis 48 % der Teilnehmenden verzeichnet werden; die Aussicht auf eine nachhaltige Erwerbsintegration war mit einer SAW-

Quote von 65 % bis fast 100 % hoch. Dies wurde auch durch eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der aufgenommenen Tätigkeit untermauert.

## **Diskussion und Fazit**

Der nachgezeichnete Prozess ist wirksam in Bezug auf eine Verbesserung der Versorgung der definierten Zielgruppe. Insbesondere die auf Basis einer gemeinsamen Fallbesprechung erarbeitete und in einem Integrationsplan festgehaltene, zwischen den beteiligten Trägern abgestimmte Leistungserbringung trägt zu einer nachhaltigen Erwerbsteilhabe der Zielgruppe bei. Die Begleitung durch prozesssteuernde Lots\*innen und eine strukturierte Nachbegleitung nach gelungenem RTW sind wichtige ergänzende Faktoren.

In Anlehnung an Corbin und Strauss (2010) liegt der zentrale Vorteil der verzahnten Leistungserbringung in der gestaffelten Aktivierung der Gesundheitsarbeit, Alltagsarbeit und (berufs-)biografische Arbeit. Während zunächst die gesundheitliche Stabilisierung im Vordergrund steht und anschließend die Alltagsarbeit über Leistungen nach dem SGB II unterstützt wird, kann im Anschluss zeitnah die (berufs-)biografisch Arbeit im Rahmen einer LTA über die Rentenversicherungsträger aktiviert werden. Der Vorteil gegenüber einer singulären und nicht abgestimmten Leistungserbringung durch Jobcenter bzw. Rentenversicherungsträger zeigt sich darin, dass Zeit gespart und Ressourcen effizient, weil aufeinander abgestimmt, eingesetzt werden.

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse der Modellprojekte und der Metaanalyse weisen eindrücklich darauf hin, dass sich eine systematische Zusammenarbeit sowohl für die Jobcenter als auch für die Rentenversicherungsträger lohnt. Daher sollte eine strukturierte und systematische Zusammenarbeit von Jobcentern und Rentenversicherungsträgern zukünftig stärker forciert und auch übergreifend vereinbart werden.

## **Literatur**

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Förderrichtlinie für das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ zur Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch. Online: [https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesprogramm\\_rehapro\\_Foerderrichtlinie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesprogramm_rehapro_Foerderrichtlinie.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Zuletzt geprüft: 06.03.2025.

Corbin, J., Strauss, A. (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Huber.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# „Fairsorgt in der Reha? – Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen“ – Fairsorgt in der Reha auch als Pflegeperson?

*Claudia Beetz*

Ernst-Abbe-Hochschule Jena

### Hintergrund und Zielstellung

Im Dezember 2023 sind nach der aktuellen Pflegestatistik etwa 5,7 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Davon werden etwa 86 % zu Hause versorgt, und circa 3,1 Millionen von Angehörigen gepflegt (Destatis, 2025), wobei diese Zählung nur diejenigen erfasst, deren Angehörige nach einer Pflegebegutachtung als leistungsberechtigt nach dem SGB XI anerkannt werden. Die genaue Zahl der pflegenden Angehörigen in Deutschland ist unbekannt und dürfte deutlich höher liegen; Schätzungen des Sozioökonomischen Panels von 2021 sprechen von etwa 7,1 Millionen pflegenden Angehörigen. (Eggert et al., 2025) Diese Pflegepersonen erleben Mehrfachbelastungen aus Pflege, Beruf und Familie, die ihre Gesundheit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung beeinträchtigen. (Krahmer, 2024) Das Reha-Kolloquium thematisiert unter dem Motto „Fairsorgt in der Reha? – Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen“ die faire Versorgung in der Rehabilitation. Ziel ist die Untersuchung, wie Neuregelungen im SGB XI durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz von 2023 (PUEG) den Zugang zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige erleichtern, während die erforderliche Pflege für die Pflegebedürftigen (im Sinne des SGB XI) weiterhin gewährleistet bleibt.

### Methoden

Die Frage wird durch eine Auswertung von Literatur, Gesetzgebungsunterlagen und Statistiken untersucht. Ergebnisse werden zur Auslegung herangezogen und daraus Hinweise für die Praxis erarbeitet.

### Ergebnisse

Die gesetzlichen Änderungen im Rahmen des PUEG, insbesondere die Einführung von § 42b SGB XI, haben das Potenzial, den Zugang zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige zu erleichtern, indem sie eine Mitaufnahme pflegebedürftiger Personen ermöglichen. Diese Neuerungen zielen darauf ab, die gesundheitlichen und sozialen Belastungen pflegender Angehöriger zu verringern und ihnen die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern, ohne die pflegerische Versorgung der zu betreuenden Personen zu gefährden. Allerdings sind praktische Herausforderungen wie das begrenzte Angebot in spezialisierten Einrichtungen und bürokratische Hürden bei der Umsetzung der Neuregelungen noch vorhanden.

### Diskussion und Fazit

Das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz von 2023 zielt darauf ab, die häusliche Pflege zu stärken und Pflegepersonen nach § 19 SGB XI zu entlasten. Die Einführung eines

(flexiblen) gemeinsamen Jahresbetrags zur Nutzung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ist ein Aspekt dieser Reform. Durch dieses Leistungssystem soll die Versorgung der pflegebedürftigen Person bei einer Verhinderung der Pflegeperson im Sinne einer Überbrückung die Pflege sichergestellt werden (z. B. um den Pflegepersonen Urlaub zu ermöglichen), aber auch Zeiten von Erkrankungen und eben auch der Nutzung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen abzusichern (Krahmer, 2024, § 42a Rn. 5). Seit Januar 2024 besteht zudem die Möglichkeit der Mitaufnahme pflegebedürftiger Personen in stationäre Reha-Einrichtungen für Pflegepersonen nach § 42b SGB XI (bis 30.6.2025 § 42a SGB XI), was die Attraktivität solcher Maßnahmen für Pflegepersonen erhöhen soll. Die Leistung umfasst als Anspruch der pflegebedürftigen Person die Erstattung aller entstehenden Kosten während der Reha- oder Vorsorgemaßnahme, damit neben der gesamten pflegerischen Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auch die mit seinem dortigen Aufenthalt zusammenhängenden Hotel-, Investitions- sowie Fahrtkosten. (Deutscher Bundestag, 2023, S. 38) Die Rehabilitationseinrichtungen können dabei die Pflegeleistungen selbst erbringen oder durch nach § 72 SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen erbringen lassen oder die Möglichkeit der Kooperation mit einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung nutzen.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wurden bisher, bedingt durch die Ablehnung der Pflege durch fremde Personen, fehlendes Angebot und bürokratische Hürden, nur wenig genutzt. (Beetz, 2025) Die Effektivität der neuen Möglichkeit der Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person hängt von der Umsetzung durch die Reha-Einrichtungen und der Praktikabilität des Antragsprozesses – welcher durch die Pflegeperson bei einem Rehabilitationsträger eingeleitet und durch die Weiterleitung an die Pflegekasse abgerundet wird –, ab. Filtermöglichkeiten in Datenbanken, wie die der Deutschen Rentenversicherung sowie im Reha-Portal, nach Einrichtungen, die pflegebedürftige Angehörige aufnehmen, erleichtern die Suche nach geeigneten Rehabilitationseinrichtungen, wobei auf Rehabilitationsmaßnahmen für Pflegebedürftige spezialisierte Einrichtungen derzeit noch selten sind.

### **Take-Home-Message**

Die Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger in Rehabilitationseinrichtungen bietet pflegenden Angehörigen neue Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, um ihre eigene Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern.

### **Literatur**

Beetz, C. (2025): Neu ab 1.7.2025: Der gemeinsame Jahresbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege. BtR 2025, S. 41-46,  
Deutscher Bundestag (2023): Gesetzentwurf PUEG. BT-Drs. 20/6544,  
Destatis (2025), Pflege – Deutschlandergebnisse;  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege-/Publikationen/\\_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege-/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html) (6.11.25)  
Eggert, S., Haeger, M., Teubner, C. (2023): Pflegende Angehörige in Deutschland.  
<https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/> (Abruf: 6.11.2025),  
Krahmer, U., Plantholz, M., Kuhn-Zuber, G. (2024): SGB XI (6. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.  
Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Barrierefreier Zugang zu öffentlichen Schulgebäuden – einfach Ländersache (?)**

*Berit Kristin Dose*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Für Lehrkräfte mit anerkannter (Schwer-)Behinderung gibt es verschiedene Möglichkeiten, deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Eine solche ist die Umsetzung des Anspruchs auf behinderungsgerechte Arbeitsplatzgestaltung gem. § 164 Abs. 4 SGB IX. Je nach Einzelfall sind unterschiedliche Maßnahmen denkbar, die eine behinderungsgerechte Beschäftigung ermöglichen und für die Beschäftigten bzw. Beamt:innen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit beitragen können.

Die Schule als "nichtrechtsfähige öffentliche Anstalt" (z. B. gem. § 2 Abs. 2 S. 2 SchulG LSA; § 3 Abs. 1 S. 4 BayEUG) ist zudem ein besonderer Arbeitsplatz: Nicht nur die verschiedenen landesrechtlichen Vorschriften des Schulwesens, sondern auch der Sonderstatus von verbeamteten Lehrkräften verstärken die rechtliche Komplexität. Um im konkreten Fall den barrierefreien Zugang zum öffentlichen Schulgebäude zu ermöglichen, können mehrere Kostenträger zuständig sein. Das Problem der Kostentragung zwischen den zuständigen Akteuren (insbesondere im Innenverhältnis) führt dabei regelmäßig zu Verzögerungen in der Umsetzung des Anspruchs auf behinderungsgerechte Arbeitsplatzgestaltung.

## **Methoden**

Auf Grundlage gesetzlicher Regelungen werden juristische Literatur und aktuelle Rechtsprechung unter Anwendung von juristischer Methodik ausgewertet. Im Besonderen soll der Fall vom Bayerischen VGH, Urteil vom 20.04.2023, 7 BV 20.1905 analysiert werden.

## **Ergebnisse**

Das Land ist als Arbeitgeberin/Dienstherrin grundsätzlich vorrangig zuständig, den Anspruch eines schwerbehinderten Beschäftigten auf einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz umzusetzen, § 164 Abs. 4 SGB IX. Dies gilt insbesondere auch für die barrierefreie Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes (Kohte, Faber, 2019).

Der bayerische Landesgesetzgeber hat klar zwischen dem Träger von Personalaufwand (Land/Dienstherrin) gem. Art. 2 Abs. 1 S. 1 BaySchFG und dem Träger von Sach- bzw. Schulaufwand (Kommune/Landkreis) gem. Art. 3 Abs. 1, 2 BaySchFG differenziert. Damit wird dem (landes-)verfassungsrechtlich geschützten Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung in Form von Finanz- und Verwaltungshoheit Rechnung getragen. Der Sachaufwand sei eindeutig dem eigenen Wirkungskreis der Kommune zuzurechnen und dürfe deshalb nicht über den klar abgegrenzten Wortlaut des Art. 3 BaySchFG hinaus ausgelegt werden (VGH Bayern, 2025). Somit wird aus der Rechtsprechung deutlich, dass auch Aufwendungen, die zumindest mittelbar dem Personalaufwand zugerechnet werden können – wie im vorliegenden Fall aufgrund der persönlichen Notwendigkeit einer schwerbehinderten Lehrkraft der barrierefreie Zugang zum Schulgebäude – von der Arbeitgeberin/Dienstherrin zu zahlen sind. Das bedeutet allerdings auch, dass dieselbe Leistungsgewährung in jedem Bundesland



unterschiedlich zu entscheiden ist, je nachdem, wie die fiskalische Aufteilung zwischen Sach- und Personalkosten normiert ist.

## **Diskussion und Fazit**

Sind im konkreten Fall zur Umsetzung des Anspruchs auf einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz bzw. zum barrierefreien Zugang eines solchen bauliche Änderungen in einer öffentlichen Einrichtung (hier: Schule) durchzuführen, werden die Zuständigkeiten vielfältiger und sowohl für die betroffene beschäftigte Lehrkraft als auch die möglichen kostentragenden Akteure undurchsichtiger. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Abgrenzung von Sach- und Personalkosten relevant, um die Kostenträgerschaft zwischen dem Land und der Kommune zu klären. Es macht einen Unterschied, ob die konkrete Maßnahme mit dem schwerbehinderten Beschäftigten geht (z. B. ein orthopädischer Stuhl) oder im Wege der baulichen Eingliederung als wesentlicher Bestandteil des Schulgebäudes gem. § 94 Abs. 2 BGB beim Schulaufwandsträger verbleibt und dadurch die Barrierefreiheit des Gebäudes dauerhaft für alle Menschen verbessert.

Die Leistungsgewährung „wie aus einer Hand“ kann nur dann funktionieren, wenn die zuständigen Akteure klare Vereinbarungen zur Kostentragung treffen. Neben schulgesetzlichen Vorschriften können sich Zuständigkeiten u.a. auch aus arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften (z. B. Technische Regel „Barrierefreie Gestaltung von Arbeitsstätten ASR V3a.2“ gem. § 7 Abs. 3 Nr. 2 ArbStättV), den landesrechtlichen Varianten des Behindertengleichstellungsgesetzes (z. B. Art. 4, 10 BayBGG), aber auch sozialrechtlichen Normen (z. B. § 185 Abs. 3 SGB IX) ergeben. Damit können (zumindest anteilig) auch Träger öffentlicher Gewalt, Rehabilitationsträger oder Integrations- bzw. Inklusionsämter notwendig zu beteiligende Akteure sein. Die Rangfolge dieser Zuständigkeiten muss im Innenverhältnis zwischen den Beteiligten klar sein, um Regressansprüche durchsetzen zu können und gleichzeitig dem (schwer-)behinderten Beschäftigten den Zugang zu seiner Arbeitsstätte zu ermöglichen.

## **Take-Home-Message**

Eine klare Koordination zwischen den möglichen zuständigen Kostenträgern kann dazu beitragen, die Umsetzung zu einem barrierefreien Zugang öffentlicher Gebäude voranzubringen.

## **Literatur**

Bayerischer VGH (2023): Urteil vom 20.04.2023, 7 BV 20.1905, URL: <https://openjur.de/u/2504004.html>, Abruf: 04.11.2025.

Ausschuss für Arbeitsstätten (2025): Technische Regel für Arbeitsstätten: Barrierefreie Gestaltung von Arbeitsstätten ASR V3a.2. URL: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/ASR/ASR-V3a-2>, Abruf: 04.11.2025.

Kohte, W., Faber, U. (2019): Kostentragung für Einbau eines behinderungsgerechten Aufzugs in Schule für gehbehinderten Lehrer. Juris PraxisReport Arbeitsrecht, 40. Anm. 2.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in Landesbehörden

*Stefan Stache*

Universität Kassel

## Hintergrund und Zielstellung

Obwohl sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Zugangschancen für Menschen mit Behinderung zum Arbeitsmarkt verbessert haben, sind sie nach wie vor strukturell benachteiligt. So partizipieren u. a. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kaum an der Arbeitsmarkttöffnung u. a. auf Grund des demografischen Wandels. Während insbesondere die Ableismusforschung die Persistenz diskriminierende Deutungsmuster von Personalverantwortlichen als Barrieren identifizieren, heben Studien der return to work und stay at work Forschung die Belastungen der direkten Vorgesetzten und mangelndes (Erfahrungs-) Wissen (Hergesell, Albrecht, 2021), unzureichende betriebliche Ressourcen (Welti et al., 2010), hierarchische und wenig vertrauensvolle betriebliche Kulturen (Lange et al., 2019) oder Vorstellungen von Leistungsfähigkeit in bestimmten Branchen als hemmende Faktoren hervor. Die Mechanismen der Personalrekrutierung im Zusammenhang mit behinderten Menschen sind kaum erforscht. Studien aus der Geschlechter- und Diversitätsforschung haben herausgearbeitet, dass Führungskräfte und Personalverantwortliche im öffentlichen Dienst von einer Objektivität der Personalauswahl nach Leistungskriterien ausgehen (Andresen et al., 2003). Weil eine hohe demokratische Einflussmöglichkeit gegeben ist und der dortige Bedarf an Arbeitskräften steigt, eignet sich die öffentliche Verwaltung als Untersuchungsfeld. Der Sektor ist für rund ein Viertel der Pflichtarbeitsplätze für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung bzw. ihnen gleichgestellte Personen verantwortlich. Öffentliche Ämter sollen nach „Eignung, Befähigung und [der] fachlichen Leistung“ (Art. 33 Abs. 2 GG) (Prinzip der Bestenauslese) besetzt und das Anforderungsprofil der Stellen hiernach ausgerichtet werden, was auf jeder Stufe des Prozesses der Personalauswahl umgesetzt werden muss. Zugleich sollen sie die rechtlichen Vorgaben zur Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen, wie z. B. das Benachteiligungsverbot und die Pflicht zur Beschäftigung (§§ 154 f. SGB IX), sowie politische Teilhabeziele berücksichtigen. Es gilt daher zu verstehen, welche Faktoren den Umgang mit rechtlichen Normen strukturieren und inwieweit diese in den Behörden formalisiert sind. Im Rahmen einer Kooperation zwischen der Universität Kassel und dem Beauftragten der hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderung verfolgt das Forschungsprojekt folgende Fragen: Wie beeinflussen gesetzliche Regelungen, Deutungs- und Handlungsmuster, biographische Erfahrungen und Einstellungen gegenüber beeinträchtigten Menschen das Handeln der Führungskräfte? In welcher Weise wirken diese sich im Zusammenspiel mit Handlungslogiken der Behörden und spezifischen Arbeitsanforderungen auf die Praktiken der Personalrekrutierung aus?

Alltagslogiken, in deren Folge behinderte Menschen biografische und auch rechtliche Benachteiligungen erfahren, entstehen nicht allein aufgrund äußerer Strukturen oder aus Einstellungen, sondern auch aufgrund von spezifischen Feldlogiken und Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmustern. Im Zuge einer interdisziplinären Fachtagung zur Arbeitsmarktintegration wurde diskutiert, in welcher Weise die Habitus- und Feldtheorie Bourdieus zu einem vertieften Verständnis betrieblicher Alltagspraktiken und damit auch

Rekrutierungsmuster gegenüber behinderten Menschen beitragen kann (Stache, Welti, 2024).

## **Methoden**

In dem laufendem Forschungsprojekt werden Leitfaden gestützte Interviews mit Führungskräften der hessischen Landesverwaltung im Stile des verstehenden Interviews (Kaufmann) im Wechsel mit systematischen Beobachtungen der Interview Personen in Sitzungen/Meetings durchgeführt, die sich mit Fragen der Personalauswahl (Keine Bewerbungsgespräche) befassen. Sowohl die Interviews als auch die systematischen Beobachtungen werden Habitus-hermeneutisch ausgewertet. Darüber hinaus werden behördliche Dokumente, unter anderem Daten zur Personalplanung, Dienstanweisungen und Inklusionsvereinbarungen ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Vorbereitende Expert\*innengespräche mit Personalverantwortlichen und Schwerbehindertenvertretungen deuten darauf hin, dass die Wahrnehmung ausbleibender Bewerbungen von behinderten Menschen deren strukturelle Benachteiligung ausblendet.

## **Diskussion und Fazit**

Aus der Art und Weise mit den Führungskräften die eigenen Handlungsspielräume wahrnehmen und nutzen und wie betriebliche Kulturen hierzu beitragen, können Bedingungen für inklusive Lernprozesse von Institutionen herausgearbeitet werden.

## **Take-Home-Message**

Es gilt die Mechanismen vertieft zu verstehen, die Menschen mit Behinderungen in der Personalrekrutierung benachteiligen.

## **Literatur**

- Andresen, S.; Dölling, I., Kimmerle, C. (2003): Verwaltungsmodernisierung als soziale Praxis. Geschlechter-Wissen und Organisationsverständnis von Reformakteuren. Opladen: Leske + Budrich.
- Hergesell, J., Albrecht, J. (2021): Integration als betriebliche Routine. Organisationssoziologische Perspektiven auf alltägliche Integrationsprozesse. Sozialer Fortschritt 70(3), 111-129.
- Lange, B., Detka, C., Kuczyk, S., Ohlbrecht, H. (2019): Unternehmenskulturen und ihre (Aus)Wirkung auf die Gesundheit von Mitarbeitenden und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. RP Reha 2019(2), 49-56.
- Stache, S., Welti, F. (2024): Inklusion in Arbeit. Zur rechtlichen und sozialen Strukturierung von Ausbildungsübergängen und betrieblichen Alltagspraxen. In: Sozialer Fortschritt, 8-9/2024, S. 599-615.
- Welti, F.; Mahnke, C.; Tauscher, A.; Ramm, D.; Seider, H., Shafaei, R. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen ihrer erfolgreichen Umsetzung. Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg G 14. Neubrandenburg.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben durch Mobilitätsförderung

*Michael Beyerlein*

Universität Kassel

## Hintergrund und Zielstellung

Engels et al. (2023) stellen fest, dass Einschränkungen der Mobilität beim Wechsel von einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in einen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes eine Barriere darstellen. Vorhandenen Studien zur Mobilität von Menschen mit Behinderungen beschreiben im Wesentlichen technische und bauliche Umwelt-Barrieren, aber auch einstellungsbedingte Barrieren, die sich im Verhalten von Mitmenschen zeigen. So können rechtliche Rahmenbedingungen und Verwaltungspraxis ebenfalls einstellungsbedingte Barrieren für die Mobilität sein, wenn nötige Leistungen zur Mobilität nicht geregelt sind, wie u. a. Tonia Rambauser-Haß zeigt (Rambauser, 2017).

Vor dem Hintergrund des im Koalitionsvertrag festgelegten Ziels, die Durchlässigkeit zwischen beruflicher Rehabilitation und allgemeinem Arbeitsmarkt zu verbessern (CDU et al., 2025), wurde die Erkenntnis von Engels et al. zum Ausgangspunkt genommen, Barrieren und Förderfaktoren bei der Mobilität zu Arbeitsplätzen, insbesondere außerhalb von WfbM zu untersuchen.

## Methoden

Der Beitrag basiert auf der inhaltsanalytischen Auswertung und rechtswissenschaftlichen Vertiefung von zwei Gruppendiskussionen (n=10), die im November 2024 parallel geführt wurden (Kühn, 2017; Kuckartz, Rädiker 2024).

## Ergebnisse

In den Gruppendiskussionen wurden vorhandene Angebote des ÖPNV insbesondere im ländlichen Raum als zu wenig vorhanden und unzuverlässig kritisiert. Die Nutzung des ÖPNV wird zudem als unsicher wahrgenommen. Die überwiegend aus professionell helfenden bestehenden Diskussionsgruppen berichten von Unsicherheit über Haftung und Verantwortlichkeit. So entsteht eine einstellungsbezogene Barriere. Das ist insbesondere darum problematisch, weil vorhandene Mobilitätslösungen wie Fahrdienste primär darauf ausgerichtet sind, eine Vielzahl von WfbM-Beschäftigten von ihrem Wohnort zu einer zentral gelegenen Werkstatt zu befördern. Dass diese Fahrdienste eine Vielzahl von Betrieben anfahren, ist nicht vorgesehen. Der gesetzliche Rahmen für Teilhabeleistungen sieht vor, dass der Bedarf an Teilhabeleistungen durch den Rehaträger in Abstimmung mit der leistungsberechtigten Person erhoben wird und für damit in Verbindung stehende Probleme wie die Mobilität zur Rehamaßnahme, ggf. auch im Austausch mit anderen beteiligten Trägern Lösungen gefunden werden. Die Diskussionsgruppe beschreibt die Träger als nicht so vernetzt, wie es zur Problemlösung nötig wäre.

Die Vernetzung der Rehaträger kann entsprechend ein Förderfaktor sein, der im System zwar grundsätzlich vorgesehen ist, aber praktisch nicht gelebt wird, wie die Diskutant:innen übereinstimmend mit verschiedenen Studien berichten. Jenseits der von der Verwaltung als

zu aufwändig empfundenen Verfahren können jedoch lokale runde Tische dazu beitragen, die am Teilhabeprozess beteiligten Akteure zu vernetzen.

Im Sample sind die wesentlichen Akteure des sozialrechtlichen Dreiecks enthalten. Zu beachten ist jedoch, dass eine Seite des Dreiecks übermäßig stark gewichtet ist. Personen, die Leistungserbringern zuzuordnen sind, sind sehr stark repräsentiert, Menschen mit Behinderungen selbst und Leistungsträger weniger stark. Insofern überwiegt der Blick von professionell Helfenden auf Barrieren.

Da es sich um eine qualitative Erhebung mit kleinem Sample handelt, können die Ergebnisse nicht die Aussagekraft einer großen quantitativen Fragebogenerhebung beanspruchen, geben aber Hinweise, wo mit großer Wahrscheinlichkeit Mobilitätsbarrieren für die Teilhabe am Arbeitsleben liegen und sie zeigen auch auf, wie ihnen begegnet werden kann. Die qualitative Studie kann so Grundlage für weitere rechts- und sozialwissenschaftliche Untersuchungen sein.

## **Diskussion und Fazit**

In Anbetracht des politisch gewollten Wandels der WfbM wird es zukünftig eine ihrer zentralen Aufgaben sein, sich mit der lokalen Wirtschaft zu vernetzen, um in verschiedenen Betrieben jenseits von separierenden Strukturen Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen und dafür auch z. B. mit Mobilitätstraining Voraussetzungen zu schaffen. Dem müssen auch die Finanzierungsmechanismen Rechnung tragen, denn bisher gehört Mobilitätsförderung zwar implizit zu den Aufgaben vieler WfbM, wie Daten aus Bayern zeigen, die Finanzierung erfolgt jedoch nicht zielgerichtet darauf.

## **Take-Home-Message**

Die Mobilität zum Arbeitsplatz wird in Zukunft verstärkt zu den Aufgaben des Rehasystems gehören, solange vorhandene Angebote nicht frei von Barrieren sind. WfbM müssen sich in den geänderten Rahmenbedingungen als umfassende Inklusionsdienstleister verstehen, deren Aufgabe es ist, die Teilhabe am Arbeitsleben u. a. durch Vernetzung und die gezielte Ermöglichung von Mobilität zu fördern.

## **Literatur**

- CDU; CSU; SPD (2025): Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 21. Legislaturperiode.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2023): Zwischen Sonderfahrdienst und Neuer Mobilität. Menschenrechtliche Perspektiven auf die Mobilität von Menschen mit Behinderungen in Berlin. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte
- Engels, D.; Deremetz, A.; Schütz, H.; Eibelshäuser, S.; Pracht, A.; Welti, F.; von Drygalski, C. (2023): Studie zu einem transparenten, nachhaltigen und zukunftsfähigen Entgeltsystem für Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für behinderte Menschen und deren Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Abschlussbericht. Berlin (BMAS Forschungsbericht, 626).
- Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2024): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).
- Kühn, T. (2017): Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. 2nd ed. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Der Beitrag ist im Rahmen des Projekts VinKA entstanden, das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wird.

## **Der Beitrag von Schiedsstellen zu Chancengleichheit und Interessenausgleich im Rehasystem**

*Michael Beyerlein*

Universität Kassel

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Leistungserbringung in der Rehabilitation ist in vielen Fällen geprägt durch ein korporatistisches Setting, bei dem sich Leistungsträger immer dann, wenn sie Rehabilitationsleistungen nicht selbst erbringen, mit Dritten zur Erfüllung gemeinsamer Ziele abstimmen müssen. Das findet seinen rechtlichen Ausdruck in § 17 SGB I. Kooperation kann entsprechend als Grundprinzip der Leistungserbringung im Sozialrecht verstanden werden (Becker et al., 2011).

Die dafür nötige Abstimmung ist eingebettet in einen institutionellen Kontext aus Akteursnetzwerken, Verhandlungen, Quasimarkt, Wettbewerb und Hierarchie. Es herrschen institutionelle Normen, die Ressourcen und Handlungsoptionen der beteiligten Akteure definieren, bestimmte Ziele vorgeben und kognitive Orientierungen prägen (Mayntz, Scharpf 1995). Am Ende steht das Ziel einer vertraglichen Einigung.

Der Koordinationsmechanismus Verhandlung schafft es jedoch nicht immer Ergebnisse zu produzieren. Darum wurden vom Gesetzgeber in vielen Bereichen des Sozialrechts Schiedsstellen geschaffen, die helfen sollen, vertragslose Zustände zu vermeiden und die so die Leistungssysteme aufrechterhalten und die Erfüllung sozialer Rechte sicherstellen. Die verschiedenen Schiedsstellen im Sozialgesetzbuch sind zu diesem Zweck nach einem ähnlichen Muster aufgebaut. Sie sind paritätisch mit Vertreter:innen von Leistungsträgern und Leistungserbringern besetzt, werden von einer oder mehreren gemeinsam bestimmten Personen geleitet, sie entscheiden nach dem Mehrheitsprinzip und Verhandeln und Entscheiden in der Regel nichtöffentlich. Schiedssprüche sind gerichtlich überprüfbar (Beyerlein, 2021). Die Rechtsprechung betont durchgängig den großen Entscheidungsspielraum der Schiedsstellen und die darum nur eingeschränkte gerichtliche Überprüfbarkeit der Schiedssprüche. Gleichzeitig geht die Rechtsprechung davon aus, dass Schiedsstellen aufgrund ihrer Konstruktion in besonderem Maße dazu in der Lage sind, Interessen vermittelnd zusammenzuführen und ihre Kompetenzen zu einer Entscheidungsfindung zu nutzen, die nicht immer die einzig sachlich vertretbare ist und häufig Kompromisscharakter aufweist (Ständige Rechtsprechung des BSG, zuletzt BSG, Urt. v. 19.04.2023 – B 3 P 6/22 R, Rn. 23).

Der Beitrag stellt anhand der Dissertation des Autors dar, wie Legitimationsmechanismen in sozialrechtlichen Schiedsstellen Wirkung entfalten und welche weiteren Mechanismen zu ihrem Funktionieren beitragen.

## **Methoden**

Analyse von Literatur, Rechtsnormen und Rechtsprechung, leifadengestützte Expert\*innen-interviews (n=24) und inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse (Kuckartz, Rädiker 2024).

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse lassen in Anlehnung an das Legitimationskonzept von Scharpf, das von Schmidt und Weiteren ergänzt wurde (Mosley, Wong 2021), in einem Modell zusammenfassen, das die herausgearbeiteten Kategorien um sechs Hauptmechanismen gruppiert:

- Die Input-Legitimität der Schiedsstelle ergibt sich aus der Qualität der Vertretungsorgane, Wahlprozessen und der Einbeziehung der Konfliktparteien.
- Die Throughput-Legitimität der Schiedsstelle ergibt sich aus der Qualität des Entscheidungsprozesses,
- Ihre Output-Legitimität leitet die Schiedsstelle aus ihrer Fähigkeit ab, Probleme zu lösen.
- Das korporatistische Netzwerk beeinflusst die Akzeptanz des Verfahrensergebnisses durch Abstimmungsprozesse und das Vorhalten alternativer Konfliktlösungsstrategien
- Interne Abstimmungsprozesse mit der anwaltlichen Prozessvertretung oder höheren hierarchischen Ebenen
- Die Erwartung, dass Gerichtsverfahren sehr viel Zeit in Anspruch nehmen

## **Diskussion und Fazit**

Mit der Arbeit konnten Mechanismen beleuchtet werden, die Einfluss auf die Akzeptanz von Schiedsstellenentscheidungen durch wohlfahrtsstaatliche Akteure haben. Das Verständnis der Akzeptanz von Verfahrensergebnissen konnte damit um den Einfluss legitimierender Mechanismen in der Schiedsstelle, Abstimmungsprozesse, Netzwerkressourcen und -prozesse sowie weitere Umweltfaktoren erweitert und diese Mechanismen beschrieben werden. Mit der Arbeit konnten rechtsdogmatische Annahmen zur Wirkung der Schiedsstelle im Wesentlichen bestätigt werden und darüber hinaus konnte die Wirkung der im Gesetz beschriebenen Legitimationsmechanismen auf die Akteure detailliert beschrieben werden.

## **Take-Home-Message**

Kooperation ist ein Grundprinzip der Leistungserbringung im Sozialrecht. Diese Kooperation wird über eine verhandelnde Abstimmung der beteiligten Akteure erreicht, die in vielen Bereichen durch Schiedsstellen unterstützt werden kann, wenn keine Ergebnisse erzielt werden können. Schiedsstellen erfüllen darum einen wichtigen Auftrag im Sozialstaat. Ihre Legitimität ist eine wichtige Funktionsvoraussetzung.

## **Literatur**

- Becker, U., Meeßen, I., Neueder, M., Schlegelmilch, M., Schön, M., Vilacklara, I. (2011): Strukturen und Prinzipien der Leistungserbringung im Sozialrecht - Teil 1. In: VSSR, 323–359.
- Beyerlein, M. (2021): Akzeptanz und Legitimität von sozialrechtlichen Schiedsstellen. Theoretische Überlegungen. In: Katie Baldschun, Alice Dillbahner, Solveig Sternjakob und Katharina Weyrich (Hg.): Sozialgerichtsbarkeit im Blick. Forschung in Bewegung, 265–283.

- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Mayntz, R., Scharpf, F. W. (Hg.) (1995): Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Frankfurt, New York: Campus.
- Mosley, J. E., Wong, J. (2021): Decision-Making in Collaborative Governance Networks: Pathways to Input and Throughput Legitimacy. In: Journal of Public Administration Research and Theory 31 (2), 328–345.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Die vorgestellte Dissertation entstand im Rahmen des Fördernetzwerks Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung

## **Inklusionsvereinbarungen als rehabilitations- und teilhabeförderndes Instrument aus empirischer Sicht zur Barrierefreiheit in Betrieb / Dienststelle**

*Dörte Busch*

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin / DGRW

### **Hintergrund und Zielstellung**

Gemäß § 166 SGB IX sind Inklusionsvereinbarungen eine Grundlage für eine zielgerichtete und verbindliche Personalpolitik bzw. Inklusionsplanung für (schwer)behinderte Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Belange behinderter Frauen. Sie stellen ein Planungs- und Steuerungsinstrument der betrieblichen Maßnahmen zur Eingliederung schwerbehinderter Menschen dar (Conrad-Giese, 2022). Ihre Funktion liegt darin, auf Entscheidungsstrukturen, Führungskräfte und betriebliche Interessenvertretungen Einfluss zu nehmen, die im betrieblichen Alltag Inklusionskompetenz haben und Eingliederungschancen ermöglichen oder auch bislang vermindern / verweigern (FKS, Husmann, § 166 SGB IX Rn. 41 ff.). Inklusionsvereinbarungen sollen den (Veränderungs)Inklusionsprozess in Betrieben/Dienststellen strukturieren. Es soll aufgezeigt werden, dass Inklusionsvereinbarungen zur Barrierefreiheit in Betrieben und Dienststellen diese Funktionen in der Praxis wahrnehmen bzw. bei guter Verhandlungsführung wahrnehmen können.

### **Methoden**

Es wurden über 50 Inklusionsvereinbarungen zusammengetragen und unter dem Aspekt der Barrierefreiheit ausgewertet. Die dazu vorliegend ausgewählten vereinbarten Regelungen in Inklusionsvereinbarungen werden hier als Best Practices vorgestellt.

### **Ergebnisse**

Inklusionsvereinbarungen können Barrierefreiheit in Betrieben und Dienststellen in rechtlich gestufter Intensität gestalten und damit Rehabilitation und Teilhabe von (schwer)behinderten Menschen fördern. Sie sind gemäß ihrer gesetzlichen Funktion gut geeignet, betriebs- und dienststellenangepasste Regelungen einschließlich Umsetzungs- und Evaluierungsmecha-



nismen zu treffen (siehe allgemein KKW-Kohte, § 166 SGB IX Rn. 13). Dazu zählen als Grundlage ebenso die Definition des einbezogenen Personenkreises, für den (gruppen)individualisierte Zielfeststellungen, Ergebnisse und Fördermaßnahmen, z. B. zur Barrierefreiheit, vereinbart werden bzw. werden können.

### **Diskussion und Fazit**

Wenn es exemplarisch in Inklusionsvereinbarungen sowohl in Betrieben als auch Dienststellen heißt, dass die Einstellung und Beschäftigung von Menschen mit Einschränkungen/Behinderungen nicht an baulichen oder technischen Hindernissen scheitern soll, geht dies sowohl über das gesetzliche Rehabilitations- und Teilhaberecht, Arbeitsschutzrecht und im Einzelfall über Baurecht (z. B. über den Bestandsschutz) hinaus. Dies wird zB dadurch untermauert, wenn es in Inklusionsvereinbarungen als Verpflichtung aufgenommen ist, dass zu diesem Zweck eine barrierefreie Infrastruktur zu schaffen ist (siehe § 4 Behindertengleichstellungsgesetz zum umfassenden Begriff der Barrierefreiheit). Dies zeigt, dass Inklusionsvereinbarungen als Instrument eingesetzt werden können, um komplexe Sach- und Rechtslagen in Betrieb und Dienststelle operationalisierbar zu machen. Sie entfalten eine wichtige Funktion, wenn sie Gesetzeslagen zu Gunsten von Menschen mit Einschränkungen/Behinderungen zu ihrer Rehabilitation und Teilhabe ergänzen. Dies schließt ein, dass entsprechend geeignete Umgebungen gefördert und verbessert werden können.

### **Take-Home-Message**

Inklusionsvereinbarungen können bestehende gesetzliche Verpflichtungen durch betriebs- und dienststellenangepasste Regelungen, z. B. zur Barrierefreiheit, gezielter und zügiger zur Anwendung bringen, jedoch liegt ihr maßgeblicher Gestaltungscharakter in der Ergänzung schwerfälliger/komplexer oder zu verbessernder Rechtslagen bzw. lückenhafter gesetzlicher Regelungen zur Inklusion von (schwer)behinderten Menschen in das Arbeitsleben.

### **Literatur**

- Conrad-Giese (2022): Das bewirken Inklusionsvereinbarungen. Der Personalrat (PersR) 2022, 8
- Feldes, Kohte, Stevens-Bartol, Husmann (2025): SGB IX. Onlineausgabe 2025. zitiert SKS, Husmann
- Knickrehm, Kreikebohm, Waltermann, Kohte (2025): Kommentar zum Sozialrecht, 9. Aufl. 2025, zitiert KKW, Kohte

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Qualitätssicherung der Beschulung von Schüler\*innen während eines Klinikaufenthalts – Klinikschen als Teil der deutschen Bildungslandschaft**

*Paula Vogel*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Kinder und Jugendliche, die aufgrund psychischer Erkrankungen (teil-)stationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, können ihre Stammschule häufig über einen längeren Zeitraum nicht besuchen. Um dennoch ihre schulische Bildung sicherzustellen und einen Bruch in der Schüler\*innenbiografie zu vermeiden, übernehmen u. a. Klinikschen die Beschulung während des psychiatrischen Klinikaufenthalts (Hensel, 2025).

Aktuell lässt sich ein Paradigmenwechsel in der Aufmerksamkeitskonjunktur rund um Klinikschen beobachten. Dies mag u. a. daran liegen, dass neuere repräsentative Studien belegen, dass bei ca. 20 % aller Drei- bis Siebzehnjährigen auffällige Verhaltensweisen bzw. -störungen zu beobachten sind (Bakels, 2020). Bei vielen der psychisch erkrankten Kinder bestand bzw. drohte schon vor dem Klinikaufenthalt eine schulische Exklusion. Zusätzlich stellen schulische Übergänge eine besondere Herausforderung dar, da diskontinuierliche Bildungsverläufe sowie eine verringerte soziale Teilhabe wahrscheinlicher werden (Hensel, 2025). Dementsprechend veröffentlichte die Kultusministerkonferenz (KMK) in diesem Jahr eine neue Empfehlung zur schulischen Bildung von erkrankten Kindern, in welcher rehabilitative Maßnahmen und die Gestaltung von Bildungsübergängen zwischen den verschiedenen Schulinstitutionen stärker betont werden (KMK, 2025).

Es herrscht Einigkeit darüber, dass Klinikschen eine zentrale Rolle für die schulische Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einem Klinikaufenthalt spielen. Unklar bleibt jedoch, auf welche Weise dieses übergeordnete Ziel konkret umgesetzt wird und welche Teilaspekte dabei im Vordergrund stehen sollten. Die Erwartungen an die Funktionen der Klinikschen variieren dabei erheblich und stehen mitunter sogar in einem Spannungsverhältnis zueinander. Einzelne empirisch-qualitative Studien untersuchen die Aushandlungsprozesse der Klinikschullehrkräfte und sollen Aufschluss über die gelebte Praxis in den Klinikschen geben.

## **Methoden**

Der Erkenntnisgewinn erfolgt durch die Auswertung von empirisch-qualitativen Studien zur Qualität und Professionalität der praktischen Aushandlungen der Akteure in Klinikschen.

## **Ergebnisse**

Das Ausbleiben normativ-programmatischer Handlungsanleitungen in der Ausgestaltung von Klinikschen führt bei den Kliniklehrer\*innen zu unterschiedlichen Selbstwahrnehmungen bezogen auf ihre eigenen Zuständigkeitsbereiche. Hensel (2025) ermittelt eine „Diskontinuität als fallübergreifendes Merkmal der schulischen Bildungsverläufe“ bei den von ihm befragten Klinikschüler\*innen. Dies bezieht sich sowohl auf die Rückkehr in die besuchte Stammschule, -klasse oder Schulform als auch auf die Passung der Schüler\*innen zu den fachlichen

Leistungsanforderungen sowie ihre soziale Teilhabe. Je nach Ausgestaltung der jeweiligen Klinikschule geben interviewte Kliniklehrkräfte zudem an, sich unterschiedlich verantwortlich bei der Unterstützung der Schüler\*innen bei einem Schulwechsel nach einem Klinikaufenthalt zu fühlen. Manche Klinikschulen verfügen über sogenannte back-to-school-Teams, welche die Schüler\*innen bei der Suche einer neuen Schule begleiten, in anderen Klinikschulen weisen die Kliniklehrkräfte die Verantwortung für die Schulsuche klar zurück.

Bakels' (2020) Analysen ergaben ein geteiltes Orientierungsproblem der Kliniklehrkräfte, welches in einem pädagogischen Spannungsfeld zwischen fachlicher und therapeutischer Handlungspraxis oszilliert. Der durch die Lehrkräfte ausgebildete professionelle Habitus ließ sich in drei Typen im Umgang mit dieser Spannung klassifizieren: Während bei Typ 1 die fachliche Vermittlung im Mittelpunkt steht, rückt bei Typ 2 die therapeutische Unterstützung und Rücksichtnahme in den Vordergrund, wohingegen Typ 3 durch eine fürsorglich-beziehungsorientierte Haltung geprägt ist, die eher einer sozialen Unterstützungsrolle als der klassischen Lehrer\*innenrolle entspricht.

Schlussendlich wird von den Bildungsinstitutionen des Regelschulsystems die Erwartung an die Klinikschulen herangetragen, dass die zuvor aufgetretenen Störungen im Schulalltag nach Klinikaufenthalt ausbleiben würden (Hensel, 2025). Dies negiert jedoch das Auftreten chronischer psychischer Erkrankungen unter Schüler\*innen und lässt die z. T. fortbestehende soziale Isolation und Stigmatisierung unberücksichtigt (Höglinger, Falkenstörfer, 2025).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ausgestaltung des Klinikschulaufenthalts sowie die damit zusammenhängenden Bildungs- und Schulübergänge haben einen zentralen Einfluss auf den zukünftigen Bildungsverlauf und die soziale Teilhabe der Kinder und Jugendlichen, welche zeitweise in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht waren. Bei Betrachtung der pädagogischen Handlungspraxis der Klinikschullehrer\*innen fällt auf, dass die Kinder ungleichheitsfördernde Erfahrungen in der Unterstützung und im professionellen Umgang mit den Klinikschullehrkräften machen.

## **Take-Home-Message**

Konkretere Anforderungen an Klinikschulen sowie eine engere Abstimmung zwischen Klinikschule und zukünftiger Schule erleichtern Kindern und Jugendlichen den Übergang nach einem Klinikaufenthalt.

## **Literatur**

- Bakels, E. (2020): Klinikschulen der Kinder- und Jugendpsychiatrien: Eine rekonstruktive Studie zum professionellen Habitus von Kliniklehrkräften. Wiesbaden: Springer VS.
- Hensel, T. (2025): Von der Schule in die Kinder- und Jugendpsychiatrie – und zurück?: Bildungs- und Übergangsverläufe im Spannungsfeld von Kontinuität und Diskontinuität. Weinheim: Beltz.
- Höglinger, K., Falkenstörfer, S. (2025): Zur Unsichtbarkeit chronischer Erkrankungen und ihrer Bedeutung für die Pädagogik: Eine meta-ethnographische Studie. Empirische Pädagogik, 39 (3). 335-355.
- Kultusministerkonferenz (2025): Empfehlungen zur schulischen Bildung, Beratung und Unterstützung von erkrankten Kindern und Jugendlichen. Beschluss der Bildungs-

ministerkonferenz vom 20.03.2025. URL:

file:///C:/Users/paula/Downloads/KMK\_2025\_03\_20-Empfehlung-erkrankte-SuS.pdf,

Abruf: 04.11.2025.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Rehabilitationsanspruch für WfbM-Beschäftigte**

*Felix Welti*

Universität Kassel

### **Hintergrund und Zielstellung**

In Deutschland sind mehr als 300.000 Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt. Ob und wie damit das gesetzliche Ziel erreicht wird, ihnen zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln (§ 219 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX) und den Anforderungen für einen inklusiven Arbeitsmarkt nach Art. 27 UN-Behindertenrechtskonvention zu entsprechen, ist Gegenstand politischer und wissenschaftlicher Diskussion (Engels et. al., 2023).

Neben der Diskussion um die arbeitsrechtliche Stellung der WfbM-Beschäftigten (Welti, von Drygalski, Treffurth, 2024) kann auch der Zugang zu Rehabilitationsleistungen und die Verantwortung hierfür von Bedeutung sein. Diese wird, ausgehend von einer neueren Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 8.8.2024, B 5 R 15/22 R, Die Sozialgerichtsbarkeit 2025, 542), untersucht und kritisch diskutiert.

### **Methoden**

Die Entscheidung des BSG und vergleichbare Entscheidungen werden analysiert und anhand der juristischen Auslegungsmethoden nach Wortlaut, Sinn und Zweck, Entstehungsgeschichte und Systematik des Gesetzes untersucht und es wird diskutiert, ob mit den Auslegungsmethoden auch andere Entscheidungen rechtlich vertretbar gewesen wären. Ebenso wird untersucht, ob sich an Hand der Entscheidung Widersprüche und Spannungsverhältnisse in der gesetzlichen Regelung der Zuständigkeiten für die Rehabilitation von Werkstattbeschäftigten aufzeigen lassen.

### **Ergebnisse**

Das Bundessozialgericht hatte in einem Erstattungsstreit zwischen einem Rentenversicherungsträger und der Bundesagentur für Arbeit über die Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) im Berufsbildungsbereich einer WfbM zu entscheiden. Der den Streit auslösende Versicherte hatte zum Zeitpunkt der Leistungsentscheidung Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente, was aber erst nach der Entscheidung über die LTA anerkannt wurde. Geprüft wurde insbesondere, ob sich eine Zuständigkeit der Rentenversicherung aus § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI ergibt, wonach zu leisten ist, wenn ohne

die Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu beziehen wäre. Das BSG verneinte die Voraussetzungen und sah die notwendige Erfolgsaussicht der Rehabilitation als nicht gegeben an, nachdem sie in der Begutachtung während des Streitverfahrens mit 20 % beziffert worden war. Ähnlich hatte das BSG in einer früheren Entscheidung zur medizinischen Rehabilitation argumentiert (BSG, Urt. v. 16.6.2015, B 13 R 122/14 R, BSGE 119, 136). Für diese war bei WfbM-Beschäftigten danach die Krankenkasse zuständig.

### **Diskussion und Fazit**

Zu diskutieren ist, ob und unter welchen Prämissen das BSG hätte anders entscheiden und eine Zuständigkeit der Rentenversicherung bejahen können. Hier ist zu fragen, auf welchen Zeitraum, auf welche Wahrscheinlichkeit und auf welchen Arbeitsmarkt die Erfolgsprognose bezogen sein müsste. Die Entscheidung verlangt, ohne dies zu explizieren, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit in einem kurzen Zeitraum und sieht die Realisierung von Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM nicht als hinreichenden Rehabilitationserfolg an. Diese Prämissen können in Frage gestellt werden, wenn ein individueller Maßstab angelegt und die WfbM als Teil eines inklusiven Arbeitsmarkts betrachtet bzw. das erfolgreiche Absolvieren ihres Berufsbildungsbereichs als hinreichender Rehabilitationserfolg mit Aussicht z. B. auch auf ein Budget für Arbeit (§ 61a SGB IX) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gesehen wird. Auch wenn mit der BA und der Krankenkasse andere Träger zuständig sind, könnte die Zuständigkeit der RV zu einer größeren Arbeitsmarktnähe der Rehabilitation führen. Im Kern geht es um den Begriff der Erwerbsfähigkeit (Sellnick, 2022). Eine Weiterentwicklung von Rechtsprechung und Verwaltungspraxis wird daher ebenso für möglich gehalten wie eine gesetzliche Klarstellung.

### **Take-Home-Message**

Die Träger der Rentenversicherung sind heute nur sehr selten für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen in und aus WfbM zuständig. Das könnte sich ändern.

### **Literatur**

- Engels, D., Deremetz, A., von Drygalski, C., Eibelshäuser, S., Schütz, H., Pracht, A., Welti, F. (2023): Studie zu einem transparenten, nachhaltigen und zukunftsfähigen Entgeltsystem für Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für behinderte Menschen und deren Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (mit) Abschlussbericht, BMAS-Schriftenreihe Band 626, Berlin 2023.
- Sellnick, H.-J. (2022): Der Begriff der Erwerbsfähigkeit im Sozialrecht, Sozialrecht und Praxis 2022, 664.
- Welti, F., von Drygalski, C., Treffurth, J. (2024): Das Entgelt von WfbM-Beschäftigten, Arbeit und Recht 2024, 50
- Welti, F. (2025): Anmerkung zu BSG, Urt. v. 8.8.2024, B 5 R 15/22 R, Die Sozialgerichtsbarkeit 2025, 542.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Verantwortung für ergonomischen / orthopädischen Büroarbeitsstuhl

*Katja Nebe; Vanessa Specht*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## Hintergrund und Zielstellung

Seit Jahren wird vor den Gesundheitsrisiken infolge zu langen und schlechten Sitzens gewarnt. Ohne Bewegung degeneriert der Stütz- und Bewegungsapparat (BAuA, 2011). Muskel-Skelett-Erkrankungen finden sich an der Spitze der Arbeitsunfähigkeitstage-Statistik und sind entsprechend häufig Grund für medizinische Rehabilitationsleistungen. Die Frage nach dem richtigen Stuhl kann sich vor einer konkreten Erkrankung, vor allem aber auch nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit stellen, z. B. nach einem Bandscheibenvorfall. Häufig werden niedergelassene Ärzte, aber auch Betriebsärzte oder Rehabilitationsmediziner\*innen einbezogen, um den konkreten Bedarf des individuell benötigten Stuhles zu bestimmen. Begrifflich ist dann entweder vom orthopädischen oder vom ergonomischen Büroarbeitsstuhl oder von beiden gleichzeitig die Rede. Das führt zu Zweifeln bei der sozialmedizinischen Begutachtung und zu juristischem Streit, wer wann wofür leistungspflichtig ist. Verantwortlich können Rehabilitationsträger ebenso wie der einzelne Arbeitgeber sein. Aus Sicht von Beschäftigten sollte möglichst schon die präventive Wirkung für dynamisches Sitzen geeigneter Büroarbeitsstühle berücksichtigt werden (DGUV, 2022).

## Methoden

Zur Ermittlung von Zuständigkeiten und Qualitätsvorgaben wurden verschiedene Gerichtsentscheidungen und juristische Sekundärliteratur im Wege der Textanalyse ausgewertet, um die Reichweite der Verantwortung für ergonomische bzw. orthopädische Büroarbeitsstühle zu ermitteln.

## Ergebnisse

Eine Recherche in der juris-Datenbank ergibt mit dem Begriffspaar „orthopädischer Bürostuhl“ 43 Treffer in der Rubrik „Rechtsprechung“ und mit dem Begriffspaar „ergonomischer Bürostuhl“ 42 Treffer in derselben Rubrik. Erweitert um den Suchbegriff „Arbeitsverhältnis“ reduziert sich die Auswahl in der Kombination mit „ergonomisch“ auf 6 Treffer und mit „orthopädisch“ auf 9 Treffer. So lässt sich das Feld auf relevante Entscheidungen begrenzen, vor allem LSG Sachsen und LSG Hessen. Beide Entscheidungen differenzieren zwischen dem ergonomischen und dem orthopädischen Bürostuhl. Gesetzlich definiert ist keiner der beiden Begriffe.

Gem. § 4 Nr. 4 ArbSchG müssen die Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen. Diese Verpflichtung wird konkretisiert durch § 3a Abs. 1 S. 2 ArbStättV i.V.m. dem Anhang Nr. 3.3 Ziff. 2 der ArbStättV. Danach muss der Arbeitgeber bei der Arbeitsplatzausstattung ergonomische Grundsätze beachten. Mangels gesetzlich verbindlicher Definition für einen "ergonomischen Bürostuhl" stützen sich die Gerichte auf untergesetzliches Regelwerk, wie die "Leitlinie Qualitätskriterien für Büro-Arbeitsplätze L-Q 2010" (DIN/VBG/BAuA u.a.). Danach muss der Bürostuhl über eine Synchronmechanik, einen Rückenlehnenwiderstand, eine höhenverstellbare Sitzfläche, die entweder anatomisch geformt oder auch in der Tiefe verstellbar

ist, und auch in der untersten Sitzposition eine Federung aufweisen. Die Rückenlehne muss anatomisch geformt sein und den gesamten Rücken abstützen, insbesondere im Bereich der Lendenwirbelsäule (Lordosenstütze), und bis in den Schulterbereich reichen. Höhenverstellbare und zudem in der lichten Weite verstellbare Armlehnen gehören dazu. Ein orthopädischer Bürostuhl erfüllt nicht nur diese ergonomischen Anforderungen. Er wird individuell an die Bedingungen der jeweiligen Krankheit und die Bedürfnisse des Benutzers angepasst.

Nach überwiegender Rechtsprechung wird ein handelsüblicher ergonomischer Bürostuhl von der Leistungspflicht der Rehabilitationsträger nicht erfasst, sondern der Arbeitsschutzverantwortung des Arbeitgebers zugewiesen. Der orthopädische Bürostuhl wird als technische Arbeitshilfe gem. § 49 Abs. 8 S. 1 Nr. 5 SGB IX und damit als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeordnet (LSG Hessen; LSG Sachsen-Anhalt). Für schwerbehinderte Beschäftigte kann sich dann auch ein Anspruch als begleitende Hilfe im Arbeitsleben gem. § 185 Abs. 3 SGB IX gegen das Integrationsamt ergeben.

### **Diskussion und Fazit**

Ergonomische Büroarbeitsstühle sind kostenintensiv. Wenn sich in Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gem. § 167 Abs. 2 SGB IX zeigt, dass ein ergonomischer, aber kein orthopädischer Büroarbeitsstuhl benötigt wird, dann können die Rehabilitationsträger den konkreten Arbeitgeber zumindest beraten, sie können vor allem aber auch über Boni anreizen, dass der Arbeitgeber möglichst auch weitergehende Bedarfe ergonomischer Büroarbeitsstühle ermittelt. Und sie können darauf hinwirken, dass die Beschäftigten in Verhaltensergonomie unterwiesen werden (BAuA, 2013).

Und die Rehabilitationsträger sollten Wege beschreiten, bei zögernder Verwirklichung der Arbeitsschutzpflicht durch den Arbeitgeber in Vorleistung zu gehen und sich die Kosten analog § 115 SGB X erstatten zu lassen.

### **Take-Home-Message**

Rehabilitationsträger sind zwar nicht für die Bereitstellung ergonomischer Büroarbeitsstühle verantwortlich. Sie tragen gleichwohl im Rahmen des BEM Mitverantwortung für gesundes Sitzen am Arbeitsplatz.

### **Literatur**

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2011): Sitzlust statt Sitzfrust - Sitzen bei der Arbeit und anderswo, 4. Auflage, Berlin.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2013): Auf und nieder - immer wieder! - Mehr Gesundheit im Büro durch Sitz-Steh-Dynamik, 5. Auflage.

DIN/VBG/bso/BAuA/INQA-Büro/BBW, Leitlinie Qualitätskriterien für Büro-Arbeitsplätze L-Q 2010, Anforderungen an Produkte.

Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt, Urt. v. 7.3.2022, L 3 R 98/21, juris.

Landessozialgericht (LSG) Hessen, Urt. v. 29.5.2018, L 2 R 50/17, juris.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Vorurteile gegenüber der Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung – empirische und rechtliche Aspekte**

*Wolfhard Kohte; Thomas Ketzmerick*

Zentrum für Sozialforschung Halle

## **Hintergrund und Zielstellung**

Trotz Verbesserungen in den letzten Jahren bestehen bei der Erwerbsteilhabe von Menschen mit Schwerbehinderung nach wie vor deutliche Defizite. So ist die Ausbildungs- und Beschäftigungsquote wesentlich niedriger als bei Menschen ohne Behinderung. Dies gilt in besonderem Maße für Ostdeutschland, wo die Quote teilweise weit unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Der Beitrag untersucht, welche Rolle dabei pauschale Vorbehalte spielen und zeigt Möglichkeiten, um gemeinsame Erfahrungen zu sammeln sowie Instrumente zur Verbesserung der Inklusion.

## **Methoden**

Die empirischen Ergebnisse basieren auf einer eigenen explorativen Online-Befragung von 326 Betrieben in Sachsen-Anhalt zur Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung in 2025. Die Gründe für die unzureichende Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung wurden offen erhoben und kategorisiert. Diese Angaben werden mit den Ergebnissen der IAB-Stellenerhebung 2020 für Gesamtdeutschland verglichen.

## **Ergebnisse**

Die Erhebung zeigt, dass in Sachsen-Anhalt Zweifel an der generellen Leistungsfähigkeit behinderter Bewerber\*innen noch häufiger sind als bundesweit. Oft wird pauschal eine geringe körperliche Leistungsfähigkeit unterstellt. Häufig werden zudem prinzipielle Vorbehalte bzw. Vorurteile gegenüber schwerbehinderten Bewerber\*innen deutlich.

Die von den Betrieben genannten Hinderungsgründe für die Beschäftigung offenbaren eine überwiegend defizitorientierte Sicht auf Menschen mit Schwerbehinderung. Im Kern dominiert die pauschale Annahme, dass eine Schwerbehinderung automatisch mit einer eingeschränkten oder unzureichenden Leistungsfähigkeit einhergeht

Vorbehalte äußern sich häufig in der Form, dass die Arbeit im Betrieb als ungeeignet für eine Beschäftigung so defizitärer Personen dargestellt wird. Insbesondere Betriebe im produzierenden Gewerbe, im Bauhandwerk, in der Pflege und in Montageberufen führen zu hohen physischen Anforderungen der Arbeitsplätze an. Fehlende Barrierefreiheit im eigenen Betrieb wird oft nicht als Gestaltungsaufgabe betrachtet. Zusätzlich werden Bedenken in Bezug auf erhöhte Fehlzeiten geäußert. Einige Unternehmen benennen zudem mentale Hürden und Vorbehalte innerhalb der Belegschaften und des Managements als Hinderungsgrund. Wesentlich geringer sind die Vorbehalte jedoch in Betrieben mit Schwerbehindertenvertretungen und Inklusionsbeauftragten.

Die Erhebung belegt auch, dass Praktika dazu beitragen können, Vorbehalte auf beiden Seiten abzubauen. Die gemeinsame praktische Arbeit zeigt, was die Person kann, und rückt die Behinderung in den Hintergrund. Betriebe, die solche Praktika anbieten, halten ihre Arbeit seltener für nicht geeignet und schätzen schwerbehinderte Menschen seltener als nicht



leistungsfähig ein. Erfahrungen mindern offenbar Vorbehalte. Empirisch ist gut belegt, dass Kontakte gegenseitige Voreingenommenheiten reduzieren, wenn die Beteiligten gleichen Status haben, kooperativ dasselbe Ziel verfolgen und dabei von Autoritäten unterstützt werden (Wagner, Farhan, 2020). Dies entspricht auch früheren Untersuchungen des BiBB, wonach die Bereitschaft zur Durchführung von Ausbildungen schwerbehinderter Beschäftigter in den Betrieben deutlich höher ist, die Praktika für Jugendliche mit Behinderungen anbieten (Zöller et al., 2016).

## **Diskussion und Fazit**

Die von uns ermittelten hohen Quoten, dass schwerbehinderte Beschäftigte pauschal als weniger leistungsfähig qualifiziert werden und dass spiegelbildlich die typischen betrieblichen Arbeiten für sie nicht geeignet sein sollen, zeigen, wie lange die früheren defizitorientierten Vorstellungen von Behinderung fortwirken. Behinderung ist aber, wie sich jetzt aus § 2 Abs. 1 SGB IX ergibt, nicht allein durch Defizite gekennzeichnet, sondern durch eine Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen und Barrieren. Daher geht es für die betriebliche Inklusion insbesondere darum, dass innerbetriebliche Barrieren beseitigt oder verringert werden. Alle Arbeitgeber sind nach § 164 Abs. 3 SGB IX zur behinderungsgerechten Arbeitsorganisation verpflichtet (Kohte, 2021). Gerade die Digitalisierung gibt hier neue Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung (IW-Report 2020). Die technische Beratung durch das Integrationsamt und die Beratung durch die Reha-Träger können diese Perspektive in Zusammenarbeit mit Schwerbehindertenvertretungen und Inklusionsbeauftragten innerbetrieblich vermitteln (Kohte, Kaufmann 2023).

## **Take-Home-Message**

Tradierte Vorurteile stehen der Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderungen weiter im Weg; eine betriebsnahe technische und organisatorische Beratung der Integrationsämter und Reha-Träger kann diese Barrieren verringern und betriebliche Praktika wirkungsvoll flankieren.

## **Literatur**

- IW-Report 7/2020: Betriebliche Inklusion von Menschen mit Behinderung in Zeiten der Digitalisierung.
- Kohte, W. (2021): Behinderungsgerechte Beschäftigung, in Festschrift für Ulrich Preis, München, S. 673 ff.
- Kohte, W.; Kaufmann, S. (2023): Lotsen und Netzwerke - Entwicklungen in der betrieblichen Gesundheitspolitik, RP-Reha 3/2023, S. 5 ff
- Wagner, U.; Farhan, T. (2020): Programme zur Prävention und Veränderung von Vorurteilen gegenüber Minderheiten. In Petersen, Lars-Eric; Six, Bernd (Hg.), Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen. S. 317-326. Weinheim.
- Zöller, M.; Srbeny, C.; Jörgens, J. (2016): Ausbildungsregelungen nach § 66 BBiG/§ 42m HwO für Menschen mit Behinderung. Eine Sachstandsanalyse. Bonn.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Integrationsamt des Landes Sachsen-Anhalt

### **Berufsspezifische Belastungen in Deutschland – Eine statistische Analyse auf Basis repräsentativer Erwerbstätigendaten**

*Katrin Stache; Christian Ebner; Merle Schulze*

Technische Universität Braunschweig

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz oder gar Erwerbsunfähigkeit belasten nicht nur Arbeitnehmer\*innen (z. B. Einkommens- und Qualifikationsverluste) und Arbeitgeber\*innen (z. B. Produktionsausfälle, Suche nach Ersatzkräften), sondern führen auch zu steigenden Kosten für das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem.

Arbeitsbezogene Belastungen und Erkrankungen treten dabei keineswegs zufällig auf. Vielmehr zeigen sich deutliche Muster, die stark vom ausgeübten Beruf einer Person abhängen (Liebers et al., 2013; Burr et al., 2013; Shockey et al., 2017). Um effektive Lösungsansätze im Bereich Prävention und Rehabilitation anbieten zu können, müssen Maßnahmen daher an die konkreten Anforderungen der Berufstätigkeit angepasst werden.

Der Beitrag verfolgt das Ziel, berufsgruppenspezifische Belastungen und Beanspruchungen in Deutschland auf Grundlage einer Sekundärdatenanalyse systematisch zu erfassen. Im Vergleich zu älteren Studien (Kroll, 2011; Meyer, Siefer, 2021) werden die Ergebnisse detaillierter nach Belastungsform (u. a. Belastungen durch Arbeitszeit, körperlich-mechanische Belastungen, umgebungsinduzierte Belastungen, Belastungen durch hohe/niedrige Arbeitsintensität) sowie auf Basis der aktuellen Klassifikation der Berufe (KldB 2010) abgebildet.

#### **Methoden**

Die Datenbasis bilden zwei Erhebungswellen (2012 und 2018) der Erwerbstätigenbefragung vom Bundesinstitut für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin mit jeweils rund 20.000 befragten Kern-erwerbstätigen. Neben der hohen Fallzahl bietet die Erwerbstätigenbefragung umfassende Informationen zu Anforderungen, Belastungen und Beanspruchungen im Arbeitskontext.

Die statistischen Auswertungen umfassen gewichtete Berufsmittelwerte für Belastungen und Beanspruchungen nach Berufshauptgruppe (2-Steller der KldB) und Berufsgruppe (3-Steller).

#### **Ergebnisse**

Auf Grundlage theoretischer Vorüberlegungen (u. a. Belastungs-Beanspruchungs-Modell, Anforderungs-Kontroll-Modell) und bisheriger Untersuchungen (Kroll, 2011; Meyer, Siefer, 2021) wurde anhand der Erwerbstätigenbefragungen ein Kategorienmodell berufsbezogener Belastungen erstellt, das die Oberkategorien „Physische Belastungen“, „Psychische Belastungen“ sowie „Belastungen durch Arbeitszeit“ und dazu verschiedene Subkategorien umfasst.

Die Ergebnisse der bivariaten Analyse zeigen auf, welchen (potenziellen) Belastungen Erwerbstätige stärker oder weniger stark ausgesetzt sind und dass sich diese Werte zum Teil deutlich nach Berufsgruppe unterscheiden. Beispielsweise sind Arbeitnehmer\*innen in Reinigungsberufen (BG 541) vergleichsweise häufig von Befristung (25 %) und Niedriglohnbeschäftigung (76 %) betroffen. Eine fachliche Unterforderung liegt bei Reinigungs-, ebenso wie bei Verkaufsberufen (BG 621) vor (27 bzw. 26 %). Häufiger Termindruck (68 %) und die Anforderung, mehrere Aufgaben gleichzeitig erledigen zu müssen (74 %) sind in der Pflege (BG 813) weit verbreitet. Hier ist auch der Anteil gefühlsmäßiger Belastungen besonders hoch (30 %). Die dadurch entstehenden Beanspruchungen geben zusätzlich Aufschluss über eine mögliche Gesundheitsgefährdung.

### **Diskussion und Fazit**

Die Unterscheidung von einzelnen Belastungsarten ermöglicht es, ein differenziertes Bild gesundheitlicher Risiken im Berufskontext zu zeichnen, das sowohl neue Erkenntnisse für die Gesundheits- und Ungleichheitsforschung liefert als auch für Praktiker\*innen eine Grundlage für gezielte Interventionen darstellt. Durch die Kenntnis typischer Belastungen und Beanspruchungen kann die Deutsche Rentenversicherung ihre Präventions- und Rehabilitationsangebote für bestimmte Berufsgruppen noch bedarfsorientierter ausrichten.

### **Take-Home-Message**

Arbeitsbedingte Belastungen hängen stark vom ausgeübten Beruf ab, weshalb die Kenntnis der berufsspezifischen Risiken einen passgenaueren Einsatz von Präventions- und Rehabilitationsangeboten ermöglicht.

### **Literatur**

- Burr, H., Kersten, N., Kroll, L. E., Hasselhorn, H. M. (2013): Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt 56/3. 349-358.
- Kroll, L. E. (2011): Konstruktion und Validierung eines allgemeinen Index für die Arbeitsbelastung in beruflichen Tätigkeiten anhand von ISCO-88 und KldB-92. Methoden – Daten – Analysen, 5/1. 63-90.
- Liebers, F., Brendler, C., Latza, U. (2013): Alters- und berufsgruppenabhängige Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit durch häufige Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt 56. 367-380.
- Meyer, S.-C., Siefer, A. (2021): Entwicklung einer Job-Exposure-Matrix (JEM) auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Shockey, T. M., Zack, M., Sussell, A. (2017): Health-Related Quality of Life Among US Workers: Variability Across Occupation Groups. American Journal of Public Health, 107/8. 1316-1323.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Intrinsische Motivation aufgeforderter zukünftiger Rehabilitand\*innen: Welche Rolle spielen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit?**

*Carolin Baur<sup>1</sup>; Anna Levke Brütt<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## **Hintergrund und Zielstellung**

Von Erwerbsminderung bedrohte Versicherte, die gemäß § 51 SGB V oder § 145 SGB III zur Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation aufgefordert werden, erleben die Maßnahme häufig als fremdbestimmt. Frühere Studien deuten darauf hin, dass das „Aufgefordert-Werden“ mit geringerer Rehabilitationsmotivation und ungünstigeren Behandlungsergebnissen einhergehen kann. Nach der Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory, SDT; Ryan, Deci, 2000) entsteht intrinsische Motivation, wenn die psychologischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit erfüllt sind. Ziel der Untersuchung war es, die Zusammenhänge zwischen allgemeinen und rehabilitationsspezifischen Facetten dieser Bedürfnisse und der intrinsischen Motivation aufgeforderter Rehabilitand\*innen zu untersuchen.

## **Methoden**

Es wurde eine anonyme Online-Befragung unter Versicherten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, DRV Braunschweig-Hannover und DRV Oldenburg-Bremen durchgeführt, die zur Rehaantragstellung aufgefordert wurden und deren Antrag bewilligt war. In die Analysen gingen Daten von 1967 Personen ein, die zwischen Mai 2024 und September 2025 teilnahmen, die Rehabilitation noch nicht begonnen hatten und Angaben zu soziodemografischen Merkmalen machten (70,4 % weiblich;  $M = 53,6$  Jahre,  $SD = 9,27$ ; Range = 20–72). Zur Erfassung der psychologischen Grundbedürfnisse wurden validierte Skalen und ausgewählte Items eingesetzt. Das Autonomiebedürfnis wurde über die Autonomiefrustrations-Subskala der Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS;  $\alpha = .79$ ) sowie über zwei rehabilitationsspezifische Items zu mangelnder Mitsprache und unzureichender Berücksichtigung individueller Belastungsgrenzen ( $\alpha = .80$ ) gemessen. Das Bedürfnis nach Kompetenz wurde über die Allgemeine Selbstwirksamkeit-Kurzskala (ASKU;  $\alpha = .88$ ) und über zwei Items zu Befürchtungen psychischer bzw. körperlicher Überforderung erfasst ( $\alpha = .69$ ). Die soziale Eingebundenheit wurde allgemein über die Subskala Soziale Unterstützung des HEALTH-49 ( $\alpha = .82$ ) und rehabilitationsspezifisch über zwei Items zu befürchteten negativen privaten bzw. sozialen Konsequenzen gemessen ( $\alpha = .64$ ). Die intrinsische Rehabilitationsbereitschaft wurde mit einem Item erfasst, das fragte, ob sie die Rehabilitation auch antreten würden, wenn sie frei entscheiden könnten. Die Analyse erfolgte mittels hierarchischer binärer logistischer Regression, bei der zunächst allgemeine, anschließend rehabilitationsspezifische SDT-Dimensionen in das Modell aufgenommen wurden. Alter, Geschlecht und subjektive Arbeitsfähigkeit wurden dabei durchgängig als Kontrollvariablen berücksichtigt. Zur Prüfung der Robustheit wurden abschließend selbstberichtete Erkrankungen sowie ein erwartungstheoretischer Prädiktor aufgenommen.

## Ergebnisse

Insgesamt gaben 85 % der Stichprobe an, dass sie die Rehabilitation antreten würden, wenn sie frei entscheiden könnten. Die hierarchische logistische Regression mit 1930 vollständigen Fällen zeigte, dass die rehabilitationsspezifischen SDT-Dimensionen einen signifikanten zusätzlichen Erklärungsbeitrag zur intrinsischen Rehabilitationsbereitschaft leisteten. Sie erklärten rund 13 % zusätzliche Varianz (Nagelkerke  $R^2$  gesamt = .18) und verbesserten den Modellfit signifikant ( $\Delta\chi^2 = 153,8$ ,  $p < .001$ ). Stärkere Befürchtungen mangelnder Autonomie (OR = 0,67,  $p < .001$ ), psychischer bzw. körperlicher Überforderung (Kompetenz; OR = 0,65,  $p < .001$ ) sowie negativer sozialer Konsequenzen (Eingebundenheit; OR = 0,71,  $p < .001$ ) waren jeweils mit geringerer intrinsischer Motivation assoziiert. Während die allgemeinen SDT-Dimensionen keine konsistenten Zusammenhänge zeigten, erwies sich die subjektive Arbeitsfähigkeit als positiver Prädiktor der Rehabilitationsbereitschaft (OR = 1,08,  $p = .02$ ). Unter den krankheitsbezogenen Kontrollvariablen zeigte sich für Krebserkrankungen ein signifikanter negativer Zusammenhang (OR = 0,52,  $p = .002$ ). Im erweiterten Modell blieb der Einfluss der rehabilitationsspezifischen SDT-Dimensionen weitgehend bestehen. Zusätzlich erwies sich eine geringe Erfolgserwartung als starker negativer Prädiktor der intrinsischen Motivation (OR = 0,47,  $p < .001$ ); das Nagelkerke  $R^2$  stieg dabei auf .28.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse stützen die zentrale Annahme der Selbstbestimmungstheorie: Selbstbestimmte Motivation hängt eng mit der Erfüllung der Bedürfnisse nach Kompetenz, Autonomie und sozialer Eingebundenheit zusammen. Besonders bedeutsam sind die rehabilitationsspezifischen Bedürfnisse: Wer trotz Aufforderung ein Gefühl von Kontrolle und Wahlfreiheit behält, sich der Rehabilitation gewachsen fühlt und stabile soziale Beziehungen erwartet, zeigt eine höhere Bereitschaft, die Maßnahme anzutreten. Die Arbeitsfähigkeit zeigte einen positiven Zusammenhang mit der Rehabilitationsbereitschaft, während der negative Zusammenhang bei Personen mit Krebserkrankung auf krankheitsspezifische Belastungen hinweist. Die Ergebnisse legen eine integrative Sichtweise nahe, in der sowohl die Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse als auch erwartungswerttheoretische Faktoren die intrinsische Rehabilitationsmotivation beeinflussen. Maßnahmen zur Motivationsförderung aufgeforderter Rehabilitand\*innen sollten daher neben erwartungswertbezogenen Faktoren gezielt an den psychologischen Grundbedürfnissen nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit ansetzen und deren Erfüllung fördern.

## Take-Home-Message

Die intrinsische Motivation aufgeforderter Versicherter steht in engem Zusammenhang mit der erwarteten Erfüllung rehabilitationsspezifischer psychologischer Grundbedürfnisse, insbesondere mit Autonomie, Kompetenzerleben und sozialer Eingebundenheit.

## Literatur

Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000): Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

# **Kurzantrag Rehabilitation (KUR) – Eine multiperspektivische Bewertung durch die am Antragsprozess Beteiligten**

*Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha*

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Um einen niedrigschwelligen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen über Hausarztpraxen zu gewährleisten, wird im Rahmen des rehapro-Modellprojekts „Kurzantrag Rehabilitation (KUR)“ unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) ein vereinfachtes und verschlanktes Antragsformular entwickelt, erprobt und evaluiert.

Zur Entwicklung des Kurzantrags wurden anhand von Interviews mit Hausärzten/Hausärztinnen und medizinischen Fachangestellten, Rehabilitationsmedizinern/Rehabilitationsmedizinerinnen sowie Mitarbeitenden der Sachbearbeitung und des sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der DRV BW Veränderungsbedarfe identifiziert. Anschließend wurde mit diesen am Antragsprozess beteiligten Professionen im Rahmen einer Fokusgruppe der Kurzantrags inkl. Befundbericht entwickelt (Jankowiak et al., 2024).

Der Kurzantrag beinhaltet ausschließlich Merkmale, die zur Prüfung der sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen und der Rehabilitationsindikation erforderlich sind. Ärztlicher Befundbericht und Selbsteinschätzungsbogen erlauben eine an der ICF orientierte Beschreibung des Patienten-/Patientinnenzustands sowohl aus hausärztlicher Perspektive als auch aus Sicht des Rehabilitanden. Um die Übermittlung der Formulare zu vereinfachen, erfolgte diese im Zuge des Modellprojekts digital mittels Cryptshare.

## **Methoden**

Die KUR-Formulare wurden bei Patienten/Patientinnen mit orthopädischen Erkrankungen erprobt und aus Sicht aller am Antragsprozess beteiligten Professionen evaluiert. Dabei wurden drei Hausärzte/Hausärztinnen, zwei Rehabilitationsmediziner sowie jeweils ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des SMD und der Sachbearbeitung der DRV BW mittels leitfadengestützter Telefoninterviews zu den individuellen Erfahrungen sowie zu Verbesserungsvorschlägen befragt. Weiterhin wurde der Fokus auf die Übertragbarkeit auf andere Indikationen und ggf. erforderliche Schritte zur flächendeckenden Einführung gelegt.

Mitarbeitende des SMD und der Sachbearbeitung wurden zudem dazu befragt, inwiefern die Antragsunterlagen eine einfache und standardisierte Entscheidung über den Antrag erlauben. Rehabilitationsmediziner sollten zudem u. a. den Informationsgehalt im Hinblick auf den Patienten-/Patientinnenzustand sowie die Eignung für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der Rehabilitation bewerten.

## **Ergebnisse**

Die Hausärzte/Hausärztinnen stellten fest, dass der Kurzantrag eine klare und schlüssige Struktur aufweist. Es sei möglich, Rehabilitationsfähigkeit, -prognose und -bedarf komprimiert und präzise darzustellen. Positiv bewertet wurde, dass Redundanzen beseitigt wurden und zu jeder Diagnose die jeweils damit verbundenen Funktionseinschränkungen sowie die jeweiligen Rehabilitationsziele beschrieben werden können. Insgesamt gehe der Kurzantrag

mit einer deutlichen Zeitersparnis einher, beeinflusst aber nicht die Entscheidung, ob eine Rehabilitation beantragt wird.

Die Mitarbeitenden der Sachbearbeitung und des SMD bestätigen, dass die Formulare gewissenhafter ausgefüllt wurden und die Qualität deutlich besser und konsistenter ist. Eine Veränderung bei gesundheitsbezogenen Merkmalen der antragstellenden Versicherten konnten diese nicht feststellen, d. h. es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass die Rehabilitation früher oder später im Krankheitsverlauf beantragt wurde. Zur Prüfung der Rehabilitationsindikation seien alle erforderlichen Informationen vorhanden und es ergab sich kein gesonderter Klärungsbedarf.

Auch die Rehabilitationsmediziner gaben an, dass Ihnen keine Informationen fehlen. Unabhängig von den Antragsdokumenten verschaffen sie sich ohnehin im Rahmen des Aufnahmegesprächs ein aktuelles Bild vom Gesundheitszustand und besprechen eine eventuelle Verschiebung von Prioritäten. Auch die therapeutische Ausgestaltung erfolge maßgeschneitert gemäß den Bedarfen, die sich beim Aufnahmegespräch ergeben.

Die Übermittlung mittels Cryptshare wurde kontrovers bewertet. Während ein Hausarzt/eine Hausärztin diese als eine deutliche Verbesserung wahrnahm, bewertete ein anderer Hausarzt/eine andere Hausärztin diese als kompliziert, da mit jeder neuen Antragsübermittlung eine erneute Authentifizierung erforderlich und eine digitale Signatur nicht möglich war.

Im Hinblick auf die Übertragbarkeit auf andere Indikationen seien lediglich bei neurologischen und psychosomatischen/psychiatrischen Erkrankungen zusätzliche Möglichkeiten zur Beschreibung von indikationsspezifischen Besonderheiten zu ergänzen. Für die flächendeckende Nutzung des Kurzantrags sind aus Sicht der Befragten aufgrund des intuitiven Aufbaus keine speziellen Schulungen erforderlich.

## **Diskussion und Fazit**

Der Kurzantrag wurde von den befragten Professionen positiv bewertet. Die Kürzungen bedingten dabei keinen Informationsverlust. Im Hinblick auf die gestiegene Qualität wurde darauf hingewiesen, dass die Neuartigkeit der Unterlagen eine höhere Aufmerksamkeit bedingte und es bliebe abzuwarten, wie sich die Qualität nach einer gewissen Eingewöhnungsphase entwickelt.

Insgesamt wurden nur wenig Optimierungsbedarfe geäußert. Bspw. wünschten sich die Hausärzte/Hausärztinnen ein separates Freitextfeld, um individuelle Besonderheiten (z. B. Begleitperson während der Rehabilitation erforderlich) und weitere Beeinträchtigungen angeben zu können, die zwar nicht behandlungsbedürftig oder die Antragsentscheidung relevant sind, die jedoch die Auswahl der geeigneten Rehabilitationsklinik und die Rehabilitationsbehandlung beeinflussen können. Zudem wünschten sich die Hausärzte/Hausärztinnen, die Unterlagen über die praxiseigene KIM-Adresse oder weiterhin per Post übermitteln zu können.

## **Take-Home-Message**

Der Kurzantrag Rehabilitation wurde von allen am Antragsprozess Beteiligten positiv bewertet, wobei für die flächendeckende Einführung kein Schulungsbedarf gesehen werden.

## Literatur

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Lauer, H. (2024): Kurzantrag Rehabilitation (KUR) – Sicherstellung eines niedrigschwelligen Reha-Zugangs und ICF-orientierte Inhalte. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial, Bremen, 18. bis 20. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Schriften, 130), S. 368–370.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales – rehapro

## Proaktive Ansprache unter Nutzung des Risikoindex Erwerbsminderungsrente

*Richard Albers; Johanna Prehn; Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

### Hintergrund und Zielstellung

Erwerbsarbeit ist die Grundlage für Einkommen, soziale Sicherheit und Teilhabe. Chronische Erkrankungen oder Behinderungen können die Erwerbsfähigkeit mindern und zu Erwerbsminderungsrenten führen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024). Die gesetzliche Rentenversicherung verfolgt daher das Prinzip „Rehabilitation vor Rente“. Rehabilitationsbedarf wird dennoch oft zu spät erkannt und viele Betroffene nutzen die Möglichkeit einer Rehabilitation vor dem Rentenantrag nicht. Im Pilotprojekt „RV Proaktiv“ erprobte die Deutsche Rentenversicherung, inwieweit sich der Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) nutzen lässt, um Versicherte mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko frühzeitig mittels administrativer Daten zu identifizieren, proaktiv anzusprechen und gezielt zu Rehabilitationsleistungen informieren und zu beraten.

Ziel der Prozessevaluation des Pilotprojekts war es u. a., die Reichweite sowie die Beratung der proaktiven Zugangsstrategie quantitativ zu analysieren und den proaktiven Zugang qualitativ zu evaluieren.

### Methoden

Versicherte mit einem Indexwert von mindestens 60 Punkten des RI-EMR wurden unter Berücksichtigung weiterer Kriterien, u. a. maximal 63 Jahre alt, von elf Rentenversicherungsträgern postalisch kontaktiert und zu einer Beratung eingeladen, um über die Möglichkeit einer Rehabilitation zu informieren. Über die Inanspruchnahme der Beratung entschieden die Versicherten. Die Prozessevaluation wurde als Mixed-Methods-Studie durchgeführt, die quantitative und qualitative Erhebungen kombinierte.

Wir befragten sowohl die angeschriebenen Versicherten vor Inanspruchnahme der Beratung als auch die beratenen Versicherten nach Abschluss der Beratung. Die Erhebungen wurden webbasiert durchgeführt. Weitere quantitative Daten wurden von den Beratungspersonen pro



Beratungsgespräch standardisiert dokumentiert. Die quantitativen Zielkriterien umfassten u. a. Soziodemografie, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Die Auswertung erfolgte zunächst deskriptiv. Gruppenunterschiede, u. a. zwischen den angeschriebenen und beratenen Versicherten, wurden mittels t-Test für kontinuierliche und Chi-Quadrat-Test für kategoriale Variablen geprüft.

Darüber hinaus wurden leitfadengestützte Interviews mit beratenen Versicherten und Beratungspersonen der beteiligten Rentenversicherungsträger durchgeführt. Die Auswertungsfragen umfassten u. a. Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem proaktiven Zugang und wurden mit induktiver Kategorienbildung inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Weitere Informationen befinden sich in der Studienregistrierung (DRKS00034737).

## **Ergebnisse**

Von Oktober 2024 bis März 2025 wurden trägerübergreifend 17.291 Versicherte postalisch zu einer Beratung eingeladen. Zwischen Oktober 2024 und Juni 2025 nahmen 229 Personen das Beratungsangebot in Anspruch. An der ersten Online-Befragung beteiligten sich 104 der angeschriebenen Versicherten, an der zweiten – nach erfolgter Beratung – 26. Drei Rentenversicherungsträger konnten mindestens 2,7 % der von ihnen angeschriebenen Versicherten in Beratungen einschließen. Von den angeschriebenen Versicherten (erste Online-Befragung) gaben 81,3 % an, eine Rehabilitation zu benötigen, und 80,9 % beabsichtigten, das individuelle Beratungsangebot nutzen zu wollen. Die Befragten beider Erhebungen waren arbeitsbezogen und gesundheitlich deutlich belastet, am deutlichsten waren diese Belastungen für die Personen, für die Beratungen dokumentiert waren. Von den beratenen Personen waren mehr als die Hälfte arbeitsunfähig (54,3 %). Die gemittelte subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) dieser Personen lag bei lediglich 4,0 von 10 Punkten. Die Beratungspersonen empfahlen bei 84,0 % der Beratungen die Beantragung einer Rehabilitation.

In der zweiten Online-Befragung beobachteten wir eine signifikante Zunahme der Informiertheit über Teilhabeleistungen. Nahezu alle befragten Personen (95,0 %) empfanden die Beratung als lohnenswert.

Ergänzend wurden zwei beratene Versicherte und neun Beratungspersonen interviewt. Die beratenen Versicherten bewerteten den Erhalt des proaktiven Anschreibens als positiv, wobei das Ziel des Anschreibens deutlicher hätte sein können. Zudem hoben die beratenen Versicherten Kontaktmöglichkeiten und Zugangswege zur Beratung als besonders positiv hervor, insbesondere die telefonische Beratung. Die Beratungspersonen bestätigten, dass die Versicherten für proaktive Anschreiben dankbar gewesen seien. Sie selbst bewerteten v. a. das strukturierte Vorgehen, wie z. B. durch den Gebrauch des Gesprächsleitfadens bzw. Checkliste, bei der Beratung als positiv.

## **Diskussion und Fazit**

Die proaktive Ansprache traf auf eine Zielgruppe mit hohem Versorgungsbedarf, die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes blieb jedoch hinter den Erwartungen zurück. Ob die Strategie die Reha-Antragszahlen in der angeschriebenen Gruppe erhöhte, ließ sich mit den Daten der Prozessevaluation nicht klären und bleibt den Auswertungen der beteiligten RV-Träger vorbehalten. Die Befragungen und Interviews zeigten, dass der Ansatz von Versicherten und Beratungspersonen überwiegend positiv bewertet wurde. In einem ab-

schließenden Workshop wurden mit den Rentenversicherungsträgern vielfältige Vorschläge entwickelt, um die proaktive Ansprache künftig in die Routine zu überführen und die Nutzung des Beratungsangebots zu fördern.

### **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse der Pilotphase zeigen, dass die proaktive Zugangsstrategie ein vielversprechender Ansatz ist, da sie Versicherte mit hohem Versorgungsbedarf erreicht und ausgesprochen positiv bewertet wird.

### **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung (2024): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rente 2023. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Proaktiver Zugang zu Versicherten mit erhöhtem Risiko einer Erwerbsminderung: Prozessmodellierung, Implementierung und Evaluation eines Verwaltungsprozesses**

*Johanna Prehn; Richard Albers; Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

### **Hintergrund und Zielstellung**

Obwohl der im Sozialgesetzbuch verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ eine frühzeitige Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit vorsieht, wird in Deutschland Rehabilitationsbedarf häufig erst spät erkannt. Viele Betroffene nehmen vor einem Rentenantrag keine medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch (Mittag et al., 2014). Ein Grund dafür ist, dass der bisherige Zugang zu Rehabilitationsleistungen stark von der Eigeninitiative der Versicherten abhängig ist, die hierfür Wissen über ihren Anspruch, verfügbare Leistungsangebote und das Antragsverfahren benötigen. Dadurch bleiben wertvolle Chancen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und zur Verhinderung oder Verzögerung einer drohenden Erwerbsminderung ungenutzt.

Um diese Lücke zu schließen, erprobten elf Rentenversicherungsträger im Pilotprojekt „RV Proaktiv“ von Ende 2023 bis Mitte 2025 die überregionale Anwendung des Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) als routinedatenbasiertes Screening, um Versicherte mit möglichem Rehabilitationsbedarf proaktiv anzusprechen. Zielgruppe waren Versicherte mit einem Risikoindexwert  $\geq 60$  Punkten, die ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Erwerbsminderungsrente innerhalb von fünf Jahren hatten (Bethge et al., 2021). Die identifizierten Versicherten wurden postalisch kontaktiert, über Leistungen der Rentenversicherung informiert und bei Bedarf zu einer Beratung eingeladen.

Ziel unserer als Prozessevaluation angelegten wissenschaftlichen Begleitstudie (DRKS00034737) war es unter anderem, mithilfe einer modellbasierten Analyse der

trägerspezifischen Verwaltungsprozesse die Implementierung des proaktiven Zugehens auf Versicherte zu untersuchen. Dabei sollten zentrale Umsetzungsschwierigkeiten, Erfolgsfaktoren und Abweichungen identifiziert werden, um daraus ein auf die gesamte Rentenversicherung übertragbares Verfahren abzuleiten und die nachhaltige Integration in die Routineversorgung zu unterstützen.

## **Methoden**

Die Studie folgte einem Mixed-Methods-Ansatz und untersuchte mittels Prozessevaluation die Umsetzung der pilotierten Verwaltungsprozesse bei den teilnehmenden Rentenversicherungsträgern, um die Implementierung in realen Verwaltungsstrukturen zu analysieren. Um die geplanten und tatsächlich umgesetzten Prozesse systematisch zu erfassen, wurden standardisierte Dokumentationen der Prozessabläufe erhoben und leitfadengestützte Interviews mit prozessverantwortlichen Personen aller teilnehmenden Rentenversicherungsträger zu zwei Erhebungszeitpunkten durchgeführt. Die Verwaltungsprozesse wurden mithilfe der Business Process Model and Notation (BPMN) modelliert, um Abläufe visuell zu erfassen und Anpassungen zu analysieren. Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung ausgewertet, um Implementierungserfahrungen, Herausforderungen und Erfolgsfaktoren zu identifizieren.

## **Ergebnisse**

Aus der Analyse der Prozessdokumentationen und Interviews konnte für alle elf Rentenversicherungsträger jeweils ein Modell des geplanten sowie tatsächlich umgesetzten Verwaltungsprozesses mittels BPMN erstellt werden. Die trägerspezifischen Abläufe zeigten sich grundsätzlich einheitlich, unterschieden sich jedoch insbesondere in Bezug auf digitale Prozesse und Schnittstellen. Durch die Modellierung konnten zudem Unterschiede zwischen den geplanten und realisierten Prozessen sichtbar gemacht und quantifiziert werden. Ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung war, dass die Implementierung flexibel an die spezifischen Strukturen der Rentenversicherungsträger angepasst werden konnte und verschiedene Verfahren nebeneinander funktional waren. Als zentrale Erfolgsfaktoren der Implementierung erwiesen sich eine enge Abstimmung zwischen Abteilungen, organisatorische Testläufe, standardisierte Verfahren, die Nutzung von Leitfäden sowie der trägerübergreifende Austausch. Umsetzungsschwierigkeiten ergaben sich vor allem durch unklare Datenbestände, geringe Rücklaufquoten und komplexe Abstimmungsprozesse an Schnittstellen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Modellierung der Verwaltungsprozesse ermöglichte ein detailliertes Verständnis der Implementierung und machte Herausforderungen sowie Erfolgsfaktoren sichtbar. Die Ergebnisse legen nahe, dass ein trägerübergreifend abgestimmtes Vorgehensmodell besteht, das jedoch nicht als starres Verfahren zu verstehen ist, sondern als anpassungsfähige Struktur mit unterschiedlichen Ausgestaltungen. Insgesamt zeigt sich, dass ein für die gesamte Rentenversicherung einheitliches, bis ins Detail festgelegtes Verfahren nicht erforderlich ist und dass trägerspezifische Anpassungen die erfolgreiche Umsetzung fördern können. Auf Grundlage der Prozessanalyse und der Trägerinterviews lassen sich zentrale Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Integration in die Routineversorgung ableiten: Prozesse sollten auf Grundlage der trägerspezifischen Modelle standardisiert beschrieben

und vereinfacht werden, die interne Prozesskoordination und Kommunikation gestärkt, die Qualität der Umsetzung durch systematische Dokumentation gesichert und der träger-übergreifende Austausch fortgeführt werden.

### **Take-Home-Message**

Die Implementierung eines proaktiven Zugehens bei möglichem Reha-Bedarf ließ sich in elf Rentenversicherungsträgern anpassen, wobei BPMN als seltenes Instrument der Rehabilitationsforschung eine strukturierte Analyse komplexer Prozesse ermöglichte.

### **Literatur**

- Bethge, M., Spanier, K., Streibelt, M. (2021): Using administrative data to assess the risk of permanent work disability: a cohort study. J Occup Rehabil, 31(2), 376-82.
- Mittag, O., Reese, C., Meffert, C. (2014): Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009. WSI-Mitteilungen, 2: 149-156.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

### Evaluation eines Schlaf-Schmerz-Trainings in der Multimodalen stationären Schmerztherapie unter besonderer Berücksichtigung der Durchführbarkeit einer Follow-up Befragung

Jana Pötschke<sup>1</sup>; Nadine Tscharaktschiew<sup>1</sup>; Udo Rudolph<sup>1</sup>; Andreas Dunger<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Technische Universität Chemnitz; <sup>2</sup> Paracelsus-Klinik Adorf / Schöneck

#### Hintergrund und Zielstellung

50 bis 80 % der Patient\*innen, die unter chronischen Schmerzen leiden, sind von einer komorbiden Insomnie betroffen (Mathias et al., 2018). Dies ist mit erheblichem Leidensdruck und Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Dabei stellt gestörter Schlaf einen bedeutsamen Risikofaktor für Schmerz-Chronifizierung dar (Husak, Bair, 2020). Als Erstlinien-Therapie bei Schlafstörungen wird kognitive Verhaltenstherapie empfohlen. Das in Chemnitz entwickelte Schlaf-Schmerz-Training integriert schmerzpsychotherapeutische Elemente und Maßnahmen zur Behandlung von Schlafstörungen (Tscharaktschiew et al., 2022). Vier Module beinhalten beispielsweise Schlafprotokolle, Psychoedukation, Kognitive Techniken, Schlafhygiene sowie Anleitung zur Schlafrestriktion. Patient\*innen erstellen ein eigenes Modell der Schlaf- und Schmerzstörung nach bio-psycho-sozialem Verständnis. Das Training wurde für den Kontext der orthopädischen Rehabilitation konzipiert und im ambulanten sowie stationären Bereich erfolgreich eingesetzt.

Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation des Trainings im Rahmen einer Multimodalen stationären Schmerztherapie (MMST) unter besonderer Berücksichtigung mittelfristiger Effekte. Dafür wurde erstmals nach 3 Monaten eine Follow-up Befragung durchgeführt. Zunächst sollten die Durchführbarkeit sowie etwaige patienten- und behandlungsbezogenen Faktoren, die im Zusammenhang mit einer Teilnahmebereitschaft stehen, beurteilt werden. Explorativ stand der Einfluss von Schmerz- und Schlafmedikamenten im Interesse.

#### Methoden

N = 42 Patient\*innen (30 weiblich) im Alter von 37 bis 80 Jahren (M = 58.26 Jahre, SD = 8.88) nahmen zwischen 11/2023 und 05/2024 an der prospektiven, kontrollierten Studie teil. Eine adaptive Randomisierung nach Aufnahmetag erfolgte in n = 22 (TG) und n = 20 (KG). Die TG erhielt zusätzlich zur 17-tägigen MMST das Schlaf-Schmerz-Training in Kleingruppen zu 3-6 Teilnehmer\*innen. Die statistische Auswertung erfolgte durch Varianzanalysen, Korrelations- und Regressionsanalysen. Als abhängige Variablen wurden neben Schlafqualität und Schmerzstärke auch schlafbezogene Gedanken sowie schmerzbedingte psychische Beeinträchtigungen erfasst. Die KG erhielt nach Abgabe der Post-Fragebögen eine Einzelberatung oder eine einmalige Gruppen-Psychoedukation zum Thema Schlaf. Eine Follow-up Befragung nach 3-4 Monaten (Paper-Pencil-Fragebögen mit Rückumschlag oder Link zum online-Fragebogen) erreichte eine Rücklaufquote von ca. 50 % (14/20 KG und

7/21 TG). Aufgrund der Stichprobengröße des Follow-up wurden die Daten nur deskriptiv ausgewertet.

## Ergebnisse

Entgegen den Erwartungen zeigte die TG zwischen t1 (prä) und t2 (post) keine stärkeren Verbesserungen in der subjektiven Schlafqualität (Abbildung 1), Schlafdauer oder Schlaflatenz gegenüber der KG. Auch verbesserten sich die Schmerzwahrnehmung am Tag und in der Nacht sowie schmerzbedingte psychische Beeinträchtigungen und schlafbezogene Gedanken (Focussing und Grübeln) nicht stärker als in der KG (alle  $p > .05$ , alle  $\eta^2 < .01$ ). Eine klinisch bedeutsame Verbesserung der Schlafqualität (5 Punkte auf der PSQI Skala) erreichten dennoch in der TG 36 % und in der KG 55 %. Patient\*innen gaben nach dem stationären Aufenthalt durchschnittlich eine 20 min kürzere Einschlafzeit, 1 Stunde längere subjektive Gesamtschlafzeit sowie mittlere Effekte bei der Schmerzreduktion an.

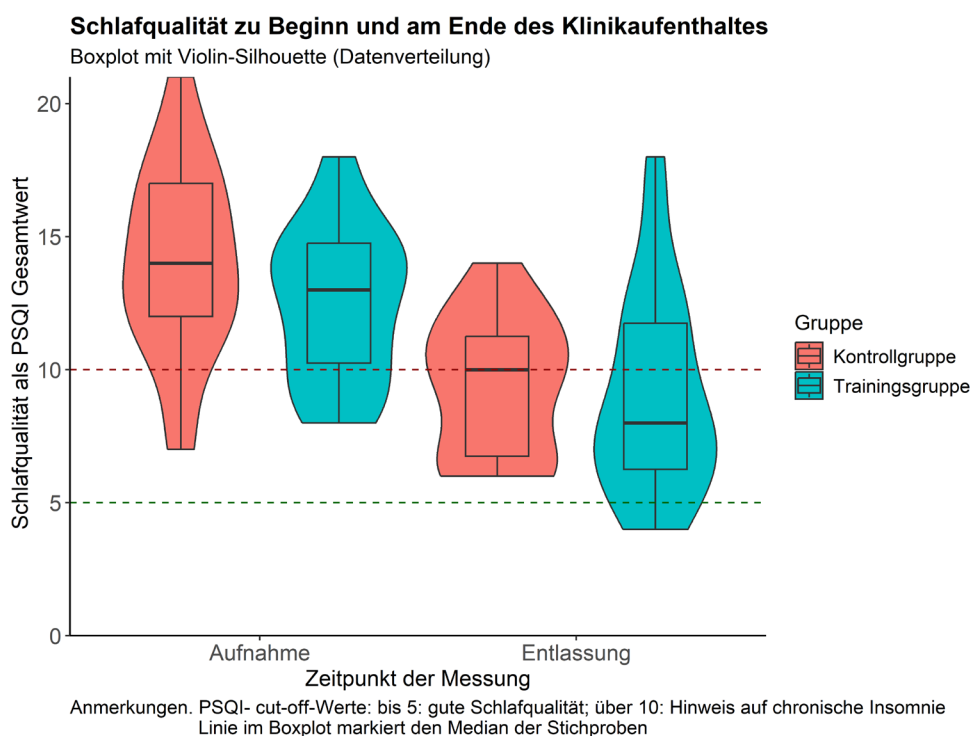


Abbildung 1

Die explorativ-grafische Betrachtung der Einzelverläufe (Abbildung 2) der subjektiven Schlafqualität (Gesamtwert PSQI) zeigt zu t3 (Follow-up) bei der TG bei 6 von 7 TN eine Verschlechterung, bei der KG hingegen bei 10 von 14 eine Stabilität in der verbesserten Schlafqualität. Stationär neu angesetzte Schlafmedikamente wurden meist nicht mehr eingenommen nach 3 Monaten.

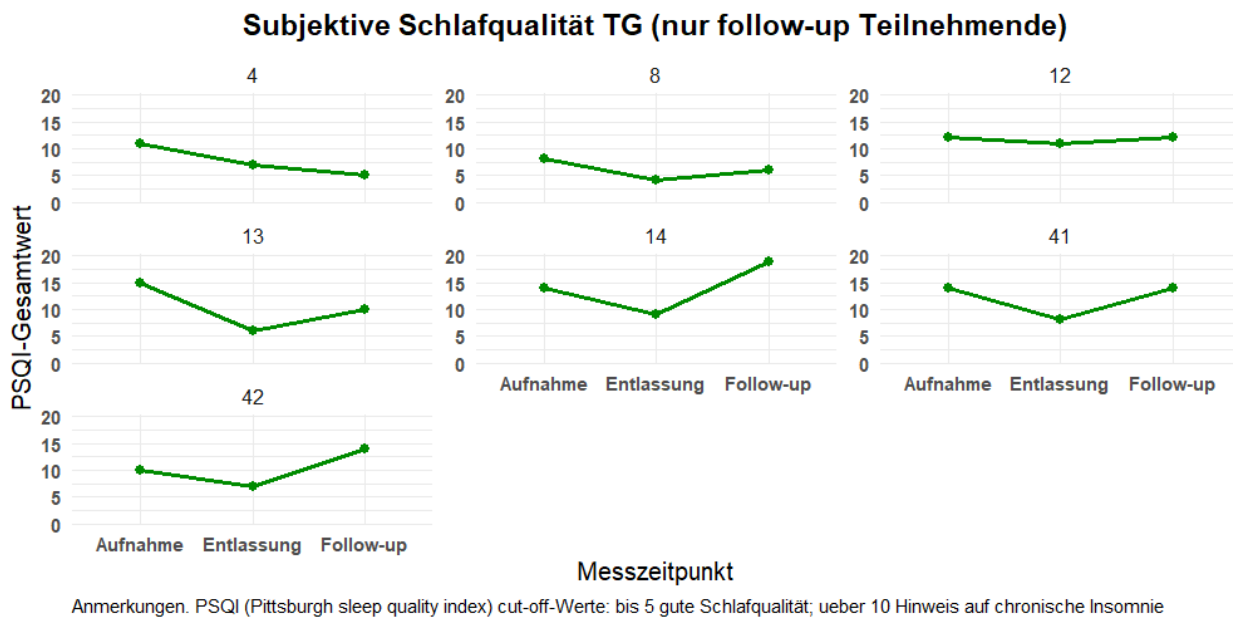


Abbildung 2

Einzig der Faktor Bezugstherapeut\*in = Trainingsleiterin schien einen statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft am Follow-up zu haben.

## Diskussion und Fazit

Im Durchschnitt profitieren Patient\*innen hinsichtlich einer Verbesserung des Schlafes von einer stationären Schmerztherapie. Das Schlaf-Schmerz-Training erbrachte jedoch keinen zusätzlichen Benefit für schlafgestörte Patient\*innen. Dies könnte u.a. durch eine im Vergleich zu vorherigen Settings kürzere Behandlungsdauer, den Einfluss von Schmerz- und Schlafmedikamenten sowie Besonderheiten der MMST begründet sein. Insgesamt wurde in der TG häufiger ein Opioid-Analgetikum neu verordnet als in der KG. Dies könnte einen Einfluss auf den Schlaf zu t3 haben.

Als Limitation ist die Stichprobengröße zu nennen. Insbesondere sind inferenzstatistische Analysen über alle 3 Messzeitpunkte hinweg nicht sinnvoll. Einschränkend für die Beurteilung mittelfristiger Effekte ist auch die einmalige Psychoedukation der KG. Hier wurde dem Versorgungsauftrag Vorrang gegeben. Der stationäre Bereich eignet sich somit weniger für Studien mit Follow-up.

Trotz fehlender Gruppeneffekte sollte weiter untersucht werden, welche Patient\*innen von einem Schlaf-Schmerz-Training profitieren.

## Take-Home-Message

Schlafstörungen spielen eine große Rolle bei chronischen Schmerzpatient\*innen. Neben medikamentösen Ansätzen sollten auch verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte weiter untersucht werden.

## Literatur

Husak, A. J., Bair, M. J. (2020): Chronic Pain and Sleep Disturbances: A Pragmatic Review of Their Relationships, Comorbidities, and Treatments. *Pain Medicine*, 21(6), 1142–1152.

Mathias, J. L., Cant, M. L., Burke, A. L. J. (2018): Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: A meta-analysis. *Sleep Medicine*, 52, 198–210.

Tscharaktschiew, N., Ende, L., Onderka, C. (2022): Besserer Schlaf und weniger Schmerzen? Schlafraining in der orthopädischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 61(1), 35–42.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Evaluation eines spezifischen Rehabilitationskonzeptes bei ME/CFS**

*Bianca Erdmann-Reusch<sup>1</sup>; Susanne Sondermann<sup>1</sup>; Katrin Mehnert<sup>1</sup>;  
Carmen Scheibenbogen<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Bavaria Kreisch; <sup>2</sup> Institut für Medizinische Immunologie

### **Hintergrund und Zielstellung**

ME/CFS-Erkrankte leiden an einer ausgeprägten Belastungsintoleranz. Unter herkömmlichen Rehabilitationskonzepten und insbesondere unter GET (Graded Exercise Therapy) besteht die Gefahr einer Verschlechterung im Sinne einer PEM (Post-exertional Malaise) mit Zunahme der Symptome, wie Fatigue, Konzentrationsstörungen (Brain Fog), Muskelschmerzen, Orthostase-Beschwerden (Schwindel). (Scheibenbogen et al., 2023) Dies kann zum Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme und einer längerfristigen Verschlechterung der Symptome und Leistungsfähigkeit führen. Daher benötigen ME/CFS-Betroffene ein angepasstes Rehabilitationskonzept mit einer gezielten Vermittlung von Pacing-Strategien. (Gloeckl et al., 2024)

### **Methoden**

Im Rahmen der zweiarmigen nicht-randomisierten, kontrollierten, offenen CFS\_CARE Versorgungsstudie der Charité wird im Interventionsarm ein speziell angepasstes Rehabilitationskonzept für ME/CFS-Erkrankte entwickelt und evaluiert. Die Diagnose-sicherung ME/CFS und der Ausschluss anderer behandlungspflichtiger Erkrankungen erfolgte initial in der ME/CFS-Sprechstunde der Immundefekt-Ambulanz der Charité. Im Interventionsarm absolvierten 97 Patienten zwischen 21 und 62 Jahren eine 5- wöchige spezialisierte stationäre Rehabilitationsmaßnahme der Klinik Bavaria Kreisch. Der ME/CFS-Schweregrad wurde zuvor mittels der Bell-Skala (Selbsteinschätzung) in der Charité erhoben und lag bei 45 Patienten bei Bell = 30 und bei 51 Patienten bei Bell = 40 und mehr, eine Angabe fehlte.

Das Rehabilitationssetting wurde an die verminderte physische und psychomentele Belastbarkeit und reduzierte Reizresilienz angepasst durch kurze Wege, geschlossene Klein(st)gruppen, Reizminimierung, flexible Tages- und Therapiegestaltung. Gut geschultes Personal und enge interdisziplinäre Teamabsprachen ermöglichen den Rehabilitationserfolg. Reha-Ziele sind das Erlernen eines Aktivitätsmanagements (Pacing) zum Erhalt / Verbesserung des Leistungsniveaus sowie die Reduktion von Crashes/PEM, die mit der Gefahr einer Symptomverschlechterung verbunden sind. (Barz et al., 2024) Das Reha-Angebot umfasst die Vermittlung von Atem- und Entspannungstechniken, Body- und Mind-



Therapien inklusive eines kognitiven Trainings, dosierte Bewegungsangebote, eine Ernährungsberatung sowie die Unterstützung beim Management sozialer Probleme und der Krankheitsverarbeitung. Eine intensive sozialmedizinische Beratung zielt auf die soziale Absicherung und mögliche berufliche Wiedereingliederung ab. Im Medizinischen Zentrum für Arbeit und Beruf können alltags- und berufsrelevante Pacing-Strategien und Techniken individuell erprobt werden. Die Nachhaltigkeit erlernter Techniken und Coping-Strategien wird durch ein Tool an Übungsanleitungen zur Wiederholung je nach Tagesform, den digitalen Initiativkreis (Videosprechstunde mit verschiedenen Reha-Professionen) sowie die Teilnahme an der stationären Refresher-Woche 6 Monate später unterstützt.

## **Ergebnisse**

Alle 97 Teilnehmenden haben die 5-wöchige Reha-Maßnahme vollständig absolviert – ohne Reha-Abbruch. Veränderungen der physischen Leistungsfähigkeit von Reha-Beginn bis zum Abschluss werden mittels Handkraft und 6-min-Gehtest gemessen. Im Verlauf der Reha weist die HADS-D-Skala auf eine Abnahme von Angst und Depressivität hin. Der LASA beschreibt einen Rückgang der Fatigue, der MFI die Abnahme der Fatigue in allen Symptomqualitäten. Veränderungen der physischen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität werden u. a. mit dem SF-36 gemessen. Erfasst werden ebenso Veränderungen von Gesundheitszustand und Erwerbsfähigkeit.

## **Diskussion und Fazit**

ME/CFS-Betroffene können von einer spezifischen Rehabilitationsmaßnahme in einem angepassten Setting der kurzen Wege und Reizminimierung profitieren, wenn die Therapiegestaltung flexibel an die Tagesform angepasst wird. Unter konsequentem Pacing ist eine Reduktion der Fatigue- und Begleitsymptomatik erreichbar. Coping-Strategien zum Meistern der Anforderungen im Alltag und Beruf, zur Krankheitsbewältigung und zur Akzeptanz eines Lebens mit einer chronischen Erkrankung werden vermittelt und gestärkt. Eine realistische Strategie zum Erhalt der Berufstätigkeit oder Rückkehr in das Erwerbsleben und zur sozialen sowie finanziellen Absicherung kann entwickelt und unterstützt werden.

## **Take-Home-Message**

In einem angepassten Setting mit Vermittlung von Pacing-Strategien ist eine Rehabilitation bei ME/CFS durchführbar zum Erhalt des psycho-mentalen und physischen Leistungsniveaus und stärkt Krankheitsverarbeitung und -bewältigung im Alltag und Beruf.

## **Literatur**

- Barz, A., Berger, J., Speicher, M., Morsch, A., Wanjek, M., Rissland, J., Jäger, J. (2024): Effects of a symptom-titrated exercise program on fatigue and quality of life in people with post-COVID condition - a randomized controlled trial. *Sci Rep.* 2024 Dec 16;14(1):30511. doi: 10.1038/s41598-024-82584-4. PMID: 39681609; PMCID: PMC11649701.
- Gloeckl, R., Zwick, R.H., Furlinger, U., Schneeberger, T., Leitl, D., Jarosch, I., Behrends, U., Scheibenbogen, C., Koczulla, A.R. (2024): Practical Recommendations for Exercise Training in Patients with Long COVID with or without Post-exertional Malaise: A Best Practice Proposal. *Sports Med Open.* 2024 Apr 24;10(1):47. doi: 10.1186/s40798-024-00695-8. PMID: 38658496; PMCID: PMC11043268.

Scheibenbogen, C., Bellmann-Strobl, J., Karger, T., Erdmann-Reusch, B., Behrends, U. (2023): Chronisches Fatigue Syndrom ME/CFS und Komorbiditäten – Begutachtung. In: Breuer, J., Fritze, J., Popa, A., Scholtysik, D., Seifert, J., Wich, M. (eds) Die Ärztliche Begutachtung. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61937-7\\_108-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61937-7_108-1)

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Wirksamkeit der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation mit divergierenden psychologischen Gruppenansätzen bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen**

*Natascha Scheller<sup>1</sup>; Dieter Benninghoven<sup>2</sup>; Claudia Isele<sup>3</sup>; Christof von Neukirch<sup>3</sup>; Martin Kleinhans<sup>4</sup>; Stefan Lueger<sup>5</sup>; Ricarda Wesner<sup>6</sup>; Paula Rubertus<sup>1</sup>; Karin Meng<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Würzburg; <sup>2</sup> Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz;

<sup>3</sup> Waldburg-Zeil-Kliniken, Argentalklinik; <sup>4</sup> Reha-Zentrum Schömburg, Klinik Schwarzwald;

<sup>5</sup> Deegenbergklinik; <sup>6</sup> Auenlandklinik Bad Bramstedt GmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bei etwa einem Fünftel der Rehabilitand:innen mit chronischen Rückenschmerzen liegt mindestens eine psychische Komorbidität vor (Schmidt et al., 2014). Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) ist ein spezielles Behandlungskonzept für körperlich erkrankte Patient:innen, die psychisch belastet sind, bzw. Probleme in der Krankheitsbewältigung aufweisen. Ein zentrales Behandlungselement stellt dabei das psychologische Gruppenangebot dar, welches in der Ausgestaltung variieren kann. Neben kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen werden in der Rehabilitation von Schmerzpatient:innen inzwischen auch Gruppenkonzepte auf Basis der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, China, Benninghoven, 2019) oder des Zürcher Ressourcen Modells® (ZRM, Isele et al., 2019) umgesetzt. Bisher liegt keine Studie zur Wirksamkeit der orthopädischen VOR im Vergleich zur herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation (OR) unter Berücksichtigung unterschiedlicher Gruppenansätze vor. Im Projekt „VOR-psy“ wird die Wirksamkeit der VOR mit einer ACT-Gruppe (VOR-ACT) bzw. mit einer ZRM-Gruppe (VOR-ZRM) geprüft. Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

F1: Liegen jeweils Unterschiede in der kurzfristigen Wirksamkeit der VOR-ACT und der VOR-ZRM im Vergleich zur OR vor?

F2: Wie fallen die kurzfristigen Verlaufseffekte der VOR-ACT, VOR-ZRM und der OR hinsichtlich Reha-relevanter Zielparameter (Schmerzbewältigungskompetenzen, psychische Belastung) aus?

## Methoden

Durchgeführt wurde eine multizentrische, quasi-experimentelle Kontrollgruppenstudie mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6-, 12-Monats-Follow-Up). Die Rehabilitand:innen der Interventionsgruppen wurden an jeweils einer Klinik, die Kontrollgruppe an drei Rehabilitationskliniken erhoben. Interventionsbedingung war die VOR mit ACT- oder ZRM®-basiertem Gruppenprogramm, Kontrollbedingung war die OR mit psychologischen Leistungen nach Bedarf (usual care).

Primäre Zielparameter waren die Schmerzbewältigungskompetenzen sowie die psychische Belastung. Diese wurden mit dem Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV), dem PHQ-9 (Depressivität) und GAD-7 (Ängstlichkeit) erfasst.

Zur Datenanalyse wurden nach Propensity-Score-Matching der Stichproben (IGs, KG) die Intergruppeneffekte mittels Kovarianzanalysen unter Kontrolle der Baselinewerte geprüft (F1). Innergruppeneffekte wurden mittels t-Tests bei gepaarten Stichproben sowie Standardisierte Effektgrößen (SES) und 95 %-Konfidenzintervalle berechnet (F2).

Die Stichprobenbeschreibungen der gemachten Stichproben (VOR-ACT: n = 390; VOR-ZRM: n = 348) sind Tabelle 1 zu entnehmen. Zum Reha-Ende liegen Daten von 94.4 % bzw. 95.1 % der Teilnehmenden vor.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

| Häufigkeiten (%)                                             | ACT-IG<br>(n=195) | ACT-KG<br>(n=195) | ZRM®-IG<br>(n=174) | ZRM®-KG<br>(n=174) |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Geschlecht weiblich %                                        | 66.7%             | 63.6%             | 76.4%              | 73.0%              |
| Alter in Jahren M (SD)                                       | 54.42 (7.52)      | 54.32 (7.22)      | 55.09 (6.71)       | 54.95 (6.94)       |
| Nicht-deutsche Staatsangehörigkeit %                         | 1.0%              | 1.5%              | 3.4%               | 1.1%               |
| Schulbildung %                                               |                   |                   |                    |                    |
| niedrig (Haupt-/Volksschulabschluss/keiner)                  | 20.0%             | 31.8%             | 23.0%              | 25.9%              |
| mittel (Realschule/Mittlere Reife/polytechnische Oberschule) | 48.2%             | 36.9%             | 43.7%              | 39.1%              |
| hoch (Abitur/Fachhochschulreife)                             | 31.8%             | 31.3%             | 33.3%              | 35.1%              |
| Erwerbstätig %                                               | 92.3%             | 94.4%             | 89.7%              | 90.8%              |
| Einkommen %                                                  |                   |                   |                    |                    |
| <1000€/Monat                                                 | 2.1%              | 1.5%              | 3.4%               | 2.3%               |
| 1000-3000€/Monat                                             | 53.3%             | 52.3%             | 50.6%              | 50.6%              |
| >3000€/Monat                                                 | 42.6%             | 45.1%             | 43.7%              | 44.8%              |
| Schwerbehinderung %                                          | 18.5%             | 13.8%             | 10.3%              | 15.5%              |
| Aktuelle Krankschreibung (AU) %                              | 22.1%             | 19.5%             | 16.1%              | 18.4%              |
| AU (Rückenschmerzen) im letzten Jahr %                       | 56.4%             | 67.2%             | 51.7%              | 66.1%              |
| Aufenthaltsdauer in Tagen M (SD)                             | 28.32 (2.42)      | 25.15 (3.8)       | 27.94 (0.58)       | 25.21 (3.79)       |
| AU im letzten Jahr (Wochen) M (SD)                           | 7.18 (13.56)      | 5.76 (8.8)        | 6.27 (12.78)       | 6.64 (10.75)       |
| Dauer Rückenschmerzen (Jahre) M (SD)                         | 5.35 (1.03)       | 5.38 (1.05)       | 5.33 (1.08)        | 5.37 (1.03)        |
| Depressivität (PHQ, Reha-Beginn) M (SD)                      | 10.43 (5.22)      | 10.79 (4.79)      | 11.44 (4.74)       | 11.50 (5.09)       |
| Angst (GAD, Reha-Beginn) M (SD)                              | 8.90 (4.62)       | 9.14 (4.39)       | 9.87 (4.44)        | 9.71 (4.67)        |

## Ergebnisse

F1: Die ACT-Gruppe wies auf der FESV-Subskala „Handlungsplanungskompetenz“ zum Reha-Ende signifikant höhere Werte auf als die Kontrollgruppe (T-Wert = -2.36; p = 0.018); hinsichtlich anderer Schmerzbewältigungskompetenzen und depressiven oder ängstlichen

Symptomen gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede ( $p > 0.05$ ). Für die ZGM-Gruppe ergaben sich zum Reha-Ende hinsichtlich der Zielparameter keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe ( $p > 0.05$ ).

F2: Sowohl für die Schmerzverarbeitungskompetenzen als auch für die psychische Belastung zeigten sich in allen Gruppen positive kurzfristige Verlaufseffekte. Die Schmerzverarbeitungskompetenzen verbesserten sich zu Reha-Ende auf allen Subskalen mit kleinen bis mittleren Effekten in allen untersuchten Stichproben (ACT: SES = 0.19 – 0.70; KG-ACT: 0.29 – 0.67; ZRM: 0.14 – 0.63; KG-ZRM: 0.26 – 0.69). Die psychische Belastung nahm in allen Gruppen mit hoher Effektstärke ab (ACT: SES = 0.82 – 0.90; KG-ACT 0.88 – 0.98; ZRM: 1.01 – 1.21; KG-ZRM 1.01 – 1.06).

## **Diskussion und Fazit**

Zum Reha-Ende konnte weder für die ACT- noch die ZRM-basierte VOR-Interventionsgruppen hinsichtlich der Schmerzverarbeitung und der psychischen Belastung eine Überlegenheit gegenüber der herkömmlichen OR nachgewiesen werden. Hierbei zeigen sich in beiden Interventionsgruppen Verbesserungen aller Zielparameter, positive Veränderungen lassen sich jedoch auch in den Kontrollgruppen beobachten. Dies deutet daraufhin, dass psychische Faktoren bereits in der herkömmlichen orthopädischen Reha gut berücksichtigt werden. Viele Teilnehmende der Kontrollgruppe erhielten auch eine psychologische Leistung. Subgruppenanalysen werden daher noch vorgenommen. Möglicherweise zeigen sich Wirksamkeitsunterschiede aber auch erst mittel- oder langfristig (Markus et al., 2021), dies soll in einem nächsten Schritt anhand von 6- und 12-Monats-Katamnesedaten überprüft werden. Hierzu werden zum Zeitpunkt der Tagung erste Ergebnisse vorliegen.

## **Take-Home-Message**

Sowohl im ACT-basierten als auch im ZRM®-basierten VOR-Interventionsansatz, aber auch in der herkömmlichen OR zeigen sich zum Reha-Ende positive, klinisch relevante Veränderungen der Schmerzverarbeitung und der psychischen Belastung.

## **Literatur**

- China, C., Benninghoven, D. (2019): „Segeln im Sturm“ – Orientierung finden im Kontext chronischer körperlicher Erkrankung in der Verhaltensmedizinisch Orientierten Rehabilitation (VOR) mit Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32. 44-52.
- Isele, C., Meng, K., von Neukirch, C. (2019): Die Umsetzung des Zürcher Ressourcen Modells® in der VOR. Ein Erfahrungsbericht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32. 53-63.
- Markus, M., Euhus, A., Bethge, M. (2021): Effectiveness of behavioural medical rehabilitation under real-life conditions in Germany: A propensity-score matched analysis. Journal of Rehabilitation Medicine. 54.
- Schmidt, C., Bernert, S., Spyra, K. (2014): Zur Relevanz psychischer Komorbiditäten bei chronischem Rückenschmerz: Häufigkeitsbild, Erwerbsminderungsrenten und Reha-Nachsorge im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2002–2009. Rehabilitation, 53. 384-389.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Effekte einer medizinischen Rehabilitation mit anschließender digitaler, synchroner Nachsorge bei Post-COVID-19 Syndrom – Ergebnisse der Reload-2.0-Studie**

*Inga Jarosch; Tessa Schneeberger; Rainer Glöckl; Rixa Hahn; Daniela Kroll;  
Martina Bönsch; Andreas Rembert Koczulla*

Schön Klinik Berchtesgadener Land

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Eine personalisierte, symptomadaptierte Rehabilitation kann bei einem Post-COVID-19-Syndrom (PCS) der natürlichen Genesung überlegen sein und die Lebensqualität sowie die Symptomstärke verbessern, jedoch nicht vollständig beheben (Pouliopoulou et al., 2023). Eine anschließende Nachsorge hat das Potenzial, die erzielten Effekte zu konsolidieren und die Reintegration in Alltag und Erwerbsleben zu unterstützen. Um eine ortsunabhängige, niedrighschwellige und berufsbegleitende Teilnahme zu ermöglichen, erscheint eine digitale Umsetzung der Nachsorge in dieser Patientengruppe besonders geeignet. Angesichts der ausgeprägten Heterogenität des Krankheitsbildes (Floridia et al., 2024) und des Bedarfs an individualisierten Therapiekonzepten könnte ein synchroner Ansatz mit Live-Interaktion zwischen Patient und Therapeut einen Vorteil bieten.

Ziel der Reload 2.0 Studie war es, die Effekte und Machbarkeit einer kombinierten Rehabilitationsmaßnahme, bestehend aus einer stationären Rehabilitation und einer anschließenden, digital-synchronen Nachsorge mit einer alleinigen stationären Rehabilitation bei PCS zu vergleichen.

#### **Methoden**

Im Rahmen von Reload 2.0 wurden n=90 PCS Patienten in die Studie eingeschlossen und in eine von 2 Gruppen randomisiert (Interventionsgruppe [INT]; Kontrollgruppe [CON]). Während die CON ausschließlich an einer stationären Rehabilitation teilnahm, führte die INT nach der stationären Rehabilitation eine 12-wöchige, digital-synchrone Nachsorge durch (datenschutzkonforme Videokonferenz, Live-Setting, feste Kleingruppen mit max. 8 Teilnehmern, 2x/Woche à 90 Min.). Die Nachsorge beinhaltete ein Arztgespräch, (Atem-)Physio- und Entspannungstherapie, individualisiertes körperliches Training/Pacing, Körpertherapie, Edukation sowie Achtsamkeitstraining. Optional konnte zusätzlich ein Software-gestütztes Kognitionstraining und/oder eine digital-synchrone Psychotherapie (12 Einheiten) genutzt werden. Die Outcomes wurden Baseline (V1) sowie nach der gesamten Intervention (V3) erhoben. Als primäres Outcome wurde der SF-12 Lebensqualitätsfragebogen verwendet (V1 zu V3). Sekundäre Outcomes waren die subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index, WAI), körperliche Leistungsfähigkeit (1-Minute-Sit-to-Stand Test, STST), Angst- und Depressionssymptome (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale, GAD-7; Patient Health Questionnaire, PHQ-9), Schlafqualität (PSQI), dysfunktionale

Atmung (Nijmegen) sowie die Schwere der Fatigue-Symptomatik (Fatigue Assessment Scale, FAS). Zusätzlich wurde die Zufriedenheit mit der Nachsorge evaluiert (Fragebogen).

## **Ergebnisse**

Von n=172 PCS-Patienten willigten n=90 Patienten in die Studienteilnahme ein (Rekrutierungsquote: 52 %) und wurden randomisiert (CON: 54 ±11 Jahre, 44 % männlich, 51 % mit Hauptsymptom Fatigue, 31 % arbeitsunfähig; INT: 47±13 Jahre, 22 % männlich, 53 % mit Hauptsymptom Fatigue, 21 % arbeitsunfähig). Die Lebensqualität unterschied sich in ihrer Entwicklung von V1 zu V3 nicht zwischen beiden Gruppen (SF-12 körperlicher Summenscore:  $\Delta=-0,25$  Punkte, 95 %CI (-3,8 to 3,3), p=ns; psychischer Summenscore:  $\Delta=2,1$  Punkte, 95 % CI (-2,3 to 6,4), p=ns). Der WAI hingegen zeigte einen signifikanten Gruppenunterschied durch eine stärkere Verbesserung in der INT ( $\Delta=2,4$  Punkte, 95 % CI (0,2 to 4,6), p=0,034). STST, PSQI, PHQ-9, Nijmegen und FAS verbesserten sich zwar signifikant in der INT, führten jedoch nicht zu einem signifikanten Gruppenunterschied.

Die INT nahm an 85.8 % der Nachsorgesessions teil, keiner der Patienten brach die Nachsorge ab (0 %). Das digitale, synchrone Format wurde von 97.4 % und der zeitliche Umfang von 87.2 % als gut machbar beurteilt. 97.4 % der Patienten gaben an, zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Nachsorgeprogramm gewesen zu sein, 93.3 % präferierten das digitale über einem möglichen Präsenzformat. Alle Teilnehmer (100 %) würden dieses Nachsorgeprogramm bei PCS weiterempfehlen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Kombination aus stationärer Rehabilitation und digital-synchroner Nachsorge führte ausschließlich im Bereich der Arbeitsfähigkeit zu einer signifikanten Überlegenheit gegenüber der Kontrollgruppe, wobei sich die Arbeitsfähigkeit in der Interventionsgruppe in größerem Ausmaß verbesserte. Weitere signifikante Verbesserungen unterschiedlicher Outcomes in der Interventionsgruppe führten nicht zu signifikanten Gruppenunterschieden. Die Adhärenz, Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Nachsorge waren hoch, sodass dieses digitale, synchrone Format als niedrigschwelliger und ortsunabhängiger Ansatz zur personalisierten Nachsorge eine Option zur Schließung bestehender Versorgungslücken – auch für andere Indikationen als PCS - darstellen kann.

## **Take-Home-Message**

Digitale, synchrone Nachsorgeprogramme können als niedrigschwellige und ortsunabhängige Ergänzung der stationären Rehabilitation zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit beitragen und neue Versorgungsoptionen eröffnen.

## **Literatur**

- Floridia, M., Giuliano, M., Weimer, LE., Ciardi, MR., Agostoni, P., Palange, P., Rovere Querini, P., Zucco, S., Tosato, M., Lo Forte, A., Bonfanti, P., Lacedonia, D., Barisione, E., Figliozzi, S., Andreozzi, P., Damiano, C., Pricci, F., Onder, G. (2024): I. S. S. Long-COVID Study Group. Symptom profile, case and symptom clustering, clinical and demographic characteristics of a multicentre cohort of 1297 patients evaluated for Long-COVID. BMC Med. 2024 Nov 14;22(1): 532.
- Pouliopoulou, DV., Macdermid, JC., Saunders, E., Peters, S., Brunton, L., Miller, E., Quinn, KL., Pereira, TV., Bobos, P.(2023): Rehabilitation Interventions for Physical Capacity and

Interessenkonflikt: Das Projekt wurde durch die Pneumo Factory durchgeführt.

Förderung: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention

## **Fatigue bei Post-COVID: Ein spezifisches Symptom oder Ausdruck allgemeiner psychosomatischer Erschöpfung?**

*Alexa Alica Kupferschmitt<sup>1</sup>; Lena Kohnle<sup>2</sup>; Eike Langheim<sup>1</sup>; Volker Köllner<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow; <sup>2</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Fatigue wird häufig als Leitsymptom im Rahmen des Post-COVID-Syndroms (PCS) aufgeführt. Es ist jedoch bislang unklar, inwieweit diese Erschöpfung gezielt für PCS ist oder ob sie vielmehr ein transdiagnostisches Phänomen psychosomatischer und rehabilitativer Patienten insgesamt darstellt. Belastbare Daten hierzu sind gerade für die Einschätzung der Bedeutung von Fatigue für die sozialmedizinischen Beurteilung bei Patienten mit PCS von erheblicher Bedeutung (Gündel, Köllner, 2025).

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, die Ausprägung sowie den Verlauf von Fatigue bei PCS-Patienten im Vergleich zu Patienten mit psychosomatischen (PS) und psychokardiologischen (PK, gleichzeitiges Vorliegen einer kardialen und einer psychischen Erkrankung mit Rehabilitationsbedarf; Langheim et al., 2022) Erkrankungen in einem stationären Rehabilitationssetting zu messen und zu bewerten.

### **Methoden**

In einer klinischen Stichprobe wurden N = 2 462 Rehabilitanden eingeschlossen (PS: n = 1 544; PK: n = 352; PCS: n = 566). Die Gruppenzugehörigkeit wurde über die Variable Zugehörigkeit kodiert. Die Fatigue wurde zu zwei Messzeitpunkten erfasst: Aufnahme (t1) und Entlassung (t2), mit der Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC; Penner et al., 2009). Analysiert wurden Gesamt-, kognitive und motorische Fatigue. Zur Prüfung der Fragestellungen wurde eine Mixed ANOVA mit dem Between-Faktor Zugehörigkeit (drei Gruppen) und dem Within-Faktor Zeit (t1, t2) eingesetzt. Effektgrößen wurden als partielles  $\eta^2$  bzw. Cohen's d berichtet.

### **Ergebnisse**

Zu t1 zeigten PCS-Patienten signifikant höhere Fatigue-Werte als PS- und PK-Patienten (Gesamtfatigue:  $\eta^2 = .012$ ;  $p = .004$ ). Der Anteil an schweren Fatigue-Ausprägungen betrug 78,3 % bei PCS, 68,6 % bei PS und 66,5 % bei PK. Zu t2 bestanden keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Gesamt-Fatigue mehr ( $p = .579$ ). Über den Rehabilitationszeitraum zeigte jede Gruppe eine signifikante Abnahme der Fatigue (alle  $p < .001$ ;  $d = .58-.70$ ). Die größte Veränderung zeigte sich bei den PS-Patienten, während

PCS-Patienten zu t2 weiterhin die höchsten motorischen Fatigue-Werte aufwiesen ( $p < .001$ ;  $\eta^2 = .028$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Fatigue zwar initial bei PCS signifikant stärker ausgeprägt ist, jedoch nicht als spezifisches Symptom des Post-COVID-Syndroms zu betrachten ist. Hohe Symptomausprägungen im FSMC fanden sich bei über  $\frac{3}{4}$  der PCS-Patienten, aber eben auch bei  $\frac{2}{3}$  der Psychokardiologie- und der Psychosomatik-Patienten.

Vielmehr zeigt sich Fatigue als ein transdiagnostisches Erschöpfungsphänomen, das in unterschiedlichen Rehabilitandengruppungen auftritt. Die signifikanten Verbesserungen über den gesamten Zeitraum hinweg unterstreichen die Wirksamkeit multimodaler Rehabilitationsansätze bei Fatigue – auch im Kontext von PCS. Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung bei PCS erscheint es daher sinnvoll, nicht nur die subjektiv erlebte Fatigue, sondern auch die messbare Fatigability zu erfassen (Dettmers et al., 2020).

## **Take-Home-Message**

Fatigue darf nicht als ausschließliches Kennzeichen von Post-COVID interpretiert werden, sondern sollte als Herausforderung mit transdiagnostischer Relevanz gesehen werden. Interventionen zur Reduktion von Fatigue waren in allen drei Gruppen effektiv.

## **Literatur**

- Dettmers, C., Schmidt, R., Jöbges, M. (2020): Fatigue und Fatigability bei Multipler Sklerose – Leistungsbeurteilung. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2020 Dec;59(6):327-329. German. doi: 10.1055/a-1199-2594. Epub 2020 Dec 7. PMID: 33285611
- Gündel, H., Köllner, V. (2025): Begutachtung bei Post-COVID-Erkrankungen. *Ärztliche Psychotherapie*, 20 (4), 284 – 289. DOI 10.21706/aep-20-4-284
- Langheim, E., Schmitz, C., Köllner, V. (2022): Fächerübergreifende psychokardiologische Rehabilitation: vom Modellprojekt zur Blaupause des dualen Rehabilitationskonzeptes – von Erfahrungswerten zu wissenschaftlichen Daten *Rehabilitation* 2022; 61: 230–239
- Penner, I. K., Raselli, C., Stöcklin, M., Opwis, K., Kappos, L., Calabrese, P. (2009): The Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC): validation of a new instrument to assess multiple sclerosis-related fatigue. *Multiple Sclerosis Journal*, 15(12), 1509-1517.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -



# Krankheitswahrnehmung von Post-COVID-Rehabilitand:innen – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie

*Sanny Witt<sup>1</sup>; Anna Völkel<sup>1</sup>; Magnus Friepörtner<sup>2</sup>; Jörg Heimsoth<sup>2</sup>; Aike Hessel<sup>3</sup>;  
Natalie Schütz<sup>3</sup>; Claas Unverferth<sup>2</sup>; Anna Levke Brütt<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Oldenburg;

<sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

## Hintergrund und Zielstellung

Eine COVID-19-Infektion führt bei 10 bis 30 % der Betroffenen zu langanhaltenden Beschwerden wie Fatigue sowie kognitiven und psychischen Beschwerden (Greenhalgh et al., 2020; Peter et al., 2025; Koczulla et al., 2022). Wenn die Beschwerden auch 12 Wochen nach der Infektion noch auftreten und nicht durch eine andere Diagnose zu erklären sind, wird dies als Post-COVID-Syndrom (PCS) bezeichnet (Koczulla et al., 2022). Ist durch das PCS die Erwerbsfähigkeit gefährdet, kann sich ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ergeben. In den letzten Jahren sind verschiedene Konzepte zur Rehabilitation PCS-Betroffener entwickelt worden. Welche Erwartungen Post-COVID-Betroffene an ihre Rehabilitation haben, ist bisher nicht systematisch erforscht worden. Daher zielt diese Auswertung darauf ab, herauszufinden, welche Krankheits- und Behandlungsvorstellungen Post-COVID-Rehabilitand:innen haben und ob sich diese im Behandlungsverlauf ändern.

## Methoden

Post-COVID-Betroffene, die eine Post-COVID-Rehabilitation im Reha-Zentrum Oldenburg absolvierten, konnten an der Mixed-Methods-Studie teilnehmen. Die Studie besteht aus zwei Erhebungsphasen von jeweils circa einem Jahr mit einer Konzeptüberarbeitungsphase nach der ersten Erhebungsphase. Die Rehabilitand:innen füllten Fragebögen zu drei Messzeitpunkten (Rehabilitations-Anfang [T0], Rehabilitations-Ende [T1] und 6 Monate nach Rehabilitations-Ende [T2]) aus und konnten optional an Interviews teilnehmen. Neben soziodemographischen Angaben wurden unter anderem Fragen zur Krankheitswahrnehmung gestellt. Die Krankheitswahrnehmungen wurden mithilfe des Brief-Illness Perception Questionnaire (B-IPQ; erste Erhebungsphase) bzw. Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R; zweite Erhebungsphase) gemessen. Die vorliegenden Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Tests auf Effekte bei verbundenen Stichproben ( $\alpha=0,05$ ) wurden auf Gruppenebene durchgeführt, um Veränderungen über die Zeit darzustellen.

## Ergebnisse

Insgesamt konnten in beiden Erhebungsphasen zusammen mehr als 200 Personen eingeschlossen werden. Die Rehabilitand:innen waren durchschnittlich circa 50 Jahre alt und zwei Drittel weiblich. Ein Großteil der Rehabilitand:innen leidet an einer schweren Fatigue (FSMC [T0]: 93,6 %, n=102; alle Kennzahlen beziehen sich auf den Stand: Oktober 2025) und gab eine schwere Gefährdung der Erwerbssituation (SPE [T0]: 49,6 %, n=57) an.

Ergebnisse des B-IPQs zeigen, dass die Rehabilitand:innen zu allen drei Messzeitpunkten die meisten Beschwerden („Identität“) und Beeinträchtigungen durch die Krankheit („Konsequenzen“) empfinden. Das Krankheitsverständnis ist am Ende der Rehabilitation

(Mittelwert [MW] (SD) 3,9 (2,5)) besser als am Anfang (MW (SD) 4,5 (2,3)) und verbessert sich auch bis 6 Monate nach der Rehabilitation (MW (SD) 3,4 (2,2)) noch weiter. Das Vertrauen in die Rehabilitation („Behandlungskontrolle“) scheint am Ende der Rehabilitation (MW (SD) 4,4 (2,3)) etwas besser zu sein als am Anfang (MW (SD) 4,6 (2,3)), 6 Monate nach der Rehabilitation (MW (SD) 5,3 (2,5)) jedoch weniger als am Anfang. Im IPQ-R werden folgende Ursachen für das PCS am häufigsten genannt: „Bakterien oder Viren“, „verändertes Immunsystem“, „Zufall oder Pech“ und „Stress und Sorgen“.

## **Diskussion und Fazit**

PCS-Betroffene erleben große Einschränkungen im alltäglichen Leben. Die Teilnahme an einer PCS-spezifischen Rehabilitation scheint sich unter anderem sehr positiv auf das Krankheitsverständnis auszuwirken. Zukünftig sollten die Umsetzung des Erlernten in den Alltag sowie das Erwartungsmanagement an die Rehabilitation eine (noch) größere Rolle in der PCS-Rehabilitation spielen. Beispielsweise könnten PCS-Rehabilitand:innen vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme über realistische Ziele der PCS-Rehabilitation informiert werden.

## **Take-Home-Message**

Um die „Behandlungskontrolle“ zu verbessern, könnten PCS-Rehabilitand:innen bereits vor der Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen eines Erwartungsmanagements über realistische Rehabilitationsziele informiert werden.

## **Literatur**

- Greenhalgh, T., Knight, M., A'Court, C., Buxton, M., Husain, L.(2020): Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 2020 Aug 11;370:m3026. doi: 10.1136/bmj.m3026. PMID: 32784198.
- Peter, R.S., Sedelmaier, L., Nieters, A., Brockmann, S.O., Göpel, S., Merle, U, Steinacker, J. M., Kräusslich, H. G., Rothenbacher, D., Kern, W. V. (2025): EPILOC Phase 3a Study Group. Symptom burden and post-COVID-19 syndrome 24 months following SARS-CoV-2 infection: Longitudinal population-based study. *J Infect*. 2025 Jun;90(6):106500. doi: 10.1016/j.jinf.2025.106500. Epub 2025 May 9. PMID: 40349730.
- Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlitz, P., Berner, R., Böing, S., Brinkmann, F., Frank, U., Franke, C., Glöckl, R., Gogoll, C., Häuser, W., Hohberger, B., Huber, G., Hummel, T., Köllner, V., Krause, S., Kronsbein, J., Maibaum, T., Otto-Thöne, A., Pecks, U., Peters, E. M. J., Peters, S., Pfeifer, M., Platz, T., Pletz, M., Powitz, F., Rabe, K. F., Scheibenbogen, C., Schneider, D., Stallmach, A., Stegbauer, M., Tenenbaum, T., Töpfner, N., von Versen-Höynck, F., Wagner, H. O., Waller, C., Widmann, C. N., Winterholler, C., Wirtz, H., Zwick, R. (2022): S1-Leitlinie Long-/Post-COVID [German S1 Guideline Long-/Post-COVID]. *Pneumologie*. 2022 Dec;76(12):855-907. German. doi: 10.1055/a-1946-3230. Epub 2022 Dec 7. PMID: 36479679.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

# Nachhaltigkeit des Erfolgs der Post COVID-Rehabilitation – 1-Jahres-Katamnese der PoCoRe-Studie.

*Annika Horst<sup>1</sup>; Volker Köllner<sup>2</sup>; Thilo Hinterberger<sup>1</sup>; Christoph Herrmann<sup>3</sup>; Michael Jöbges<sup>4</sup>;  
Stefan Kelm<sup>5</sup>; Alexa Alica Kupferschmitt<sup>6</sup>; Thomas Loew<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Regensburg; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow;

<sup>3</sup> Kliniken Schmieder Gailingen; <sup>4</sup> Kliniken Schmieder Konstanz;

<sup>5</sup> Westerwaldklinik Waldbreitbach; <sup>6</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin

## Hintergrund und Zielstellung

Das Post-COVID-19-Syndrom äußert sich häufig mit Fatigue, kognitiven und psychischen Symptomen. Wegen des komplexen Symptommusters mit häufig chronischem Verlauf stellt es eine Herausforderung für die Rehabilitation dar. Positive Ergebnisse zum kurzfristigen Effekt der Rehabilitation liegen bereits vor (Kupferschmitt et al., 2023; Nerli et al., 2024, Jöbges et al., 2025), Evidenz zu Langzeitverläufe ist jedoch begrenzt. Ziel dieser Studie sind die Beschreibung von Symptomverläufen bis 12 Monate nach stationärer Rehabilitation und Prüfung der Auswirkungen nach der Rehabilitation eigenständig durchgeführter Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit.

## Methoden

In der multizentrischen, prospektiven Kohortenstudie POCORE (sechs Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Indikationen, Datenerhebung 08/2022-07/2025; Kupferschmitt et al., 2022) wurden initial 1028 Teilnehmende untersucht. Die Analyse erfolgte an 319 Patienten mit vollständigen Verlaufsdaten (Aufnahme, Abschluss, 6-/12-Monats-Katamnese). Die Therapien waren multimodale Reha-Programme, klinik-/fachspezifisch variiert. Primäre Endpunkte der 1-Jahreskatamnese waren Fatigue (FSMC), Depressivität (PHQ-9), Arbeitsbezogene Beeinträchtigungen (WAI) und Lebenskompetenz (LK-18; Hinterberger et al., 2022). Als moderierende Variablen wurden die Nachsorgemaßnahmen ausgewertet. Longitudinale Veränderungen wurden mit Friedman-Test (Kendall's W), paarweise Vergleiche mit gepaartem Wilcoxon-Test (rang-biseriale r) berechnet. Therapieeffekte auf WAI mittels ANCOVA.

## Ergebnisse

Die 319 Patienten waren im Mittel 50,6 Jahre alt und überwiegend weiblich (69,6 %). Die Lebenskompetenz im LK-18 stieg von 3,19 (Aufnahme) auf 3,42 (Abschluss) und lag bei 12 Monaten bei 3,26; insgesamt signifikant ( $\chi^2(3)=44,8$ ;  $p < 0,001$ ;  $W=0,055$ ), mit einem signifikanten Anstieg von Aufnahme bis Abschluss ( $p_{\text{adj}} < 0,001$ ;  $r=0,315$ ). Fatigue sank von 78,5 auf 75,9 Punkte (Aufnahme  $\square$  Abschluss;  $p_{\text{adj}}=0,049$ ;  $r=0,166$ ) und lag bei 12 Monaten bei 76,3; Gesamtverlauf  $p < 0,001$  ( $\chi^2(3)=25,1$ ;  $W=0,033$ ). Depressivität (PHQ-9) fiel von 12,7 (Aufnahme) auf 9,34 (Abschluss) und lag nach 12 Monaten bei 11,2; Gesamtverlauf  $p < 0,001$  ( $\chi^2(3)=137,3$ ;  $W=0,171$ ) mit signifikanten Paarvergleichen (u. a. Aufnahme bis 12 Monate  $p_{\text{adj}}=0,012$ ;  $r=0,187$ ; Abschluss bis 12 Monate  $p_{\text{adj}}=0,001$ ;  $r=0,228$ ). Der WAI (Arbeitsfähigkeit) stieg von 2,73 (Aufnahme) auf 3,92 (12 Monate) (Aufnahme bis 12 Monate  $p_{\text{adj}} < 0,001$ ;  $r=0,261$ ). In ANCOVA-Modellen zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede

der Arbeitsfähigkeits-Verläufe bei fortgesetzter Sport-/Bewegungs- bzw. kognitiver Therapie nach der Rehabilitation (z. B.  $\beta = -0,88$ ;  $p = 0,016$ ;  $\beta = -0,98$ ;  $p = 0,020$ ;  $\beta = 1,00$ ;  $p = 0,010$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die in der Rehabilitation erzielten deutlichen Verbesserungen hinsichtlich Fatigue, depressiver Symptomatik, Einschränkungen im beruflichen Bereich und Lebenskompetenz gingen Jahr nach der Rehabilitation zwar teilweise verloren, waren aber mit kleinen bis mittleren Effektstärken nach wie vor nachweisbar. Limitationen der Studie sind das Fehlen einer Kontrollgruppe und die relativ hohe Dropoutrate in der Katamnese nach einem Jahr, welche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse stark einschränkt.

Selbstständig durchgeführte körperbezogene Interventionen (Sport und Bewegung) nach der Rehabilitation haben zumindest bei den Teilnehmern der Katamnese einen günstigen Effekt auf den Verlauf der subjektiven Arbeitsfähigkeit. Die Ergebnisse zeigen einen nachhaltigen Erfolg der interdisziplinären Post COVID-Rehabilitation und unterstreichen die Bedeutung von Interventionen zur Aufrechterhaltung von den in der Reha begonnen Verhaltensänderungen (v. a. sportliche Aktivität) im Langzeitverlauf.

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse zeigen einen nachhaltigen Effekt der Post COVID-Rehabilitation auch nach einem Jahr zumindest bei den Teilnehmern der Katamnese und die Bedeutung der selbstständigen Weiterführung des in der Rehabilitation Gelernten.

## **Literatur**

- Jöbges, M., Tempfli, M., Kohl, C., Herrmann, C., Kelm, S., Kupferschmitt, A., Montanari, I., Walter, N., Sutfels, G., Loew, T., Köllner, V., Hinterberger, T. (2025): Neuropsychological outcome of indoor rehabilitation in post-COVID-19 condition – results of the PoCoRe study. *Front. Neurol.* 15:1486751. doi: 10.3389/fneur.2024.1486751
- Hinterberger, T., Walter, N., Galuska, J. (2022): Lebenskompetenzen als Ressourcen für die psychosomatische Behandlung: Der LK-18: Ein Fragebogeninstrument. *Diagnostica*, 68(1), 14–27. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000278>
- Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sutfels, G., Wagner, A., Loew, T. H., Köllner, V. (2022): Relevance of the post-COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multi-centre study with different specialisations. *BMC Psychology* (2022) 10:189 <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00892-8>
- Kupferschmitt, A., Langheim, E., Tüter, H., Etzrodt, F., Loew, T. H., Köllner, V. (2023): First results from post-COVID inpatient rehabilitation. *Front. Rehabil. Sci.* 3:1093871. doi: 10.3389/freesc.2022.1093871
- Nerli, T. F., Selvakumar, J., Cvejic, E., Heier, I., Pedersen, M., Johnsen, T. L., Wyller, V. B. B. (2024): Brief Outpatient Rehabilitation Program for Post-COVID-19 Condition: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2024 Dec 2;7(12):e2450744. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.50744. PMID: 39699896; PMCID: PMC11659907.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund (PoCoRe-Studie)

# **Symptomverlauf nach einer COVID-19-Erkrankung bei Versicherten der BGW nach Rehabilitation: Ergebnisse des 9-Monats-Follow-up**

*Svenja Mertens<sup>1</sup>; Albert Nienhaus<sup>2</sup>; Claudia Westermann<sup>2</sup>; Uwe Koch-Gromus<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf;

<sup>2</sup> Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege;

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## **Hintergrund und Zielstellung**

Aufgrund der geringen Möglichkeiten zur Kontaktreduzierung und der Versorgung von Infizierten waren Personen, die in Gesundheitsberufen arbeiten, einem mehr als zweifach erhöhten Risiko ausgesetzt, sich mit dem Virus zu infizieren (Wachtler et al., 2021). Langanhaltende Symptome wie ein Zustand der Erschöpfung und Müdigkeit, Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen sowie geringe Belastbarkeit (Meierkord et al., 2025; Robineau et al., 2025) halten teilweise über Jahre an und schränken Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit ein (Mertens et al., 2025).

Bisher beschränken sich die meisten Evaluationsstudien im Bereich der Rehabilitation auf stationäre Angebote an einzelnen Standorten. Demnach erscheint es wichtig, die existierenden stationären und ambulanten Rehabilitationsangebote standortübergreifend zu evaluieren.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Rehabilitationsmaßnahmen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) auf die langanhaltende Symptomatik der Befragten wirken und wie nachhaltig die in der Rehabilitationsmaßnahme erlangten Fortschritte bewahrt werden können.

## **Methoden**

Im Jahr 2024 wurden im Rahmen einer Verlaufsstudie Versicherte der BGW angeschrieben, bei denen sowohl eine Verdachtsanzeige auf COVID-19 als Berufskrankheit als auch eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund von Post-COVID registriert war. Insgesamt wurden N=707 Personen postalisch kontaktiert und zu ihrer Soziodemografie, Arbeitstätigkeit und aktuellen Symptomatik des Post-Covid-Syndroms (PCS) befragt. Außerdem wurde erhoben, welche Behandlungen und Therapien erfolgt sind, welche sie davon besonders hilfreich fanden und wie sie die Maßnahme subjektiv bewerten. Neun Monate später wurden alle Personen, die am ersten Befragungszeitpunkt teilgenommen haben, erneut zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer langanhaltenden Symptomatik befragt.

## **Ergebnisse**

An der Befragung nahmen insgesamt n=583 der angeschriebenen N=707 Personen teil (Rücklaufquote: 82,5 %). 88 % der Teilnehmenden ordneten sich dem weiblichen Geschlecht zu. Das Durchschnittsalter zum Befragungszeitpunkt lag bei M=54,6 (SD=9,4) Jahren. Nach den Kategorien des Scores konnte bei n=7 (1,3 %) kein oder mildes, bei n=77 (14,8 %) Personen moderates und bei n=436 (83,8 %) schweres bzw. relevantes PCS festgestellt werden.

Am zweiten Erhebungszeitpunkt nahmen n=488 (Follow-up-Rate: 83,7 %) teil, von denen für n=422 Personen der Verlauf von der PCS-Symptomatik ausgewertet werden konnte. Durchschnittlich steigt der PCS-Score um D=1,00 Punkte (95 % KI: 0,45 – 1,87; p=0,025). Hinsichtlich der Kategorien des PCS-Scores ergeben sich jedoch keine Unterschiede (z=0,557; p=0,578).

### **Diskussion und Fazit**

Anhand der oben berichteten bisherigen Ergebnisse lässt sich weiterhin ein hoher Leidensdruck der von PCS-Betroffenen feststellen, der sich sowohl im privaten als auch beruflichen Alltag

bemerkbar macht. Nach neun Monaten ist die Symptomatik auf einem ähnlichen Niveau. Subgruppenanalysen und Einflussfaktoren werden in der Präsentation berücksichtigt.

### **Take-Home-Message**

Die langanhaltende Symptomatik verschlechtert sich über den Verlauf von neun Monaten zwar signifikant, aber klinisch nicht relevant.

### **Literatur**

- Ferland, L., Carvalho, C., Gomes Dias, J., Lamb, F., Adlhoch, C., Suetens, C., Beauté, J., Kinross, P., Plachouras, D., Hannila-Handelberg, T., Fabiani, M., Riccardo, F., van Gageldonk-Lafeber, A. B., Teirlinck, A. C., Mossong, J., Vergison, A., Melillo, J., Melillo, T., Mook, P., Pebody, R., Coutinho Rehse, A. P., Monnet, D. L. (2022): Risk of hospitalization and death for healthcare workers with COVID-19 in nine European countries, January 2020-January 2021. *The Journal of hospital infection*, 119. 170–174.
- Meierkord, A., Schulze, D., Gertler, M., Seybold, J., Mall, M. A., Kurth, T., Mockenhaupt, F. P., Theuring, S. (2025): Post-infection symptoms up to 24 months after COVID-19: a matched cohort study in Berlin, Germany. *Frontiers in public health*, 13. 1513664.
- Mertens, S., Nienhaus, A., Morfeld, M., Westermann, C., Koch-Gromus, U. (2025): Rehabilitationsmaßnahmen nach einer COVID-19-Erkrankung bei Versicherten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Ergebnisse einer retrospektiven Querschnittserhebung [Rehabilitation of Health Care and Social Workers after COVID-19 Infection: Results of a Retrospective Cross-sectional Study]. *Die Rehabilitation*, 64(5), 281–290.
- Robineau, O., Hüe, S., Surenaud, M., Lemogne, C., Dorival, C., Wiernik, E., Bami, S., Nicol, J., de Lamballerie, X., Blanché, H., Deleuze, J. F., Ribet, C., Goldberg, M., Severi, G., Touvier, M., Zins, M., Levy, Y., Lelievre, J. D., Carrat, F. (2025): Symptoms and pathophysiology of post-acute sequelae following COVID-19 (PASC): a cohort study. *EBioMedicine*, 117. 105792.
- Wachtler, B., Neuhauser, H., Haller, S., Grabka, M. M., Zinn, S., Schaade, L., Hövener, C., Hoebel, J. (2021): The Risk of Infection with SARS-CoV-2 Among Healthcare Workers During the Pandemic. *Deutsches Ärzteblatt international*, 118(49). 842–843.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

### **Arbeitsfähigkeit und Versorgungserfahrungen von Post-COVID-Betroffenen – Ergebnisse einer Querschnittbefragung**

*Jennifer Marie Burchardi; Lea Rückgauer; Andrea Budnick; Johanna Schuster;  
Martin Brünger*

Charité – Universitätsmedizin Berlin

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Post-COVID-Syndrom (PCS) ist durch vielfältige Symptome wie Fatigue, kognitive Beeinträchtigungen, Schmerzen, Depression oder Schlafstörungen gekennzeichnet (Fernandez-de-las-Peñas et al., 2024). Diese können zu einer verminderten Erwerbsfähigkeit beitragen (Braig et al. 2024). Studien verweisen auf Versorgungsdefizite infolge mangelnden Wissens, fehlender Anerkennung des Krankheitsbildes und unzureichender Versorgungsstrukturen (Hammer et al., 2025; Reuken et al., 2023). Ziel der vorliegenden Teil-Studie des Innovationsfonds-Projekts „Versorgungssituation von Long-/Post-COVID-Betroffenen verbessern (LCovB)“ ist es, Symptome und Versorgungserfahrungen von PCS-Betroffenen zu erfassen, um Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung zu identifizieren.

#### **Methoden**

Die LCovB-Studie wurde im Mixed-Methods-Design konzipiert. Die bundesweite Hybrid-Befragung wurde im Herbst 2025 mit n=2.854 Versicherten ab 18 Jahren von zwei Betriebskrankenkassen mit der dokumentierten Diagnose U09.9 im 3. Quartal 2024 und mindestens einem der drei vorhergehenden Quartale (DRKS00037343) durchgeführt. Der Fragebogen erfasste soziodemografische und gesundheitsbezogene Faktoren (z. B. Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität, Aktivitätsniveau, Vorerkrankungen und Begleitsymptome) sowie Angaben zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung. Der Rücklauf betrug n=800. Aus der Analyse wurden n=128 Personen ausgeschlossen, die angaben, zu keinem Zeitpunkt PCS gehabt zu haben.

#### **Ergebnisse**

Im Mittel waren die Befragten 56 Jahre alt (SD: 12,6); 70 % waren weiblich. Von den Befragten waren die Hälfte erwerbstätig, jeweils ein knapp Fünftel im Ruhestand oder (dauerhaft) erwerbsunfähig (z. B. in Erwerbsminderungsrente). Insgesamt war rund die Hälfte von den Personen im erwerbsfähigen Alter aufgrund von PCS mindestens sechs Wochen und knapp ein weiteres Viertel über zwei Jahre arbeitsunfähig; die aktuelle Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) schätzten 28 % als moderat und 60 % als schlecht ein.

Zum Befragungszeitpunkt gab die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden an, dass weiterhin Symptome bestehen. Die häufigsten waren Fatigue, mangelnde körperliche Belastbarkeit, Kurzatmigkeit, Gelenk- oder Muskelschmerzen, Beschwerden oder Auffälligkeiten des Nervensystems (z. B. Konzentrationsstörungen), Schlafstörungen sowie

weitere. Über zwei Drittel waren oder sind mindestens 6 Monate bei der Ausübung von Beruf, Bildung, sozialen oder persönlichen Aktivitäten beeinträchtigt.

Therapie- oder Rehabilitationsmaßnahmen wurden vielfach in Anspruch genommen: am häufigsten Rehabilitationsmaßnahmen (49 %), ambulante Therapie / Heilmittel (36 %) und symptomorientierte Behandlung wie Medikamente (32 %). Mit den erhaltenen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen waren 50 % (sehr) zufrieden, hingegen 27 % (sehr) unzufrieden. Mit der gesundheitlichen Versorgung insgesamt waren 18 % (sehr) zufrieden und 56 % (sehr) unzufrieden; mit der Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche waren 15 % (sehr) zufrieden und 55 % (sehr) unzufrieden).

Zum Teil wären den Befragten folgende zusätzliche Maßnahmen wichtig gewesen: Gesprächsangebote/Ansprechpersonen (45 %), Rehabilitationsmaßnahmen (41 %) ambulante Therapie (37 %) und symptomorientierte Behandlung (25 %). Die Gründe hierfür waren vielfältig. So hatte fast die Hälfte das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden; über ein Drittel wurde gesagt, die Symptome seien nicht schwerwiegend genug oder die Betroffenen wussten nicht an wen sie sich wenden sollten.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen die hohe Krankheitslast von PCS-Betroffenen, welche mit anhaltenden Einschränkungen der Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Teilhabe einhergeht. Die gesundheitliche Versorgung wird vielfach als unzureichend erlebt. Die erhaltenen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen werden eher positiv bewertet, zugleich war etwa ein Viertel der Befragten damit unzufrieden. Auffällig ist die hohe Zahl an Betroffenen, die sich von medizinischem Personal nicht ernst genommen fühlen.

### **Take-Home-Message**

Um die Versorgung und Teilhabe zu verbessern und den hohen Leidensdruck von PCS-Betroffenen zu mindern, bedarf es mehr Verständnis, ernsthafte Wahrnehmung der PCS-Beschwerden sowie einer verbesserten interdisziplinären Kommunikation und Koordination in der Versorgungspraxis.

### **Literatur**

- Braig, S., Peter, R.S., Nieters, A., Kräusslich, H.-G., Brockmann, S.O., Göpel, S., Kindle, G., Merle, U., Steinacker, J.M., Kern, W.V., Rothenbacher, D. (2024): Post-COVID syndrome and work ability 9-12 months after a SARS-CoV-2 infection among over 9000 employees from the general population. *IJID Reg*, 10: 67–74.
- Fernandez-de-las-Peñas, C., Notarte, K.I., Macasaet, R., Velasco, J.V., Catahay, J.A., Ver, A.T., Chung, W., Valera-Calero, J.A., Navarro-Santana, M. (2024): Persistence of post-COVID symptoms in the general population two years after SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*, 88: 77–88.
- Hammer, S., Monaca, C., Hoelz, A., Tannheimer, M., Huckels-Baumgart, S., Dornieden, K., Lüttel, D., Rall, M., Müller, H. (2025): “Ultimately, you are on your own.” A qualitative analysis of barriers to health care from the perspective of patients with long COVID. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 193: 8–17.



Reuken, P.A., Trommer, S., Besteher, B., Bleidorn, J., Finke, K., Lemhöfer, C., Stallmach, A., Giszas, B. (2023): Outpatient Long/Post-COVID Care: Barriers and Desires of Affected Persons to Medical Care. *Gesundheitswesen*, 85: 1072–1075.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung (§ 92a Absatz 2 Satz 1 SGB V)

## **Effekte eines multimodalen, hybriden Therapieprogramms (PROMISE) auf die Lebensqualität bei COPD-Patienten mit Alpha-1 Antitrypsinmangel**

*Inga Jarosch<sup>1</sup>; Tessa Schneeberger<sup>1</sup>; Rainer Glöckl<sup>1</sup>; Sabrina Hasenknopf<sup>2</sup>;  
Thomas Schmiediche<sup>2</sup>; Silke Benedix<sup>2</sup>; Nora Waßmuth<sup>2</sup>; Ariane Lerch<sup>2</sup>;  
Andreas Rembert Koczulla<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Schön Klinik Berchtesgadener Land; <sup>2</sup> Pneumo Factory

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bei Menschen mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), die durch einen seltenen genetisch bedingten Alpha-1 Antitrypsinmangel (AATD) verursacht wurde, ist die Lebensqualität oft durch Symptome (Dyspnoe, Angst) und eine reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit herabgesetzt (Gauvain et al., 2015). Rehabilitative Interventionen gehören zum nicht-medikamentösen Krankheitsmanagement bei COPD, um die Lebensqualität und die Teilhabe der Patienten zu verbessern. Bereits etablierte Programme (z. B. stationäre pneumologische Rehabilitation) sind hocheffektiv (Zerbo Šporin et al., 2022), können jedoch Barrieren aufweisen - wie z. B. lange Wartezeiten, die Notwendigkeit, das häusliche Umfeld zu verlassen, mangelnde Verfügbarkeit von Fachpersonal - die die flächendeckende Nutzbarkeit einschränken (Rochester et al., 2024). Digitale und hybride Therapieprogramme können eine vielversprechende Lösung darstellen, um diese Barrieren zu überwinden und die Therapie zugänglicher zu machen.

Ziel dieser Studie war es daher, die Effektivität des digitalen, multimodalen Programms PROMISE („Personalisierte Trainings- und Atemphysiotherapie bei Alpha-1 Antitrypsinmangel“) zu evaluieren, das speziell für COPD-Patienten mit AATD entwickelt wurde.

### **Methoden**

Symptomatische COPD-Patienten mit AATD wurden in diese retrospektive Analyse inkludiert. Das 16-wöchige Programm bestand aus fünf 2-wöchentlichen Sessions (Woche 1 bis 8) und einem 8-wöchigen Follow-up (Woche 16). Die 1. und 5. Session fanden in Präsenz statt, alle weiteren über eine Videokonferenz. Der Therapeut leitete personalisierte Therapien an (Atemtherapie, körperliches Training, Edukation) und ermutigte die Patienten, die Therapien zwischen den supervidierten Sessions selbstständig fortzuführen. Die Outcomes (Lebensqualität: SF12 Mental Summary Scale [MSS], SF12 Physical Summary Scale [PSS], Gesundheitsstatus: COPD Assessment Test [CAT], körperliche Leistungsfähigkeit: 1-Minute

Sit-to-Stand-Test [STST], Angstsymptome: Generalized Anxiety Disorders 7-item scale [GAD- 7]) wurden zu Beginn (Woche 1), post Intervention (Woche 8) und beim Follow-up (Woche 16) erhoben.

## **Ergebnisse**

36 AATD Patienten (61±7 Jahre, FEV1 52±25 %Soll, Phänotyp PiZZ: n=26 (72 %), Sauerstofftherapie: n=10 (28 %)) wurden in die Analyse einbezogen. Das PROMISE-Programm zeigte signifikante Verbesserungen von Baseline zu Woche 8 in der Lebensqualität und den Symptomen (MSS: Δ+4,4 Punkte, 95 % KI [2,0 bis 6,8], p < 0,001; PSS: Δ+2,5 Punkte, 95 % KI [0,6 bis 4,9], p=0,045; CAT: Δ -3,6 Punkte, 95 % KI [-1,9 bis -5,2], p < 0,001) sowie der körperlichen Leistungsfähigkeit (STST: Δ +3,2 Wdh., 95 % KI [1,6 bis 4,7], p < 0,001). Die Verbesserungen des CAT und STST von Baseline blieben bis Woche 16 signifikant. Der GAD-7 Score verringerte sich signifikant, insbesondere bei Patienten mit moderaten bis schweren Angstsymptomen (Anzahl der Patienten mit einem GAD-7 Score ≥ 10 verringerte sich von 6 auf 1). Die subjektive Zielerreichung für PROMISE gaben die Patienten im Mittel mit 80 % an. Es wurden keine unerwünschten Ereignisse beobachtet.

## **Diskussion und Fazit**

Diese Analyse zeigt, dass ein multimodales, digitales und leicht zugängliches Therapieprogramm sicher und wirksam ist, um die Lebensqualität, die Symptomlast und die körperliche Leistungsfähigkeit bei Patienten mit AATD in klinisch relevantem Ausmaß zu verbessern.

Hybride oder vollständig digitalisierte Programme, die live stattfinden, haben das Potenzial, das Spektrum rehabilitativer Maßnahmen zu erweitern und insbesondere Patienten in bisher unterversorgten Regionen einen besseren Zugang zu ermöglichen. Auch die Überbrückung von Wartezeiten für eine medizinische Rehabilitation ist ein denkbarer Verwertungsansatz.

Eine Übertragung des Konzepts auf weitere pneumologische Indikationen – etwa COPD ohne AATD, interstitielle Lungenerkrankungen oder bei Zustand nach Lungentransplantation – erscheint vielversprechend und sollte in zukünftigen Studien überprüft werden.

## **Take-Home-Message**

Digitale und hybride Rehabilitationsprogramme mit direktem Therapeutenkontakt stellen eine vielversprechende Möglichkeit dar, das Spektrum rehabilitativer Angebote zu erweitern und zugleich eine personalisierte, niedrighschwellige Therapie zu ermöglichen – insbesondere für Patientengruppen mit eingeschränktem Zugang zu traditionellen Rehabilitationsformen.

## **Literatur**

- Gauvain, C., Mornex, J.F., Pison, C., Cuvelier, A., Balduyck, M., Pujazon, MC., Fournier, M., Aitlallne, B., Thabut, G. (2015): Health-related quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency: the French experience. COPD. 2015 May;12 Suppl 1: 46-51.
- Rochester, C.L. (2024): Barriers to Pulmonary Rehabilitation. Respir Care. 2024 May 28;69(6): 713-723.
- Zerbo Šporin, D., Domjanič, D., Žvanut, B. (2022): Effectiveness of Pulmonary Rehabilitation Performed Through Exercise Training for Patients with Stable COPD: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Zdr Varst. 2022 Sep 28;61(4): 231-241.

Interessenkonflikt: Das Projekt wurde von CSL Behring finanziell unterstützt und durch die Pneumo Factory durchgeführt.

Förderung: CSL Behring

## **Einfluss intraindividuelle Veränderungen physischer und neuropsychologischer Parameter auf die Arbeitsfähigkeit von post-COVID Patient:innen nach stationärer Rehabilitation**

*Iris Poppele<sup>1</sup>; Marcel Ottiger<sup>1</sup>; Alois Wastlhuber<sup>2</sup>; Michael Stegbauer<sup>2</sup>; Torsten Schlesinger<sup>1</sup>; Katrin Müller<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Technische Universität Chemnitz; <sup>2</sup> BG Klinik Bad Reichenhall

### **Hintergrund und Zielstellung**

Post-COVID Verläufe sind durch eine hohe Individualität gekennzeichnet und mit langanhaltenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit assoziiert. Insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen sind für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bedeutsam. Ziel dieser Untersuchung ist die Analyse physischer und neuropsychologischer Faktoren auf intraindividuelle Ebene, die die Arbeitsfähigkeit von post-COVID Patient:innen nach einer stationären Rehabilitation langfristig wirksam beeinflussen.

### **Methoden**

Diese longitudinale Kohortenstudie untersuchte 77 post-COVID Patient:innen (Alter: MW=50,30 Jahre, weiblich: n=56) mit berufsbedingter SARS-CoV-2 Infektion, die an einer stationären post-COVID Rehabilitation in der BG Klinik Bad Reichenhall teilnahmen (Dauer SARS-CoV-2 Infektion - Beginn der Rehabilitation: MW = 420,00 Tage). Die Arbeitsfähigkeit wurde zu Beginn (T1), zum Ende (T2), 6 Monate nach (T3) und 12 Monate nach (T4) der Rehabilitation mittels des Work Ability Index (WAI) (Hasselhorn, Freude, 2007) erhoben. Zusätzlich wurden zu jedem Messzeitpunkt der 6-Minuten-Gehtest (6MGT) (Holland et al., 2014) durchgeführt sowie die subjektive Wahrnehmung der psychischen Gesundheit (SPSH) und die Fatigue-Schwere (Fatigue Impact Scale (FIS)) (Fisk et al., 1994) erfasst. Im Rahmen der Analyse wurde ein lineares Mehrebenenmodell geschätzt, in dem Messzeitpunkte (Level 1) in Personen (Level 2) verschachtelt waren. Die Prädiktoren wurden am ersten Messzeitpunkt zentriert, um within- und between-person Effekte voneinander zu trennen.

### **Ergebnisse**

Der Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) des Nullmodells betrug 0.67, was darauf hinweist, dass 67 % der Varianz des WAI auf Unterschiede zwischen den Personen zurückzuführen sind. Die Ergebnisse (Tab. 1) zeigen, dass hinsichtlich der Fatigue-Schwere ( $\beta=-0.04$ ,  $p=0.001$ ) und der SPSH ( $\beta=0.29$ ,  $p=0.018$ ) signifikante within-person Effekte auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Im Zeitverlauf zeigten post-COVID Patient:innen, die sich in ihrer Fatigue-Schwere und der SPSH im Vergleich zu T1 verbesserten, auch eine signifikant verbesserte Arbeitsfähigkeit. Kein signifikanter within-person Effekt ergab sich zwischen dem 6MGT und der Arbeitsfähigkeit ( $p > 0.05$ ).

Tabelle 1: Ergebnisse einer Mehrebenenanalyse (fullmodell) zum Einfluss physischer und neuropsychologischer Parameter auf die Arbeitsfähigkeit von post-COVID Patient:innen (Darstellung der within- und between-person Effekte).

| Predictors                                           | WAIGesamt |              |                  |           |               |                  |           |               |                  |           |               |                  |
|------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------------|-----------|---------------|------------------|-----------|---------------|------------------|-----------|---------------|------------------|
|                                                      | Estimates | CI           | p                | Estimates | CI            | p                | Estimates | CI            | p                | Estimates | CI            | p                |
| (Intercept)                                          | 8.19      | 2.07 – 14.31 | <b>0.009</b>     | 19.99     | 12.95 – 27.04 | <b>&lt;0.001</b> | 17.50     | 8.20 – 26.79  | <b>&lt;0.001</b> | 17.93     | 8.63 – 27.22  | <b>&lt;0.001</b> |
| 6MGT wp1                                             | 0.01      | -0.00 – 0.01 | 0.162            | 0.00      | -0.00 – 0.01  | 0.598            | -0.00     | -0.01 – 0.01  | 0.936            | 0.01      | -0.00 – 0.01  | 0.186            |
| 6MGT bp                                              | 0.03      | 0.02 – 0.04  | <b>&lt;0.001</b> | 0.02      | 0.01 – 0.03   | <b>0.001</b>     | 0.02      | 0.00 – 0.03   | <b>0.007</b>     | 0.02      | 0.00 – 0.03   | <b>0.006</b>     |
| FIS wp1                                              |           |              |                  | -0.07     | -0.09 – -0.04 | <b>&lt;0.001</b> | -0.05     | -0.07 – -0.02 | <b>&lt;0.001</b> | -0.04     | -0.06 – -0.02 | <b>0.001</b>     |
| FIS bp                                               |           |              |                  | -0.07     | -0.10 – -0.04 | <b>&lt;0.001</b> | -0.05     | -0.10 – -0.01 | <b>0.022</b>     | -0.05     | -0.10 – -0.01 | <b>0.025</b>     |
| SPSH wp1                                             |           |              |                  |           |               |                  | 0.27      | 0.03 – 0.52   | <b>0.029</b>     | 0.29      | 0.05 – 0.52   | <b>0.018</b>     |
| SPSH bp                                              |           |              |                  |           |               |                  | 0.23      | -0.29 – 0.75  | 0.382            | 0.25      | -0.27 – 0.77  | 0.343            |
| T2                                                   |           |              |                  |           |               |                  |           |               |                  | -0.55     | -1.56 – -0.45 | 0.287            |
| T3                                                   |           |              |                  |           |               |                  |           |               |                  | -1.31     | -2.27 – -0.35 | <b>0.009</b>     |
| T4                                                   |           |              |                  |           |               |                  |           |               |                  | -2.62     | -3.54 – -1.71 | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Random Effects</b>                                |           |              |                  |           |               |                  |           |               |                  |           |               |                  |
| $\sigma^2$                                           |           |              | 9.39             |           |               | 8.02             |           |               | 7.84             |           |               | 6.66             |
| T00                                                  |           |              | 14.24 IDCode     |           |               | 10.44 IDCode     |           |               | 10.40 IDCode     |           |               | 10.69 IDCode     |
| ICC                                                  |           |              | 0.60             |           |               | 0.57             |           |               | 0.57             |           |               | 0.62             |
| N                                                    |           |              | 77 IDCode        |           |               | 77 IDCode        |           |               | 77 IDCode        |           |               | 77 IDCode        |
| Observations                                         |           |              | 305              |           |               | 305              |           |               | 305              |           |               | 305              |
| Marginal R <sup>2</sup> / Conditional R <sup>2</sup> |           |              | 0.204 / 0.684    |           |               | 0.393 / 0.736    |           |               | 0.405 / 0.744    |           |               | 0.435 / 0.783    |

WAI – Work ability index, 6MGT – 6 Minuten Gehstest, FIS – Fatigue Impact Scale, SPSH – subjektive Wahrnehmung der psychischen Gesundheit, T2 – Messzeitpunkt 2 direkt nach der Rehabilitation, T3 – Messzeitpunkt 3 6 Monate nach der Rehabilitation, T4 – Messzeitpunkt 4 12 Monate nach der Rehabilitation, wp1 – within-person Effekt zentriert am ersten Messzeitpunkt, bp – between-person Effekt, CI – Konfidenzintervall,  $\sigma^2$  – within-person Varianz, T00IDCode – between-person Varianz, ICC – Intraklassen-Korrelationskoeffizient, NIDCode – Anzahl der post-COVID Patient:innen

Hinsichtlich der between-person Effekte zeigten der 6MGT und die Fatigue-Schwere signifikante Effekte auf die Arbeitsfähigkeit. Post-COVID Patient:innen, die eine bessere körperliche Leistungsfähigkeit (6MGT) ( $\beta=0.02$ ,  $p=0.003$ ) und eine geringere Fatigue-Schwere ( $\beta=-0.06$ ,  $p=0.009$ ) im Vergleich zur Gesamtstichprobe aufwiesen, hatten eine bessere mittlere Arbeitsfähigkeit im Untersuchungszeitraum. Keine between-person Effekte wurden für die SPSH gefunden. Verglichen mit T1 zeigte sich im Zeitverlauf eine signifikante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit zu T3 ( $\beta=-1.44$ ,  $p=0.005$ ) und T4 ( $\beta=-2.71$ ,  $p < 0.001$ ). Insgesamt erklärte das Modell 78.3 % (Conditional R<sup>2</sup>=0.783) der Varianz der Arbeitsfähigkeit (WAI-Gesamt).

## Diskussion und Fazit

Die Fatigue-Schwere und die subjektive Wahrnehmung der psychischen Gesundheit beeinflussen die individuelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von post-COVID Patient:innen wesentlich. Im Zeitverlauf kam es im mittel- und langfristigen Verlauf zu einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit, was auf einen anhaltenden Unterstützungsbedarf hinweist. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer interdisziplinären und individualisierten Nachsorge zur Sicherung der beruflichen Teilhabe von post-COVID Patient:innen.

## Take-Home-Message

Die Analyse intraindividueller Verläufe zeigt, dass Verbesserungen in der Fatigue-Schwere und einer wahrgenommenen psychischen Gesundheit wesentlich zu einer langfristigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit beitragen.

## Literatur

- Fisk, J. D., Ritvo, P. G., Ross, L., Haase, D. A., Marrie, T. J., Schlech, W. F. (1994): Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the fatigue impact scale. *Clinical Infectious Diseases*, 18(Supplement1). 79–83.
- Hasselhorn, H-M., Freude, G. (2007): *Der Work-ability-Index: Ein Leitfaden*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Holland, A. E., Spruit, M. A., Troosters, T., Puhan, M. A., Pepin, V., Saey, D., McCormack, M. C., Carlin, B.M., Sciurba, F.C., Pitta, F., Wanger, J., MacIntyre, N., Kaminsky, D. A., Culver, B. H., Revill, S. M., Hernandes, N. A., Andrianopoulos, V., Camillo, C. A., Mitchell, K. E., Lee, A. L., Hill, C. J., S. J. (2014): An official European Respiratory Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. *European Respiratory Journal*, 44/6.1428–46.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

## **Einflussfaktoren auf Arbeitsfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung bei post-COVID: ein systematisches Review**

*Marcel Ottiger; Iris Poppele; Torsten Schlesinger; Katrin Müller*

Technische Universität Chemnitz

### **Hintergrund und Zielstellung**

Post-COVID führt aufgrund oftmals langwieriger gesundheitlicher Beeinträchtigungen auch zu erheblichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, was den Return-to-Work-(RTW) Prozess für viele Betroffene erschwert (Neudecker et al., 2025). Ergebnisse einer Meta-Analyse zeigen, dass nur etwa 60,9 % der post-COVID Patient:innen zwölf Wochen nach der Akutinfektion wieder erfolgreich in das Erwerbsleben zurückkehrt sind (Ottiger et al., 2024). Erste Studien deuten darauf hin, dass die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung bei post-COVID ein vielschichtiger Prozess ist, der über rein medizinische Aspekte hinausgeht und von physischen, psychischen, sozialen sowie strukturellen Bedingungen abhängt (Hassanin et al., 2025). Ziel der vorliegenden Übersichtsarbeit war es, Einflussfaktoren der Arbeitsfähigkeit und des RTW bei Patient:innen mit post-COVID zu identifizieren und systematisch zusammenzufassen.

### **Methoden**

In das systematische Review wurden Studien eingeschlossen, die Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit und den RTW-Prozess von Patient:innen mit post-COVID (12 Wochen nach einer akuten SARS-CoV-2-Infektion) untersuchten. Eine systematische Literatursuche wurde bis März 2025 unter Verwendung von fünf Datenbanken (MEDLINE, CENTRAL, PsycINFO, Scopus und Web of Science) durchgeführt. Die Auswahl der Studien erfolgte gemäß den Richtlinien des PRISMA-Statements. Die Bewertung der methodischen Qualität erfolgte mithilfe der JBI-Checklisten (Aromataris et al., 2024). Aufgrund der Heterogenität der Studien wurde eine narrative Synthese der identifizierten Einflussfaktoren vorgenommen.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden 31 Studien in die Synthese einbezogen. Die Stichprobengrößen variierten stark und reichten von unter 20 Teilnehmenden in explorativen Interviews bis zu über 200.000 Personen in nationalen Registerstudien.

Die Ergebnisse zeigen ein komplexes Zusammenspiel von Krankheitsverlauf, individuellen Merkmalen, psychischen und sozialen Faktoren, der Arbeitsumgebung sowie verfügbaren Versorgungsstrukturen. Persistierende Symptome wie Fatigue und längere Krankheitsverläufe stellten zentrale Barrieren für den beruflichen Wiedereinstieg dar. Individuelle Ressourcen (z. B. Selbstmanagement und Akzeptanz) sowie soziale Unterstützung im privaten und beruflichen Umfeld wirkten dagegen förderlich. Auch arbeitsbezogene Faktoren wie flexible Arbeitszeitmodelle, angepasste Tätigkeiten und ein unterstützendes Betriebsklima erleichterten die Rückkehr. Erschwert wurde der Prozess durch fehlendes Verständnis, hohe Arbeitsbelastung und begrenzten Zugang zu krankheitsspezifischen Versorgungsangeboten.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die berufliche Wiedereingliederung von post-COVID Betroffenen ein komplexer, biopsychosozialer Prozess ist, der durch medizinische, psychische, soziale und arbeitsorganisatorische Faktoren beeinflusst wird. Erfolgreiche RTW-Prozesse erfordern daher eine enge Verzahnung von medizinischer Behandlung, rehabilitativer Nachsorge, betrieblicher Unterstützung und gesellschaftlicher Sensibilisierung. Für die Praxis bedeutet dies, dass individuelle Belastungsgrenzen frühzeitig identifiziert, schrittweise personalisierte Wiedereingliederungspläne entwickelt und betriebliche Anpassungen konsequent umgesetzt werden sollten.

## **Take-Home-Message**

Nachhaltige berufliche Wiedereingliederung bei post-COVID gelingt nur durch ein integratives, biopsychosoziales Vorgehen, das medizinische, psychologische und strukturelle Bedingungen gleichermaßen adressiert.

## **Literatur**

- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., Jordan, Z. (2024): JBI Manual for Evidence Synthesis. URL: <https://synthesismanual.jbi.global>, Abruf: 28.10.2025.
- Hassanin, R., Peters, C., Nienhaus, A., Koch, P. (2025): Determinants of work ability among health and social services workers with work-related COVID-19 infection in Germany. *BMC Health Services Research*, 25, 1. 789.
- Neudecker, S., Stucke, J., Meier, I., Meyer-Feil, T. (2025): Arbeitsfähigkeit nach einer COVID-19-Rehabilitation („coronavirus disease 2019“). *Prävention und Gesundheitsförderung*.
- Ottiger, M., Poppele, I., Sperling, N., Schlesinger, T., Müller, K. (2024): Work ability and return-to-work of patients with post-COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24, 1. 1811.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Projekt Nr. FF-FR-358)

# **Langzeitergebnisse in der Post-COVID Versorgung der gesetzlichen Unfallversicherung unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Teilhabe**

*Janna de Voss; Stefan Dalichau; Philip Meyer*

BG Ambulanz Bremen

## **Hintergrund und Zielstellung**

Das Post-COVID-Syndrom stellt eine Herausforderung in der medizinischen Versorgung dar. Das Kardinalsymptom Fatigue führt zu einer Einschränkung der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der Teilhabe. Trotz intensiver Forschungsaktivitäten steht bislang keine kurative Therapieform zur Verfügung. Im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) etablierten die BG Kliniken ein spezifisches Versorgungsangebot für Versicherte mit Post-COVID-Symptomatik, das eine strukturierte Diagnostik, Beratung und multidisziplinäre Therapie umfasst (Dalichau et al., 2024). Als Teil dieses Angebots führte die BG Ambulanz Bremen (BGA) bislang 868 Post-COVID-Sprechstunden (PCS) durch. Ziel ist die Erfassung des bio-psycho-sozialen Gesundheitszustands der Betroffenen sowie die Steuerung des weiteren Heilverfahrens. Der Verlauf dieser Heilverfahren, die Zufriedenheit der Betroffenen mit den Versorgungsmaßnahmen sowie die langfristige berufliche Teilhabe sind bislang jedoch noch nicht systematisch evaluiert.

Im Rahmen dieser Arbeit soll der Verlauf der Heilverfahren im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung evaluiert werden, um die Versorgungsqualität hinsichtlich der beruflichen und sozialen Teilhabe zu überprüfen.

## **Methoden**

258 Versicherte, mit als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit anerkannter COVID-19-Infektion, die infolge von Einschränkungen in der beruflichen und sozialen Teilhabe in der PCS vorstellig waren, wurden im Juni 2025 durch die BGA Bremen postalisch kontaktiert, sofern die Infektion 2020 auftrat und die Vorstellung in der PCS mehr als 18 Monate zurücklag. Die Datenerhebung erfolgte anonymisiert mittels einer Online-Befragung über das Umfragetool LamaPoll.

## **Ergebnisse**

Die Rücklaufquote der Befragung betrug 35,3 %. Die durchschnittliche Beschwerdedauer bis zur Vorstellung in der PCS betrug 18,8 Monate. 81,3 % der Befragten waren weiblich, das mittlere Alter lag bei  $53,3 \pm 10,2$  Jahren.

Berichteten zum Zeitpunkt der PCS 90,1 % der Befragten an einer Fatiguesymptomatik zu leiden, gaben zum Befragungszeitpunkt noch 68 % eine persistierende Fatigue an. Hinsichtlich des Symptomverlaufs berichteten 41,8 % über eine Verbesserung, 40,7 % über keine Veränderung und 17,6 % über eine Verschlechterung ihrer Symptomatik. Die durchschnittliche Anzahl berichteter Symptome reduzierte sich im Verlauf von 6,5 auf 4,4.

Die Versicherten erhielten im Mittel 4,5 Rehabilitationsmaßnahmen. Am häufigsten wurde eine stationäre Rehabilitation in Anspruch genommen (55 %), 39,6 % erhielten eine neuropsychologische Diagnostik und 35,2 % eine ambulante Psychotherapie.

42,9 % der Befragten gaben an, im Rahmen der Therapien über das Konzept des Pacing informiert worden zu sein. Der Mehrwert des Pacing wurde dabei im Durchschnitt mit 7 von 10 Punkten (10 = extrem effektiv) bewertet. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Thematisierung von Pacing in den Rehamaßnahmen und der generellen Arbeitsfähigkeit ( $p = ,035$ , Cramers  $V = 0,221$ ).

Waren zum Zeitpunkt der PCS noch 29,7 % arbeitsunfähig, geben 18,7 % der Befragten zum Befragungszeitpunkt aufgrund der SARS-Cov-2-Infektion weiterhin arbeitsunfähig zu sein.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass Fatigue auch mehrere Jahre nach der Infektion ein persistierendes Problem darstellt: Zwei Drittel der Befragten berichteten weiterhin über entsprechende Beschwerden. Die Reduktion der Symptomanzahl belegt zwar eine gewisse Verbesserung des Gesundheitszustandes, wenngleich viele Betroffene weiterhin unter multiplen Symptomen leiden. Insgesamt zeigt sich in der Bewertung der einzelnen Maßnahmen eine Heterogenität hinsichtlich der Effektivität im Heilungsverfahren. Auffällig ist, dass weniger als die Hälfte über das Konzept des Pacing im Zusammenhang mit dem Post-COVID-Syndrom informiert wurden – trotz der in der Literatur beschriebenen Relevanz dieses Ansatzes (Koczulla et al., 2024). Dieses Ergebnis könnte teilweise durch den frühen Infektionszeitpunkt der untersuchten Kohorte erklärt werden, da entsprechende Konzepte und Leitlinien erst im weiteren Verlauf der Pandemie stärker etabliert wurden. Für zukünftige Erhebungen wäre daher ein Vergleich mit Betroffenen, deren Infektion zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte, von besonderem Interesse.

## **Take-Home-Message**

Die Untersuchung liefert wertvolle Hinweise auf die Genesungsverläufe der Versicherten und die Bedeutung patientenorientierter Ansätze wie Pacing und verdeutlicht zugleich die Notwendigkeit nachhaltiger Strategien zur beruflichen Reintegration von Post-COVID-Betroffenen.

## **Literatur**

- Dalichau, S., Kordy, H., Klüver, J., Brinkmeier, W., Rathmann, N., Yorke, L., Kleefmann, J., Möller, T. (2024): Die Bedeutung der Chronischen Fatigue in der Post-COVID-Sprechstunde und ihre Konsequenzen für die ambulante Rehabilitation im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 74(7), 265–275.
- Koczulla, A.R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Brinkmann, F., Frank, U., Gloeckl, R., Gogoll, C., Häuser, W., Hohberger, B., Huber, G., Hummel, T., Köllner, V., Krause, S., Kronsbein, J., Maibaum, T., Mooren, F.C., Pecks, U., Peters, E.M.J., Peters S., Pfeifer, M., Platz, T., Pletz, M., Pongratz, G., Powitz, F., Rabe, K.F., Scheibenbogen C., Schieffer, E., Schneider, D., Simon, P., Stallmach, A., Stegbauer, M., Thöne-Otto, A., Töpfer N., Versen-Höyneck, F., Wagner, H.O., Waller, C., Walter, M., Widmann, C.N., Wienbergen, H., Winterholler, C., Wirtz, H., Zwick, R.H. (2024): AWMF S1-Leitlinie Long/ Post-COVID. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-027I\\_S1\\_Long-Post-Covid\\_2025-08-verlaengert.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-027I_S1_Long-Post-Covid_2025-08-verlaengert.pdf), Abruf: 20.10.2025

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -



## Barrierefreiheit für Menschen mit Sinnesbehinderungen in Rehabilitationseinrichtungen: Versorgungslage und Handlungsbedarf

*Christian Kempny; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska*

Universität Witten/Herdecke

### Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit Hör- und Sehbeeinträchtigungen stoßen beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen in Deutschland weiterhin auf erhebliche Barrieren (Wetzel, Rathmann, 2020). Häufig fehlen barrierefreie Informations- und Kommunikationsangebote sowie angemessene Unterstützungsstrukturen in Aufnahme- und Behandlungsprozessen (Jacobi, 2020; Lee et al., 2021). Bereits der Zugang zu einer Rehabilitationseinrichtung gestaltet sich vielfach schwierig, da Mobilität, Zugänglichkeit und spezifische Kommunikationsbedarfe nicht ausreichend berücksichtigt werden. Diese Hürden verschärfen sich zusätzlich, wenn weitere Diversitätsmerkmale wie Sprache oder Migrationsgeschichte hinzukommen. Ziel des Beitrags ist es, die bestehende Versorgungslage kritisch zu beleuchten und die Notwendigkeit einer systematischen Bestandsaufnahme zur Barrierefreiheit in der Rehabilitation zu begründen.

### Methoden

Es wurde eine systematische Sichtung und Auswertung verfügbarer Informationen zur Barrierefreiheit in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Grundlage bildeten Verzeichnisse von Rehabilitationseinrichtungen, Angaben von Selbsthilfeorganisationen sowie öffentlich zugängliche Informationen zu Ausstattung, Kommunikationsangeboten und strukturellen Rahmenbedingungen. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

### Ergebnisse

Bundesweit erfüllt nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Rehabilitationseinrichtungen die Anforderungen umfassender Barrierefreiheit. Besonders kritisch ist, dass Patient:innen mit zusätzlichen Diversitätsmerkmalen in der Praxis kaum chancengleichen Zugang zu rehabilitativen Leistungen haben. Von den 1140 bundesweit im Verzeichnis der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, o. J.) geführten Einrichtungen bieten lediglich 14 % eine Barrierefreiheit für Menschen mit Hörbeeinträchtigung, 18 % für Menschen mit Sehbeeinträchtigung und 3 % eine Versorgung in Gebärdensprache an. Werden zusätzliche sprachliche Anforderungen berücksichtigt, verschärft sich die Situation weiter: Für Menschen, die sich ausschließlich auf Türkisch ausdrücken können, bieten nur 2 % der Rehabilitationseinrichtungen Barrierefreiheit für Hörbeeinträchtigte, 3 % für Sehbeeinträchtigte und unter 1 % für Gebärdensprache.

### Diskussion und Fazit

Die Befunde unterstreichen die Dringlichkeit, Barrierefreiheit nicht nur baulich, sondern auch kommunikativ, organisatorisch und intersektional zu denken. Es bedarf praxistauglicher

Good-Practice-Beispiele, die Einrichtungen konkrete und ressourcenschonende Umsetzungsstrategien an die Hand geben. Barrierefreiheit wird so zu einem zentralen Baustein gesundheitlicher Chancengleichheit in der Rehabilitation.

### **Take-Home-Message**

Barrierefreiheit in der Rehabilitation ist für Menschen mit Sinnesbehinderungen unzureichend umgesetzt. Systematische Bestandsaufnahmen und praxisnahe Handlungsempfehlungen sind dringend erforderlich.

### **Literatur**

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (o. J.): Reha-Einrichtungsverzeichnis der BAR. Abgerufen am 29. August 2025 von <https://www.reha-einrichtungsverzeichnis.de>
- Jacobi, P. (2020): Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Springer.
- Lee, P. H., Spooner, C., Harris, M. F. (2021): Access and communication for deaf individuals in Australian primary care. *Health Expectations*, 24(6), 1971–1978.
- Wetzel, L. D., Rathmann, K. (2020): Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(4), 332–339.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Das Konstrukt Rehabilitationsfähigkeit und seine Bedeutung für den Zugang zu Rehabilitation bei vorbestehender Behinderung**

*Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Lia Seibel; Anna Brinkmann; Oliver Razum*

Universität Bielefeld

### **Hintergrund und Zielstellung**

Menschen mit vorbestehender Behinderung stehen im Rehabilitationsprozess vor Herausforderungen, die unter anderem mit der Einschätzung ihrer Rehabilitationsfähigkeit zusammenhängen. Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit ist gesetzlich nicht definiert, fungiert jedoch als zentrales Zugangskriterium für Rehabilitationsleistungen (Egen et al., 2024). Eine angenommene fehlende Rehabilitationsfähigkeit kann sowohl im Rahmen der Antragsprüfung durch Kostenträger als auch bei der Aufnahmeentscheidung von Rehabilitationskliniken zur Ablehnung einer Maßnahme führen. Rehabilitationsfähigkeit wird in Praxis und Begutachtung kontextabhängig unterschiedlich interpretiert, je nach Kostenträger, Indikation und institutionellem Rahmen.

Ziel des Beitrags ist es, aus der Perspektive von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen und Prozessbeteiligten zu untersuchen, welche Auffassungen und Deutungen dem Begriff Rehabilitationsfähigkeit zugrunde liegen, welche Akteure in die Entscheidungsprozesse eingebunden sind und welche potenziellen Barrieren sich daraus für den Zugang zu Rehabilitationsleistungen ergeben.

## **Methoden**

In einer explorativen qualitativen Studie wurden semi-strukturierte Interviews mit narrativem Ansatz mit (potenziellen) Rehabilitand\*innen mit vorbestehender Behinderung (n = 13) durchgeführt. Ergänzend dazu wurden Interviews mit am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen, wie Betreuenden, Sozialarbeitenden und Mediziner\*innen (n = 15), geführt. Zusätzlich fanden zwei Gruppendiskussionen mit Teilnehmenden beider Gruppen statt. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Kuckartz und Rädiker (2024).

## **Ergebnisse**

Rehabilitationsfähigkeit wird in den Interviews als zentrales Zugangskriterium thematisiert. Insbesondere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen, Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten, erhöhtem Pflege- oder Assistenzbedarf sowie Kommunikationsbeeinträchtigungen erleben, dass ihre Rehabilitationsfähigkeit infrage gestellt oder ihnen abgesprochen wird. Die Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit erfolgt an unterschiedlichen Stellen des Rehabilitationsprozesses und durch verschiedene Prozessbeteiligte wie Rehabilitationseinrichtungen, Kostenträger, Akutkliniken, An- und Zugehörige sowie (zuweisende) Mediziner\*innen. Bereits vor Antragstellung kann eine informelle Einschätzung erfolgen, ob eine Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme realistisch erscheint und ob der Antrag unterstützt oder initiiert wird.

Rehabilitationsfähigkeit wird in Abhängigkeit mehrerer Faktoren beurteilt:

Psychosoziale Aspekte wie emotionale Stabilität, Belastbarkeit und Bindung an Bezugspersonen gelten als relevant. Veränderungen oder der Verlust des sozialen Umfeldes können zu Traurigkeit oder Überforderung führen. Auch die antizipierte soziale Integrations- und Anpassungsfähigkeit während der Rehabilitation wird als Bestandteil der Rehabilitationsfähigkeit betrachtet. Darüber hinaus gelten kognitive Fähigkeiten und kommunikative Kompetenzen als wesentlich, um sich in standardisierte und zeitlich strukturierte Therapieabläufe einzufügen. Für die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit werden außerdem bestimmte körperliche Funktionen und Fähigkeiten vorausgesetzt, die einige Personengruppen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen grundsätzlich nicht besitzen, etwa hinsichtlich Mobilität und Selbständigkeit im Stations- und Kliniksetting. Bestehender Pflege- oder Assistenzbedarf sowie Komorbiditäten können die Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit beeinflussen, da Rehabilitationseinrichtungen auf solche Bedarfe häufig nicht ausgerichtet sind.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass (fehlende) Rehabilitationsfähigkeit ein Resultat aus Wechselwirkungen zwischen Person und Einrichtung verstanden werden kann. Rehabilitationsfähigkeit umfasst demnach nicht nur die Fähigkeit einer Person zur Teilnahme an einer Reha, sondern auch die Fähigkeit des Rehabilitationsangebots, diese Teilnahme zu ermöglichen. Eine Einschätzung als nicht rehabilitationsfähig ist vor allem dann problematisch, wenn sie nicht auf den tatsächlichen Fähigkeiten der Patient\*innen beruht, sondern primär auf strukturelle Barrieren zurückführbar ist.

Eine defizitorientierte Definition von Rehabilitationsfähigkeit birgt das Risiko systematischer Diskriminierung: Menschen mit stärkeren Einschränkungen (z. B. in Alltag, Kommunikation, Kognition) bleibt eine gerechte Versorgung tendenziell verwehrt.

Bestehende Rehabilitationskonzepte sind überwiegend standardisiert und lassen wenig Raum für individuelle Bedarfe. Die für den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Fähigkeiten und Voraussetzungen werden bereits bei der Konzeption der Angebote festgelegt. Dabei muss Barrierefreiheit umfassend mitgedacht und umgesetzt werden (auch Sinnes- und Kommunikationsbeeinträchtigungen, Neurodivergenz etc.). Es besteht zudem Bedarf an diverseren Konzepten, etwa mobilen oder sozialraumorientierten Angeboten. Außerdem sollte die Möglichkeit bestehen, Heilerziehungspflege zu integrieren, Zusatzentgelte für erhöhten Pflegebedarf bereitzustellen und die unbürokratische Mitnahme von Assistenz- oder Begleitpersonen zu ermöglichen. Diversere, flexiblere und individuellere Rehabilitationskonzepte und -settings können nicht nur Rehabilitand\*innen mit vorbestehender Behinderung zugutekommen, sondern eröffnen auch Potenziale für Menschen mit besonderen Bedarfen im Rehabilitationsprozess insgesamt.

### **Take-Home-Message**

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit erkennt strukturelle Herausforderungen der medizinischen Rehabilitation – nötig sind alternative Angebote, Anreize zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und besonderen Bedarfen, eine Begriffsdiskussion und weiterführende Forschung.

### **Literatur**

Egen, C., Busche, T., Bethge, M., Bassler, M., Gutenbrunner, C. (2024): Ist das Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit in seiner Anwendung durch DRV und GKV ausgrenzend? Die Rehabilitation, 63(2), 74–77.

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V.

## **Die Bedeutung von Pflege, Assistenz und Begleitpersonen in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Rehabilitand\*innen mit vorbestehender Behinderung**

*Stefanie Neudecker; Jana Stucke; Lia Seibel; Anna Brinkmann; Oliver Razum*

Universität Bielefeld

### **Hintergrund und Zielstellung**

Menschen mit Behinderungen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung stark von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen und haben einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, eine schlechtere Gesundheit und ein höheres Risiko für

Multimorbidität sowie für chronische, schwere oder psychische Erkrankungen (BMAS, 2021; WHO, 2022). Dies deutet auf einen potenziell höheren Bedarf an medizinischer Rehabilitation hin.

Menschen mit vorbestehenden Behinderungen (MmvB) weisen jedoch oft individuelle oder komplexe Pflegebedarfe auf, was die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen erschweren kann. Versicherte haben einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 40 SGB V; § 42 SGB IX). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass viele Rehabilitationseinrichtungen bestehende Pflegebedarfe nicht adäquat decken können.

In diesem Beitrag werden die Erfahrungen von MmvB mit der pflegerischen Versorgung in stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen dargestellt und die Bedeutung der Pflege in diesem Kontext diskutiert.

## **Methoden**

In einem explorativen qualitativen Forschungsprojekt führten wir Interviews mit MmvB (n= 13), die aufgrund einer Sekundärerkrankung, Komorbidität oder eines Akutereignisses eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben. Die Interviews folgten einem semi-strukturierten Leitfaden mit narrativen Elementen. Alle Gespräche wurden aufgenommen, transkribiert und mit der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz, Rädiker, 2024).

## **Ergebnisse**

Ein Großteil der interviewten MmvB – sowohl renten- als auch gesetzlich krankenversicherte – wies Pflege- und Assistenzbedarfe auf, wodurch dieses Thema von großer Relevanz und in den meisten Interviews selbstgewählter Interviewinhalt war. Bei einigen war ein drohender (höherer) Pflegegrad der Grund für die Bewilligung einer Maßnahme. Ziel der Maßnahmen war vorrangig der Erhalt der Selbstständigkeit und Teilhabe. Bei Assistenzbedarf ist aus Sicht der MmvB eine bedarfsgerechte Pflege in der Einrichtung für die Ermöglichung einer Rehabilitation zwingend notwendig und zentrale Voraussetzung, damit sich die Rehabilitand\*innen auf die Therapien fokussieren und von der Maßnahme profitieren können. Gleichzeitig könne eine bedarfsdeckende Pflege die Notwendigkeit einer Begleitperson ersetzen. Absprachen bezüglich individueller Pflegebedarfe im Vorfeld der Rehabilitation wurden als wichtig erachtet. Die MmvB beschrieben das Pflegepersonal als sehr hilfsbereit, jedoch seien viele Einrichtungen nicht auf komplexe Pflegebedarfe ausgerichtet, auch weil es an Personal und entsprechenden Hilfsmitteln fehle. Zudem könne die Beschaffung spezifischer Pflegeutensilien und Medikamente vor Ort herausfordernd sein. In diesen Fällen könnten Begleitpersonen die Pflege und Alltagsaktivitäten adäquat unterstützen. Die Mitnahme von Begleit- oder Assistenzpersonen bewilligen zu lassen, wurde jedoch als „Kampf“ beschrieben, da sie kostenintensiv seien und ausreichend Betten zur Verfügung stehen müssten.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen die hohe Relevanz bedarfsgerechter Pflege für positive Rehabilitationserfahrungen auf. Eine gute Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen trägt

maßgeblich zur Erreichung von Funktionsfähigkeit und Teilhabe in Alltag und Erwerbsleben bei. Angesichts der wachsenden Zahl von Menschen mit Behinderungen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind (Klaus, Deyerler, 2025), gewinnt das Thema Pflege und Assistenz auch im Kontext der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zunehmend an Bedeutung. Die defizitäre Versorgungslage erschwert MmVB die Auswahl einer passenden Einrichtung oder gar die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation. Eine Optimierung der Pflege könnte damit den gleichberechtigten Zugang für Menschen mit Behinderungen zu medizinischer Rehabilitation (Vereinte Nationen, 2018) fördern – etwa durch Pflegeangebote in mehr Fachbereichen als nur Geriatrie und Neurologie und eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass aufwändigere Pflege für Rehabilitationsträger wirtschaftlich unattraktiv sein kann. Die Finanzierungsstrukturen sollten daher mögliche Unterschiede im Behandlungsaufwand zukünftig stärker berücksichtigen. Zudem sollte über alternative Angebote und einen erleichterten Zugang für Begleitpersonen diskutiert werden.

### **Take-Home-Message**

Mit der steigenden Zahl von Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gewinnt bedarfsgerechte Pflege und Assistenz auch für die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung an Bedeutung, um eine gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen.

### **Literatur**

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.
- Klaus, A., Deyerler, Y. (2025): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2024.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2024.
- Vereinte Nationen (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein.
- World Health Organization (2022): Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva, Switzerland.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V.

# **Versorgungslücken schließen: Teilnehmendenerfahrungen mit dem mobil-ambulantem Rehabilitationskonzept SIMRE**

*Tatjana Levin; Anne Ostermann; Judith Gartmann;  
Andrea Bökel; Thilo Busche; Christoph Egen*

Medizinische Hochschule Hannover

## **Hintergrund und Zielstellung**

Trotz gesetzlicher Vorgaben (z. B. § 36 SGB IX) bestehen strukturelle Hürden für die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung in der Rehabilitation (BMAS, 2021). Vor allem Menschen mit einer intellektuellen, kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigung steht eine passende Rehabilitation faktisch häufig nicht zur Verfügung, etwa aufgrund fehlender passender Einrichtungen und Angebote (Buschmann-Steinhage et al., 2025; Egen, Beyer, 2022). Vor diesem Hintergrund wurde im Zeitraum von 06/2023 bis 12/2024 die Machbarkeitsstudie SIMRE mit einem mobil-ambulantem Rehabilitationskonzept an der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt (Gartmann et al., 2025). Die über das örtliche MZEB rekrutierten Teilnehmenden erhielten für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen an 3 bis 4 Tagen wöchentlich Einzeltherapien sowohl in der Klinikambulanz als auch in ihrem Sozialraum, also in ihrem Wohnraum, in der Wohngruppe oder am Arbeitsplatz. Physio- und Ergotherapien wurden mit je mind. 60 bzw. 45 Minuten geplant, bei Bedarf verlängert und z. T. als Co-Therapien durchgeführt. Ergänzend wurden Therapien im Bewegungsbad oder an der Kletterwand sowie Beratungsangebote (z. B. Ernährung) ermöglicht.

## **Methoden**

Im Zeitraum von 12/2023 bis 09/2024 wurde mit allen 15 Teilnehmenden am Ende ihrer Projektteilnahme ein qualitatives leitfadengestütztes Face-to-Face-Interview geführt, in dem die Befragten von ihren Erfahrungen mit SIMRE berichteten. Die Interviews wurden transkribiert und pseudonymisiert. Ein Interview konnte nicht transkribiert werden, weswegen das im Anschluss an das Interview entstandene Postscript in die Auswertung einbezogen wurde. Die Auswertung fand nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse von Kuckartz und Rädiker (2022) mit der Software MAXQDA 2024 statt. Das Kategoriensystem wurde deduktiv-induktiv entwickelt. Im Sinne des Serendipity-Prinzips (Kuckartz, Rädiker, 2022) wurden in die Auswertung auch unerwartete, aber für den Kontext relevante Aspekte aufgenommen.

## **Ergebnisse**

Alle Teilnehmenden (8 weiblich, 7 männlich, Alter 20-63 Jahre) gaben eine positive Rückmeldung zu ihrer SIMRE-Teilnahme. Die meisten berichteten von positiven Erfahrungen und dass sie ihre Teilhabeziele (z. B. Gehen oder mit Besteck essen) erreichten. Als ausschlaggebend für die Zielerreichung wurde die Therapiezeit genannt, die ausreichend Raum zum Ankommen, Kennenlernen und für die Übungen bot. Einige Teilnehmende bewerteten Co-Therapien als förderlich, weil mit Unterstützung von zwei Therapeutinnen zunächst Ängste z. B. beim Gehen abgebaut und Sicherheit vermittelt werden konnte. Die Mischung aus ambulanten und mobilen Therapiestunden wurde größtenteils positiv bewertet.

und für die meisten Teilnehmenden als geeignet beschrieben. Begründet wurde dies zum einen mit einer individualisierten Bedarfserhebung und damit bedarfsgerechten Maßnahmenplanung. Zum anderen mit einer guten Integration in den Alltag sowie Abwechslung zum Alltag in der Wohneinrichtung. Aus den Interviews wurde auch deutlich, dass diese Therapieform nicht für alle gleichermaßen geeignet war: Teilnehmende mit eigenem Haushalt berichteten von Mehrbelastung und Erschöpfung und wünschten sich die Möglichkeit einer stationären Rehabilitation, bei der sie sich ohne zusätzliche Alltagsverpflichtungen vollständig auf die Therapie konzentrieren könnten. Kritisiert wurde die Nachhaltigkeit der Intervention. Die Teilnehmenden fühlten sich nach Maßnahmenende teilweise allein gelassen und befürchteten eine Rückkehr zum Zustand vor der SIMRE-Teilnahme.

## **Diskussion und Fazit**

Die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme ist grundsätzlich umsetzbar und scheint für die meisten Teilnehmenden geeignet. Die überwiegend positiven Rückmeldungen belegen, dass die Kombination aus ambulanten und mobilen Therapieeinheiten den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht wird und die Teilhabeziele unterstützt. Besonders die als ausreichend empfundene Therapiezeit und die Möglichkeit zu Co-Therapien scheinen zentrale Erfolgsfaktoren für den Aufbau von Vertrauen und Sicherheit zu sein. Die Rückmeldungen zu fraglicher Nachhaltigkeit verdeutlichen den Bedarf einer Nachsorge. Die Ergebnisse zeigen, dass das Konzept je nach Wohn- und Lebenssituation unterschiedlich gut passt und deshalb ein Baustein sein kann die vorhandene rehabilitative Versorgungslücke zu schließen.

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Rehabilitation individuell in Form (stationär, ambulant, mobil), Inhalt (Therapie- und Beratungsangebote) und zeitlicher Gestaltung geplant werden muss, um die Teilhabeziele der Rehabilitand:innen zu unterstützen.

## **Literatur**

- BMAS (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen.
- Buschmann-Steinhage, R., Schmidt-Ohlemann, M., Steffens, T. (2025): Besondere Bedarfe in der medizinischen Rehabilitation: zuverlässig ermitteln und decken – aktuelle Handlungsoptionen. *Rehabilitation* 2025; 64(5): 255-258.
- Egen, C., Beyer, J. (2022): Rehabilitative Versorgungslücken in Deutschland. Eine kritische Bestandsaufnahme für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. *Das Krankenhaus*, 9: 761–771.
- Gartmann, J., Förster, K., Bökel, A., Busche, T., Egen, C. (2025): Feasibility study of an experimental social space-oriented rehabilitation concept for people with intellectual and/or multiple disabilities: a study protocol. *BMJ Open*, 15(1).
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit



### **Benchmarking in der orthopädischen Rehabilitation nach Kniegelenkersatz mittels Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) – Ergebnisse einer multizentrischen, prospektiven Prä-Post-Studie mit 104 Rehabilitationseinrichtungen**

*Volker Beierlein<sup>1</sup>; Ralf Bürgy<sup>2</sup>; Torsten Kirsch<sup>3</sup>; Johannes Kneißl<sup>4</sup>; Matthias Köhler<sup>3</sup>; Gert Krischak<sup>5</sup>; Gina-Sophie Labahn<sup>6</sup>; Annabelle Neudam<sup>6</sup>; Holger Schulz<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; <sup>2</sup> MediClin; <sup>3</sup> VAMED Care Holding Deutschland; <sup>4</sup> Medical Park SE; <sup>5</sup> Nanz Medico GmbH & Co. KG; <sup>6</sup> 4QD – Qualitätskliniken.de GmbH

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde an einer Stichprobe von 23 ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen ein Verfahren entwickelt und getestet, mit dem die Ergebnisqualität einer orthopädischen Rehabilitation durch Prä-Post-Erhebungen mittels Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) erfasst und risikoadjustiert zwischen Kliniken verglichen werden kann (Qualitätskliniken.de, 2022; Beierlein et al., 2025). Die aktuelle Studie stellt die Ergebnisse der ersten Routineerhebung dar. Untersucht wurden die Indikationen Knie-Totalendoprothese (TEP), Hüft-TEP und chronischer Rückenschmerz. Hier werden exemplarisch die Ergebnisse zur Knie-TEP präsentiert. Die Studie hatte das Ziel, die Ergebnisqualität auf Basis von PROMs in einer multizentrischen Untersuchung mit 104 Rehabilitationseinrichtungen (zusammengefasst zu 77 Auswertungseinheiten) zu erfassen und die Outcomes unadjustiert und risikoadjustiert zu vergleichen.

#### **Methoden**

Zwischen Mai 2023 und Juni 2024 wurden bei Aufnahme und Entlassung vollständige PROMs-Daten von N = 6.419 Patient:innen erhoben: Spezifisch wurde der KOOS-PS (Lyman et al., 2016) eingesetzt, generisch der VR-12 mit dem Physischen und dem Psychischen Summenscore (Buchholz et al., 2021), sowie ergänzend medizinische und soziodemographische Informationen. Zunächst wurden unadjustierte Effektstärken (Cohen's  $d_z$ ) berechnet. Danach erfolgte eine Risikoadjustierung mittels linearer Regressionsmodelle zur Berechnung des erwarteten Outcomes. Es wurden Effektstärken (Cohen's  $d_z$ ) aus den Differenzen zwischen beobachteten Outcomes und Erwartungswerten berechnet und ein Patient-Reported Outcome Quality Index (ProQI) aus den standardisierten Residuen der Regressionen generiert, um Unterschiede zwischen den Einrichtungen anschaulich darzustellen.

#### **Ergebnisse**

Die mittleren unadjustierten Effektstärken betrugen  $d_z = 0,93$  (KOOS-PS; Range: 0,47–2,42),  $d_z = 0,80$  (VR-12 PCS; Range: 0,48–2,11) und  $d_z = 0,46$  (VR-12 MCS; Range: -0,07–0,83). Die Varianzaufklärung der Risikoadjustierungsmodelle lag bei  $R^2 = 0,251$  (KOOS-PS),  $R^2 = 0,212$  (PCS) und  $R^2 = 0,394$  (MCS). Für die Differenzen aus risikoadjustierten

Erwartungswerten und beobachteten Outcomes zeigten sich Effektstärken von  $d_z = -0,55$  bis  $1,03$  (KOOS-PS),  $d_z = -0,33$  bis  $2,15$  (VR-12 PCS) und  $d_z = -0,42$  bis  $0,66$  (VR-12 MCS). Die ProQI-Werte variierten zwischen 57 und 100.

## **Diskussion und Fazit**

In den Skalen der PROMs zeigen sich im Durchschnitt deutliche Verbesserungen der physischen Gesundheit. Die ausgewählten Instrumente sind änderungssensitiv, bilden eine ausreichend hohe Varianz der Effektstärken ab und ermöglichen eine differenzierte Abbildung der Outcomes zwischen Einrichtungen, womit die Eignung von PROMs für risikoadjustierte Vergleiche der Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation mit einer bedeutenden Zahl teilnehmender Kliniken repliziert werden konnte. Die breite Beteiligung legt nahe, dass eine ausreichende Repräsentativität der Outcomes für die Rehabilitation nach Knie-TEP in Deutschland angenommen werden kann. Der ProQI bietet eine einfache transparente Grundlage für ein Public Reporting sowie für patient:innenzentrierte Entscheidungen zur Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung. Zukünftige Studien könnten untersuchen, welche Prozessmerkmale in den Einrichtungen mit überdurchschnittlichen risikoadjustierten Outcomes zusammenhängen. Zudem könnte das Untersuchungskonzept auf weitere Indikationen ausgeweitet werden. Katamnese-Befragungen könnten Hinweise zur Stabilität der erreichten Ergebnisqualität liefern.

## **Take-Home-Message**

Die risikoadjustierte Analyse von PROMs ermöglicht einen transparenten Vergleich der Ergebnisqualität zwischen Reha-Einrichtungen und unterstützt sowohl interne Qualitätssicherung als auch patient:innenzentrierte Versorgungssteuerung.

## **Literatur**

- Beierlein, V., Bürgy, R., Kirsch, T., Kneiß, J., Köhler, M., Krischak, G., Labahn, G.S., Neudam, A., Schulz, H. (2025): Differences in health outcomes of inpatient orthopedic rehabilitation after hip or knee replacement – a prospective pilot study benchmarking 23 rehabilitation facilities using Patient Reported Outcome Measures (PROMs). 2025, Arthroplasty (under review)
- Buchholz, I., Feng, Y.S., Buchholz, M., Kazis, L.E., Kohlmann, T. (2021): Translation and adaptation of the German version of the Veterans Rand-36/12 Item Health Survey. Health Qual Life Outcomes 19(1):137.
- Lyman, S., Lee, Y.-Y., Franklin, P.D., Li, W., Cross, M.B., Padgett, D.E. (2016): Validation of the KOOS, JR: A Short-form Knee Arthroplasty Outcomes Survey. Clinical Orthopaedics and Related Research 474(6):1461-71.
- Qualitätskliniken.de (Hrsg) (2022): Ergebnisbericht Ergebnismessung in der orthopädischen Rehabilitation. 2022; Berlin. Online: <https://www.dasrehaportal.de/media/website/original/63/00/ergebnismessung-orthopaedie-gesamtbericht-dasrehaportal-2024.pdf>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Qualitätskliniken.de

# **Funktionelle Überforderung, Erwartung und Arbeitsfähigkeit als Basis für ein multiparametrisches Reha-Outcome-Score-Modell**

*Bibiane Steinecker-Frohnwieser<sup>1</sup>; Carola Pertinatsch<sup>2</sup>; Bettina Thauerer<sup>1</sup>; Doreen Stöhr<sup>3</sup>; Monika Mustak-Blagusz<sup>3</sup>; Ulrike Ziermann<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Ludwig Boltzmann Institute für Arthritis and Rehabilitation;

<sup>2</sup> Reha-Zentrum Gröbming der Pensionsversicherung; <sup>3</sup> Pensionsversicherung (PV)

## **Hintergrund und Zielstellung**

RehaJET® ist ein von der Pensionsversicherung (PV) entwickeltes Versorgungskonzept im Sinne einer medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation mit dem Ziel, die Wiederherstellung beruflicher Teilhabe und den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben nach Erkrankung zu fördern (Egner et al., 2011). Dabei richtet sich das Heilverfahren RehaJET® primär an Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparats, ein Krankheitsbild, das einen zentralen Versorgungsschwerpunkt darstellt. Im Rahmen des IMBA/ELA Verfahrens (Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten) wurde bei RehaJET®-Patient\*innen ein standardisierter Profilvergleich hinsichtlich beruflicher Anforderung versus Fähigkeit über MARIE plus („Matching Abilities and Requirements to Increase Evidence“) abgebildet (Bühne et al., 2017; Alles et al., 2025). Berufliche funktionelle Überforderung im Abgleich mit beruflichen Anforderungen und individuellen Fähigkeiten werden dabei systematisch erfasst, um Handlungsbedarfe nach Möglichkeit zu identifizieren und gezielte Reha-Maßnahmen abzuleiten. Ziel dieser Untersuchung war es, funktionelle Veränderungen im beruflichen Anforderungs-Fähigkeitsprofilvergleich sowie Veränderungen der Arbeitsfähigkeit (WAI, Work Ability Index) im Verlauf des RehaJET® Programms abzubilden und für Outcome Bewertungen nutzbar zu machen.

## **Methoden**

In dieser retrospektiven Studie wurden 95 Patient\*innen eingeschlossen. Die häufigsten Indikationen waren Kreuzschmerz (M54.5, n=22), gefolgt von Koxarthrose (M16.9, n=9), Zervikalneuralgie (M54.2, n=7) und Gonarthrose (M17.9, n=6) mit klarem muskuloskelettalen Schwerpunkt. Der SIMBO-C wurde zur Beschreibung der Ausgangskohorte hinsichtlich beruflicher Zukunftsausrichtung und Reha-Erwartung herangezogen. Im IMBA-Profilvergleich wurden berufliche Anforderungen den individuellen Fähigkeiten gegenübergestellt. Die aus dem Vergleich Anforderungsprofil/(AP) versus Fähigkeitsprofil/(FP) resultierten Überforderungspunkte/(ÜP) wurden über die Summe negativer Abweichung (Fähigkeit ist niedriger als die Anforderung; sumÜP), der maximalen negativen Abweichung (maxÜP) und der Anzahl überforderter Hauptmerkmalswerte (HM-), welche prä- und postrehabilitativ erhoben wurden, abgebildet. Weiters wurde eine Korrelationsanalyse zwischen ÜPs und Veränderungen der Arbeitsfähigkeit ( $\Delta$ WAI) durchgeführt. Subgruppenanalysen erfolgten nach Zielerreichungsgrad (erreicht, teilweise erreicht).

## **Ergebnisse**

Die Klassifizierung der Patient\*innen Kohorte zu Beginn der Rehabilitation ergab eine klar berufsorientierte Grundhaltung: 87 % gaben an, weiterhin im bisherigen Beruf tätig bleiben zu wollen. 80 % erwarteten sich SEHR, dass in der Rehabilitation ausreichend Zeit für sie zur

Verfügung stehen wird. Nur 29 % rechneten mit Entlastung durch psychologische Betreuung, während 91 % SEHR darauf hofften, dass der Reha-Prozess zur Klärung/Verbesserung ihrer beruflichen Situation beitragen kann. SumÜP reduzierte sich von im Mittel 11,66 auf 7,45 ( $p < 0,001$ ) und maxÜP von 1,96 auf 1,49 ( $p < 0,001$ ) wodurch sich eine klare funktionelle Entlastung gegenüber den beruflichen Zielerfordernissen abbildete. Parallel verbesserte sich die Arbeitsfähigkeit (WAIgesamt) signifikant von 28,62 auf 32,52 ( $\Delta = +3,90$ ;  $p < 0,001$ ). Während die absoluten max/sumÜP-Niveaus (sowohl prä- wie auch post Reha) nicht direkt mit der Höhe der WAI-Verbesserung korrelierten, zeigten sich für die Veränderung der sumÜP ( $\Delta$ sumÜP; Aufnahme versus Entlassung) sowie für die Verbesserung der ÜP auf Hauptebene ( $\Delta$ HM-) negative Korrelationen zu  $\Delta$ WAI ( $r_{\Delta$ sumÜP =  $-0,241$ );  $r_{\Delta$ HM- =  $-0,312$ ). Patient\*innen, die ihr Rehaziel erreichten (75,53 %), zeigten mit einem WAI-Anstieg von 29,49 auf 33,85 ( $\Delta = +4,36$ ;  $p < 0,001$ ) deutlich stärkere Effekte als jene, die ihr Ziel nur teilweise erreichten (25,91 vs. 28,39;  $\Delta = +2,48$ ;  $p = 0,23$ ).

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass eine stärkere Reduktion beruflicher Überforderung im Profilvergleich mit größeren Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit (WAI) assoziiert ist. Damit lässt sich ableiten, dass funktionelle Veränderungen im beruflichen Fähigkeitsprofil einen wesentlichen Erklärungsbeitrag zu den arbeitsfähigkeitsbezogenen Effekten rehabilitativer Maßnahmen leisten. In der Subanalyse wurde sichtbar, dass Patient\*innen, die ihr Rehaziel erreichten, sowohl im WAI als auch in den MARIEplus Parametern deutlich günstigere Verläufe aufwiesen als jene mit nur teilweiser Zielerreichung. Vor diesem Hintergrund erscheint die Entwicklung eines multiparametrischen Outcome-Score-Modells (unter Einbezug von ÜP / sumÜP / maxÜP) als nächster methodischer Schritt. Dieses Modell könnte künftig die Prädiktion des Rehaerfolges klarer, reproduzierbarer und bereits früh im Verlauf nutzbar abbilden und eine verlässlichere Unterscheidung zwischen „good“ und „bad performer“ ermöglichen.

## Take-Home-Message

Die Reduktion beruflicher Überforderung im IMBA-Profilvergleich zeigt einen relevanten Zusammenhang zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit; ein darauf aufbauendes multiparametrisches Outcome-Score-Modell könnte zukünftig Prädiktion und Reha Erfolg verknüpfen.

## Literatur

- Egner, U. et al. (2011): MBOR – Ein Prozessmodell in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 50(3), 143-144. DOI: 10.1055/s-0031-1277170.
- Bühne, D., Alles, T., Hetzel, C., Froböse, I. (2017): Die prognostische Validität des FCE-Verfahrens ELA in beruflich orientierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Rehabilitation. DOI: 10.1055/s-0043-104510.
- Alles, T., Bühne, D. (2025): Softwaregestützter Profilvergleich in der Praxis. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed. DOI: 10.17147/asu-1-470754.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Danksagung: wir danken allen Beteiligten des RehaJET® Programms und insbesondere dem RehaJET® Team für die Unterstützung

# **Medizinisch-Berufliche Orientierung in der orthopädischen Anschlussrehabilitation aus Rehabilitandensicht – Klinikvergleiche MBOR-AHB- und MBOR-R-Studie**

*Rüdiger Nübling<sup>1</sup>; Jürgen Schmidt<sup>1</sup>; Wolfgang Bürger<sup>2</sup>; Udo Kaiser<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG);

<sup>2</sup> fbg Forschung Beratung im Gesundheitswesen

## **Hintergrund und Zielstellung**

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) ist für erwerbstätige Versicherte mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) ein zentrales Behandlungsangebot der Rentenversicherung. MBOR erhöht die Return-to-Work-Quoten (RTW; Bethge, 2017) und hat eine hohe gesundheitsökonomische Bedeutung (Nübling et al., 2025 (in press)). MBOR-Konzepte sind heute in vielen Kliniken Standard, ihre Inhalte sind im MBOR-Anforderungsprofil definiert. Nach wie vor liegen allerdings wenig Informationen darüber vor, wie diese MBOR-Konzepte bei den Rehabilitanden „ankommen“. Hilfreich hierfür sind systematische und repräsentative Befragungen nach einer MBOR-Maßnahme sowie ein Benchmarking von Kliniken. Während die MBOR für die Heilverfahren gut etabliert ist, wird sie für Anschlussrehabilitation (AHB) bislang weitgehend nicht umgesetzt und es liegen noch keine belastbaren Daten zu Bedarf und Umsetzung vor (Kaiser et al., 2025 (in press)).

## **Methoden**

Mit dem MBOR-R wurde ein standardisiertes Instrument zur Einschätzung der MBOR-Ausrichtung von Kliniken aus Sicht der Rehabilitand\*innen in einer Lang- und einer Kurzfassung im vorgelegt, das zur routinemäßigen Erfassung der Qualität des berufsbezogenen Behandlungsangebotes genutzt werden kann (Bürger et al., 2022; Nübling et al., 2022). Erfasst werden u. a. Einschätzungen zur Behandlungsplanung, zu den MBOR-Therapieangeboten, zur Entlassungsvorbereitung oder zur Organisation / Zusammenarbeit im Reha-Team. Die 8-Item-Kurzversion wurde nach der MBOR-R-Studie auch in der MBOR-AHB-Studie (Kaiser et al., 2025 (in press)) drei Monate nach der Reha erhoben, so dass ein Vergleich zwischen den beiden Studien sowie zwischen Heilverfahren und AHB möglich ist.

## **Ergebnisse**

Für die MBOR-R-Studie liegen etwa 10.000 Fragebogen der Kurzversion vor, davon n = 1.814 aus dem Indikationsbereich Orthopädie. Im Rahmen der MBOR-AHB-Studie wurden MBOR-R-Daten drei Monate nach der Reha für n = 989 Rehabilitanden aus drei orthopädischen Kliniken erhoben. Tabelle 1 zeigt einen Stichprobenvergleich der beiden Studien.

Tabelle 1: Merkmale der Ausgangsstichprobe MBOR-AHB-Studie (Phase I; Antwort 3-Monats-Katamnese, nmax = 986) und MBOR-R-Studie (nur Orthopädie, nmax = 1.814)

|                                   | MBOR-AHB<br>(2022) |          | MBOR-R<br>(2017) |          |
|-----------------------------------|--------------------|----------|------------------|----------|
|                                   | N                  | %/M/SD   | N                | %/M/SD   |
| <b>Geschlecht</b>                 | 986                |          | 1809             |          |
| weiblich                          | 533                | 54,1     | 1472             | 73,9     |
| <b>Schulabschluss</b>             | 979                |          | 1800             |          |
| Hauptschule                       | 314                | 31,8     | 316              | 17,4     |
| Realschule, mittlere Reife        | 381                | 38,6     | 850              | 46,9     |
| FH-Reife, Abitur                  | 275                | 27,9     | 630              | 34,7     |
| Sonstiges/keinen                  | 11                 | 1,1      | 4                | 0,2      |
| <b>Erwerbstatus vor Reha</b>      | 968                |          | 1802             |          |
| Nicht erwerbstätig                | 21                 | 2,1      | 40               | 2,2      |
| Ungelernter Arbeiter              | 49                 | 5,0      | 48               | 2,7      |
| Facharbeiter, Meister, Polier     | 126                | 12,8     | 133              | 7,4      |
| Angestellter                      | 709                | 71,9     | 1498             | 83,1     |
| Selbstständiger                   | 43                 | 4,45     | 46               | 2,6      |
| Azubi, Beamter, Sonstiges         | 39                 | 3,9      | 36               | 2,1      |
| <b>Alter (M/SD)</b>               | 986                | 56,6/6,4 | 1320             | 56,3/7,0 |
| <b>Reha-Dauer</b> in Tagen (M/SD) | 842                | 22,8/3,7 | 1722             | 23,8/4,4 |

In der MBOR-R-Studie konnten über die in den RSD-Daten enthaltenen Institutionskennnummern (IKNR) n = 24 orthopädische Kliniken / Abteilungen mit einer Mindestzahl von 15 Antwortern (insgesamt n = 696) für Klinikvergleiche herangezogen werden. Abbildung 1 zeigt den Klinik- / Abteilungsvergleich der MBOR-R-Kurzskala in Qualitätspunkten (QP). Für die orthopädische Vergleichsstichprobe der MBOR-R-Studie (n = 1.814) ergibt sich ein mittlerer Wert von 38,6 QP (SD = 23,6) bei einem Range von 33,3 bis 57,4. Hervorgehoben sind die Mittelwerte der drei Projektkliniken der MBOR-AHB-Studie sowie die der Teilstichproben AHB und HV der MBOR-R-Studie. Hierbei wird deutlich, dass die drei AHB-Projektkliniken alle über dem Gesamtmittel der MBOR-R-Studie und sehr deutlich über dem Mittelwert für AHB (M = 33,4) liegen.

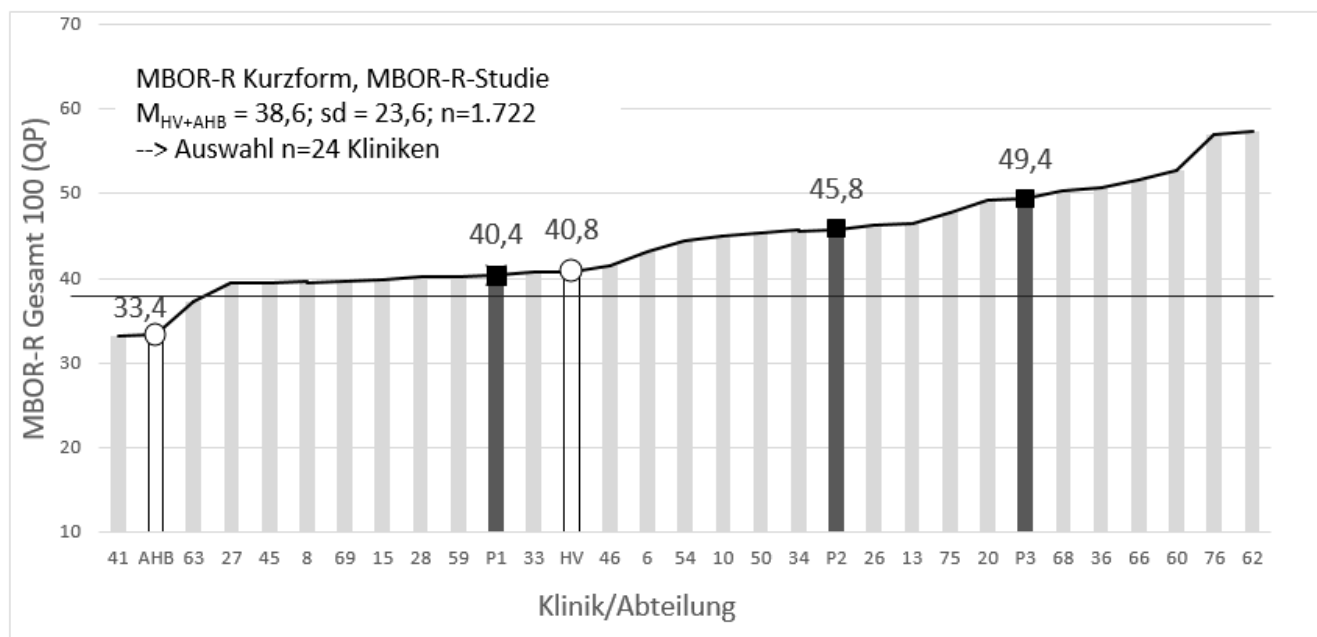


Abbildung 1: MBOR-R Kurzform – Mittelwerte in Qualitätspunkten (QP); Kliniken MBOR-R-Studie nur Orthopädie, Vergleich mit Projektkliniken (P1, n=433; P2, n=286; P3, n=250; dunkle Säulen) MBOR-AHB-Studie Phase I (n=969), Rangfolge Werte in QP; AHB (n = 500) und Heilverfahren (HV; n = 1.222) in MBOR-R-Studie (weiße Säulen)

## **Diskussion und Fazit**

Der MBOR-R kann als Instrument zur Beurteilung der Umsetzung von MBOR-Konzepten durch Versicherte für Klinikvergleiche im Sinne eines Benchmarkings genutzt werden. Die Ergebnisse (Mittelwerte in Qualitätspunkten) zeigen dabei für die untersuchten Stichproben, dass noch etwas „Luft nach oben“ ist, d.h. die MBOR-Konzepte der Kliniken kommen offensichtlich nur z. T. bei den Versicherten an. Interessanterweise sind die Einschätzungen der Versicherten der drei AHB-Projektkliniken höher als die in der MBOR-R-Studie, in zwei Fällen sogar höher als der Durchschnitt der dort einbezogenen Versicherten mit Heilverfahren.

## **Take-Home-Message**

Die Wahrnehmung der berufsbezogenen Angebote durch die Versicherten ist ein wichtiges Kriterium für den Erfolg der MBOR. Daher kann es von Vorteil für die Weiterentwicklung von MBOR-Konzepten sein, diese in die Routine-Qualitätssicherung in geeigneter Form zu integrieren. Mit der Kurzform des MBOR-R erscheint dies ökonomisch und zielführend möglich zu sein.

## **Literatur**

- Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. In: Rehabilitation 56 (1), S. 14–21. DOI: 10.1055/s-0042-118579.
- Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M. (2022): Fragebogen zur Erfassung der medizinisch-beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R): Querschnittsstudie zum Vergleich der Kurz- und Langversion. In: Die Rehabilitation 61 (3), S. 177–185. DOI: 10.1055/a-1668-7797.
- Kaiser, U., Nübling, R., Schmidt, J., Bürger, W. (2025 (in press)): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der orthopädischen Anschlussrehabilitation: die MBOR-AHB-Studie - Hintergrund, Methodik und erste Ergebnisse. In: Psychosoziale Medizin und Rehabilitation PSMR 38 (132).
- Nübling, R., Bürger, W., Henn, J., Streibelt, M. (2022): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Testmethodische Überprüfung des Fragebogens MBOR-R. In: Präz Rehab 34, S. 1–18. DOI: 10.5414/PRX0566.
- Nübling, R., Kaiser, U., Bürger, W., Schmidt, J., Streibelt, M. (2025 (in press)): Kosten und Nutzen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen. In: Psychosoziale Medizin und Rehabilitation PSMR 38 (132).

Interessenkonflikt: Die Autoren Nübling, Kaiser und Schmidt sind Gesellschafter der GfQG, eines privaten, unabhängigen Forschungsinstituts, das neben Studien zur Rehaforschung u. a. auch kontinuierliche Rehabilitand\*innenbefragungen durchführt sowie MBOR-Entwicklungsmaßnahmen und QS-Instrumente anbietet. Der Autor Bürger ist Gesellschafter der fbg, eines privaten, unabhängigen Forschungsinstituts, das Studien zur Rehaforschung durchführt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Potenzial einer gemeinsamen Skala für patientenberichtete und performanzbasierte körperliche Funktionsmessungen in der Rehabilitation: Eine Multicenter-Studie**

*Gregor Liegl<sup>1</sup>; Audrey Yuki Brinker<sup>1</sup>; Volker Köllner<sup>2</sup>; Ursula Müller-Werdan<sup>1</sup>;  
Frank Buttgereit<sup>1</sup>; Andreas Heißel<sup>3</sup>; Udo Schneider<sup>1</sup>; Volkan Aykac<sup>1</sup>; Felix Fischer<sup>1</sup>;  
Matthias Rose<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow;

<sup>3</sup> Universität Potsdam

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die körperliche Funktion ist ein zentraler Ergebnisparameter in verschiedenen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation. Die Erfassung der Funktionsfähigkeit kann anhand von Selbstberichten (Patient-Reported Outcomes, PROs) oder durch Leistungstests (Performance Outcomes, PerfOs) erfolgen. PROs ermöglichen die effiziente Erfassung eines breiten Spektrums von körperlichen Aktivitäten aus subjektiver Sicht der Befragten, PerfOs hingegen erfassen die körperliche Funktionsfähigkeit anhand standardisierter Testaufgaben (z. B. durch Messung der benötigten Zeit). Obwohl beide Messansätze häufig verwendet werden, gibt es bislang keine Möglichkeit, Ergebnisse von PROs und PerfOs direkt miteinander zu vergleichen. Dies erschwert die Aggregation von Daten und die einheitliche Interpretation von Funktionsmessungen. Aktuelle Studien haben eine hohe Übereinstimmung zwischen PROs und PerfOs gefunden, unter der Voraussetzung, dass beide Messmethoden vergleichbare Inhalte (bestimmte körperliche Aktivitäten) abbilden (Liegl et al., 2022). Auf dieser Grundlage wurde das „Standardizing PF“-Projekt ins Leben gerufen (<https://drks.de/search/en/trial/DRKS00032125>). Das Ziel des Forschungsprojektes war die Entwicklung von Algorithmen, die die Abbildung von selbstberichteten und performanzbasierten Messungen auf einer gemeinsamen Skala ermöglichen.

## **Methoden**

Dieser Beitrag berichtet die Hauptergebnisse des „Standardizing-PF“-Projekts, einer prospektiv geplanten, Multicenter-Querschnitts-Studie. Eingeschlossen wurden Erwachsene aus verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Settings. Als PRO bearbeiteten die Teilnehmenden die 20 Items des PROMIS-PF20a, einem standardisierten Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen körperlichen Funktionsfähigkeit (Liegl et al., 2018). Anschließend absolvierten sie eine PerfO-Testbatterie bestehend aus drei Versionen des Physical Performance Test (PPT) (Reuben & Siu, 1990): PPT-9 (9 Items), PPT-7 (Kurzversion, 7 Items) und mPPT (modifizierte 9-Item-Version). PRO- und PerfO-Daten wurden digital über eine REDCap-basierte Webanwendung erfasst (Harris et al., 2019). Zur Prüfung der messtheoretischen Voraussetzungen für das Linking von PROMIS-PF20a und PPT wurden Item- und Teststatistiken sowie Faktoren- und Korrelationsanalysen herangezogen. Für die Verknüpfung der PPT-Ergebnisse mit der standardisierten PROMIS-PF-T-Skala wurde ein Equiperzentil-Linking-Ansatz gewählt, aus dem Umrechnungstabellen (Crosswalks) zur Überführung von PPT-Skalenwerten in standardisierte PROMIS-PF-T-Scores abgeleitet wurden.



## Ergebnisse

Daten von insgesamt N = 812 Teilnehmenden wurden analysiert (64,6 % Frauen; Medianalter: 65,5 Jahre). Eingeschlossen waren stationäre Patient:innen aus der Geriatrie (n = 226) und Rheumatologie (n = 204), Rehabilitand:innen mit psychokardiologischen Erkrankungen (n = 124) und Post-COVID (n = 77) sowie ältere Personen aus dem Sport-Gesundheitspark Berlin ( $\geq 60$  Jahre; n = 181). Die latente Korrelation zwischen PROMIS-PF20a und PPT war hoch ( $r = 0,89$ ). Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die Eindimensionalität des kombinierten Sets an PRO- und PerFO-Items (CFI = 0,98). In einem Bifaktor-Modell erklärte ein gemeinsamer Faktor 76 % der Gesamtvarianz. Nach dem Equiperzentil-Linking zeigte sich eine gute Übereinstimmung zwischen den PROMIS-PF20a T-Scores und den PPT-basierten T-Scores. Eine Ausnahme bildeten Post-COVID-Patient:innen, die ihre körperliche Funktion systematisch niedriger einschätzten, als es die gezeigte Leistung in der Performanztestung erwarten ließ.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse belegen die Machbarkeit und methodische Robustheit der Abbildung performanzbasierter Funktionsmaße auf der standardisierten PROMIS-PF-T-Skala. Durch das Linking wird eine direkte Vergleichbarkeit von selbstberichteten und leistungsbasierten Ergebnissen ermöglicht. Dies schafft die Grundlage für eine integrierte Bewertung körperlicher Funktion, die sowohl subjektive als auch objektive Aspekte berücksichtigt. Für die medizinische Rehabilitation eröffnet der Linking-Ansatz erhebliche Potenziale: Er erlaubt eine differenzierte, mehrdimensionale Funktionsdiagnostik, stärkt die Aussagekraft von Verlaufs- und Erfolgskontrollen und kann helfen, Diskrepanzen zwischen selbstberichtetem und beobachtetem Funktionsniveau zu erkennen, beispielsweise als Hinweis auf Simulations- oder Aggravationstendenzen bei der Beurteilung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit. Bei Rehabilitand:innen mit Post-COVID ist aufgrund der beobachteten Diskrepanz eine vorsichtige Anwendung und weitere Forschung erforderlich. Zukünftige Arbeiten sollten die Generalisierbarkeit auf weitere Patientengruppen prüfen.

## Take-Home-Message

Eine gemeinsame Skala für patientenberichtete und performanzbasierte Funktionsmaße ermöglicht eine umfassende, valide und differenzierte Bewertung körperlicher Funktion mit hohem Potenzial für die medizinische Rehabilitation.

## Literatur

- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., ... & REDCap Consortium. (2019). The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. *Journal of biomedical informatics*, 95, 103208.
- Liegl, G., Obbarius, A., Rose, M., Fischer, K. I., Stengel, A., Knebel, F., ... Nolte, S. (2022): Frequently used patient-reported outcome measures of general physical function were highly correlated with a multitask performance outcome test battery. *Value in Health*, 25(10), 1752-1759.
- Liegl, G., Rose, M., Correia, H., Fischer, H.F., Kanlidere, S., Mierke, A., Obbarius, A., Nolte, S. (2018): An initial psychometric evaluation of the German PROMIS v1. 2 physical function item bank in patients with a wide range of health conditions. *Clinical Rehabilitation*, 32(1), 84-93.

Reuben, D.B., Siu, A.L. (1990): An objective measure of physical function of elderly outpatients: the Physical Performance Test. Journal of the American Geriatrics Society, 38(10), 1105-1112.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

## **Unterscheiden sich erwerbstätige orthopädische Rehabilitanden in Heilverfahren (HV) und Abschlussheilbehandlung (AHB)?**

*Jürgen Schmidt; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling*

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG)

### **Hintergrund und Zielstellung**

In der stationären medizinischen Rehabilitation werden in Deutschland zwei zentrale Behandlungsformen unterschieden: das Heilverfahren (HV) und die Anschlussheilbehandlung (AHB). Beide verfolgen das Ziel, die Erwerbs- und Teilhabefähigkeit wiederherzustellen, unterscheiden sich jedoch in Organisation, Zeitpunkt und Zugang. Im Versorgungsalltag kursieren stereotype Annahmen über zum Teil deutliche Unterschiede zwischen HV- und AHB-Rehabilitand\*innen. Empirisch ist jedoch wenig evaluiert, inwieweit solche Unterschiede tatsächlich bestehen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß sich erwerbstätige orthopädische Rehabilitand\*innen in HV und AHB in sozialmedizinischen und gesundheitsbezogenen Eingangsmerkmalen unterscheiden.

### **Methoden**

Die Studie basiert auf Sekundäranalysen von zwei voneinander unabhängigen Datensätzen:

1. Routine-Rehabilitand\*innenbefragung (N = 21.514, 21 orthopädischen Kliniken / Fachabteilungen im Jahr 2024; Schmidt et al., 2024)
2. Requamo-II-Studie (N = 2.981, 25 orthopädischen Kliniken / Fachabteilungen, multi-zentrische Beobachtungsstudie mit RSD-Verknüpfung; Nübling et al., 2021)

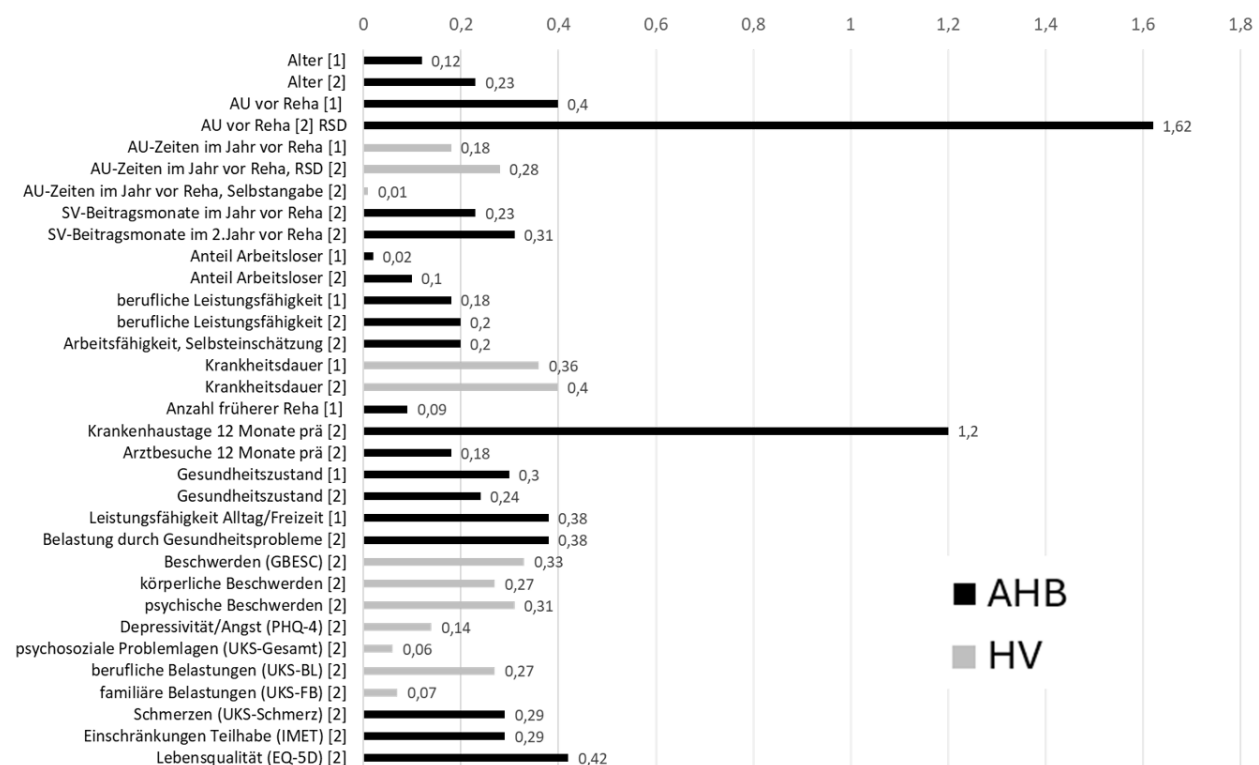
Beide Stichproben umfassen ausschließlich Erwerbspersonen. Verglichen werden Alter, sozialmedizinische Indikatoren (z. B. AU-Zeiten, SV-Beitragszahlungen, Arbeitslosigkeit) und gesundheitsbezogene Variablen (z. B. Gesundheitszustand, Beschwerden, Einschränkungen der Teilhabe, Lebensqualität). In beiden Studien liegen quasi-indirekte Veränderungsmessungen zugrunde. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv und inferenzstatistisch. Ermittelt wurde für jeden Vergleich die Effektstärke  $d$  des Unterschieds (Cohen, 1992). Im Falle von Chi<sup>2</sup>-Tests wurden die ermittelten Cramer's-V-Werte in  $d$  transformiert.

### **Ergebnisse**

In beiden Sekundäranalysen zeigt sich ein weitgehend konsistentes Bild: Abbildung 1 veranschaulicht am Beispiel von 33 Vergleichen, dass zwischen HV- und AHB-Rehabilitanden

zwar fast durchgängig statistisch signifikante Unterschiede bestehen, dass diese allerdings zumeist eine geringe Effektstärke ( $d < 0,4$ ) aufweisen.

- Die deutlichsten Unterschiede mit Effektstärken  $> 1,0$  können erwartungsgemäß bezüglich „Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vor der Reha“ und „Anzahl der Krankenhaustage im Jahr vor der Reha“ beobachtet werden.
- AHB-Rehabilitand\*innen sind im Schnitt etwas älter.
- HV-Rehabilitand\*innen weisen im Jahr vor der Reha zumeist längere AU-Zeiten auf.
- HV-Rehabilitand\*innen berichten im Durchschnitt eine etwas längere Krankheitsdauer.
- HV-Rehabilitand\*innen zeigen im Schnitt eine etwas stärkere Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Beschwerden.
- Kein bedeutsamer Unterschied zeigt sich insgesamt beim Screening psychosozialer Problemlagen (UKS-Gesamtwert) und hinsichtlich familiärer Belastungen (UKS-Teilskala). Unterschiede liegen jedoch hinsichtlich der Wahrnehmung beruflicher Belastungen (höhere Werte bei HV) und der Belastung durch Schmerzen vor (höhere Werte bei AHB).
- AHB-Rehabilitand\*innen weisen eine vergleichsweise geringere Lebensqualität (EQ-5D) und mehr Einschränkungen der Teilhabe (IMET) auf.



Legende - Zur Einschätzung der Bedeutung der ermittelten Unterschiede wurde einheitlich die d-Statistik von Cohen verwendet:  $< .01$  = kein Effekt,  $d < .20$  = sehr schwacher Effekt,  $d < .50$  = schwacher Effekt,  $d < .80$  = mittlerer Effekt,  $d > .80$  = starker Effekt,  $d > 1,2$  = sehr starker Effekt. Die einzelnen Balken sind farblich markiert, je nachdem, ob bei der Gruppe HV (grau) oder bei AHB (schwarz) die ungünstigere Merkmalsausprägung (z. B. geringere Lebensqualität) vorliegt. [1] = Routine-Befragung, [2] Requamo-II-Studie.

Abbildung 1: Effektstärken des Unterschieds bei 33 Vergleichen

Unter Verwendung einer nachgebildeten SIMBO-Skala (vgl. Nübling et al., 2020) ergeben sich beim MBOR-Screening deutliche Hinweise darauf, dass sowohl bei HV- als auch bei AHB-Rehabilitand\*innen ein beträchtlicher MBOR-Bedarf vorliegt. Eher überraschend kann bei der

AHB-Gruppe ein höherer SIMBO-Mittelwert (33,1 Punkte) als bei der HV-Gruppe (23,1 Punkte) beobachtet werden. Abbildung 2 verdeutlicht weiterhin, dass die Anteile „deutliche BBPL“ (> 50 Punkte) in beiden Gruppen vergleichbar sind, bezüglich der Anteile „leichte BBPL“ (30 – 49 Punkte) und „unauffällig“ (< 30 Punkte) jedoch Gruppenunterschiede vorliegen.

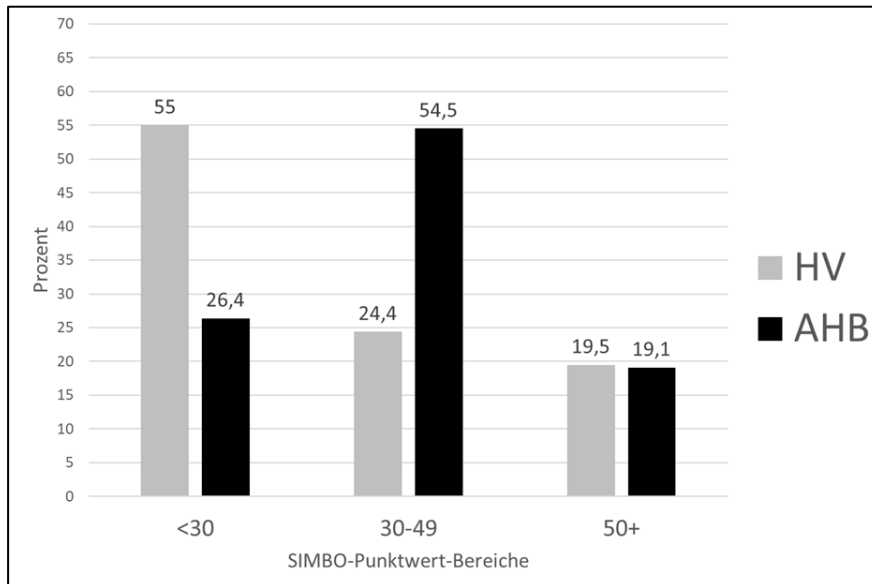


Abbildung 2: Relative Anteile von Rehabilitand\*innen mit unauffälligen, leicht auffälligem und deutlich auffälligen Werten im SIMBO-Screening (Requamo-II)

## Diskussion und Fazit

In der Gesamtschau ergeben die Sekundäranalysen, dass Unterschiede zwischen HV und AHB zwar zumeist statistisch signifikant, praktisch aber eher gering sind. Die Befunde widersprechen der verbreiteten Annahme, dass HV- und AHB-Rehabilitand\*innen zwei klar voneinander getrennte Gruppen mit unterschiedlichem Risikoprofil darstellen. Auch bei AHB-Rehabilitand\*innen ist ein deutlicher Bedarf für medizinisch-beruflich orientierten Angebote (MBOR) erkennbar. Entscheidend für die Zuweisung zu spezifischen Reha-Maßnahmen ist daher nicht die Reha-Form, sondern eine individuelle Bedarfsfeststellung, die psychosoziale, gesundheitliche und berufliche Dimensionen gleichermaßen berücksichtigt

## Take-Home-Message

Die Reha-Form (HV vs. AHB) ist kein verlässlicher Indikator für psychosoziale oder berufliche Problemlagen – individuelle Assessments bleiben entscheidend.

## Literatur

- Cohen, J. (1992): A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112,1, 155-159
- Nübling, R., Henn, J., Kaiser, U. et al. (2020): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden – Ergebnisse der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 112, 42-58.
- Nübling, R., Schmidt, J., Kaiser, U. et al. (2021): Outcome medizinischer Rehabilitation – Ergebnisse der Requamo-II-Studie. *Prävention & Rehabilitation*, 33, 48–65.

Schmidt. J., Nübling. R., Kaiser. U. et al. (2024): Behandlungs- oder Hotelqualität- was bestimmt stärker Reha-Zufriedenheit und subjektiven Behandlungserfolg in der Psychosomatischen Rehabilitation? Psychother Psych Med, 75 (02), 57-66.

Streibelt, M. (2018): Identifikation besonderer beruflichen Problemlagen mittels des Screening-Instrumentes SIMBO. Eine Synopse von vier Kohortenstudien. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 28 (05), 264-274.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

### Das Adjustierungsverfahren der Rehabilitand\*innenbefragung der Deutschen Rentenversicherung

*Dmytro Ivasiuk; Bernhard Luther; Johannes Falk; Robert Simon; Désirée Brand;  
Sandra Lukanek; Petra Payne; Christian Tasso Braun*

Deutsche Rentenversicherung Bund

#### Hintergrund und Zielstellung

Die Rehabilitand\*innenbefragung ist ein zentraler Baustein der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Durch kontinuierliche Erhebungen werden die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit verschiedenen Aspekten der Rehabilitation sowie die subjektive Besserung der krankheitsbedingten Beschwerden erfasst. Die Ergebnisse werden in Form von fachabteilungsbezogenen QS-Berichten (Reha-Qualitätssicherung) an die federführenden Rentenversicherungsträger der Deutsche Rentenversicherung und Reha-Fachabteilungen zurückgemeldet.

Um einen fairen Vergleich zwischen den Fachabteilungen zu ermöglichen, ist eine Adjustierung der Ergebnisse für vorbestehende ergebnisrelevante Merkmale erforderlich. Das heißt, die Ergebnisse werden um den Einfluss von Merkmalen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereinigt („Fallmix-Adjustierung“), die zu unterschiedlichen Bewertungen führen können (z. B. Bildung, Geschlecht, Alter) und auf welche die Fachabteilungen keinen Einfluss haben. Das Projekt "Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1)" (Dannenmaier, 2019) wurde initiiert, um beispielsweise Veränderungen in der Versichertenstruktur und im Antragsverhalten bei der Adjustierung in der Rehabilitand\*innenbefragung besser zu berücksichtigen und ggf. eine Ausweitung auf andere Indikations- und Versorgungsbereiche zu prüfen (Gregorkiewicz et al., 2019).

In dem vorliegenden Beitrag sollen die wichtigsten Projektergebnisse vorgestellt werden. Seit 2022 findet das neue Adjustierungsverfahren im Rahmen der routinehaften QS-Berichterstattung der Rehabilitand\*innenbefragung Anwendung. Der Vortrag greift die bisher gewonnenen Erfahrungen aus der Auswertungsroutine auf.

#### Methoden

Die Analysen im Rahmen des oben genannten Projektes basierten auf Daten aus der Rehabilitand\*innenbefragung 2015 (N=114.056) und wurden mit routinemäßig erhobenen Daten der Rentenversicherung verknüpft. Fehlende Werte wurden mittels EM-Algorithmus (Erwartungs-Maximierungs-Algorithmus) zehnfach imputiert. Als Zielgrößen wurden die Zufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg betrachtet.

Ein zusätzlicher Schwerpunkt lag auf der Implementierung von Mehrebenen-Modellen mit zwei Ebenen (Ebene 1: Rehabilitand\*innen, Ebene 2: Fachabteilungen). Diese Modelle wurden mit konventionellen Kovarianzanalysen verglichen. Die Modellselektion erfolgte mittels Backward-Elimination bei einem Signifikanzniveau von 5 %.

Geprüfte Einflussgrößen auf der Ebene der Rehabilitand\*innen umfassten unter anderem: Anzahl und Art der Beschwerden, Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit vor der Rehabilitation, soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Muttersprache, Partnerschaft), Arbeitsunfähigkeitszeiten, berufliche Stellung, Diagnosegruppen sowie Merkmale des Rehabilitationsprozesses. Auf Fachabteilungsebene wurden Aggregate wie durchschnittliches Alter, Geschlechterverteilung, AHB-Anteil und Diagnosegruppenanteile berücksichtigt.

## **Ergebnisse**

Am Beispiel der orthopädischen Rehabilitation (N=33.144) zeigten sich sowohl im Mehrebenen-Modell als auch in der Kovarianzanalyse ähnliche Haupteffekte. Hinsichtlich der Zufriedenheit waren Rehabilitand\*innen mit höherem Schulabschluss zufriedener, ebenso Männer im Vergleich zu Frauen und Rehabilitand\*innen aus neuen Bundesländern. Ein Rentenanspruch wirkte sich deutlich negativ auf die Zufriedenheit aus (-6,1 Qualitätspunkte).

Beim subjektiven Behandlungserfolg zeigte sich ein positiver Effekt höherer Bildung (Abitur: +9,11 Qualitätspunkte vs. Hauptschulabschluss) und kürzerer Arbeitsunfähigkeitszeiten. TEP-Rehabilitand\*innen schätzten den Erfolg höher ein (+4,31 Qualitätspunkte), während ein Rentenanspruch mit einem deutlich geringeren subjektiven Erfolg assoziiert war (- 17,82 Qualitätspunkte).

Das Mehrebenen-Modell offenbarte zusätzliche Fachabteilungseffekte. Bei der Zufriedenheit zeigte sich ein "gegenläufiger" Geschlechtseffekt: Während männliche Rehabilitanden individuell zufriedener waren, wirkte sich ein höherer Männeranteil auf Fachabteilungsebene negativ aus (-4,28 bei 100 %). Auch ein höheres Durchschnittsalter in der jeweiligen Fachabteilung senkte die Zufriedenheit (-0,37 pro Jahr).

Die Modellvalidierung mittels 100 Bootstrap-Stichproben bestätigte die Stabilität der Effekte. Die Korrelation zwischen vorhergesagter und beobachteter Zufriedenheit war im Mehrebenen-Modell deutlich höher ( $r=0,3353$ ) als bei der Kovarianzanalyse ( $r=0,2406$ ). Auch beim subjektiven Behandlungserfolg zeigte sich eine bessere Modellanpassung (Mehrebenen-Modell:  $r=0,4067$  vs. Kovarianzanalyse:  $r=0,3776$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Implementierung von Mehrebenen-Modellen ermöglicht eine präzisere Adjustierung der Rehabilitand\*innenbefragung. Durch die zusätzliche Berücksichtigung von Fachabteilungsmerkmalen können Effekte differenzierter analysiert werden, was zu einer gerechteren Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen führt. Die bessere Modellanpassung rechtfertigt den höheren methodischen Aufwand. Das entwickelte Verfahren kann zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation beitragen und sollte auf andere Indikationsgruppen ausgeweitet werden.

## **Take-Home-Message**

Das überarbeitete Adjustierungsverfahren patientenberichteter Endpunkte in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener hat das bisherige Verfahren verbessert und sorgt somit seit seiner Umsetzung in der QS-Routine für faire Fachabteilungsvergleiche.

## Literatur

- Gregorkiewicz, A., Sägebarth, M., Ostholt-Corsten, M. (2019): Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung. RVaktuell 66(11/12/2019): 263–265.
- Dannenmaier, J. (2019): Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO- 1) – Methodenpapier. Veröffentlicht unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_rehabilitandenbefragung/RB\\_neue\\_Adjustierung\\_Methodenpapier.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehabilitandenbefragung/RB_neue_Adjustierung_Methodenpapier.html) (Zugriff am 03.11.2025)

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Die Covid-19-Pandemie im Spiegel der KTL-Daten

*Rainer Kaluscha<sup>1</sup>; Markus Thiede<sup>2</sup>; Johannes Schmidt<sup>1</sup>; Nadine Schmidt<sup>2</sup>; Hannah Haacke<sup>2</sup>; Anke Mitschele<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm);

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## Hintergrund und Zielstellung

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ist eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung in der Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung 2015). Sie soll eine differenzierte Darstellung des therapeutischen Geschehens in den Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen. Nach Ende der Corona-Pandemie stellt sich die Frage, ob die nach KTL dokumentierte Therapie die Auswirkungen der Pandemie abbilden kann und wie sich diese ggfs. in den Daten widerspiegeln.

## Methoden

Betrachtet wurden anonymisierte Therapiedaten aus den Jahren 2019 bis einschließlich 2022. Diese vier Jahre wurden in die folgenden Zeiträume eingeteilt:

- Vor 15.03.2020: Vor Corona
- 15.03.2020 bis 04.05.2020: 1. Lockdown
- 04.05.2020 bis 02.11.2020: Kein Lockdown
- 02.11.2020 bis 16.12.2020: Lockdown light
- 16.12.2020 bis 01.03.2021: 2. Lockdown
- 01.03.2021 bis 23.08.2021: Kein Lockdown
- Ab 23.08.2021: „3G“-Zeit (Gültigkeit „3G“-Regel: geimpft oder genesen oder getestet)

Im gesamten Zeitraum konnten 3.613.412 Rehabilitationsmaßnahmen mit 91.530.887 therapeutischen Leistungen betrachtet werden. Damit konnten die Zeiträume auf



Auffälligkeiten in den Daten hinsichtlich Anzahl und Dauer von Rehamaßnahmen und einzelnen therapeutischen Leistungen untersucht werden.

## Ergebnisse

Bei Betrachtung der durchschnittlichen täglichen Therapiedauer in Abbildung 1 fällt auf, dass diese im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 um 20 Minuten von 159 auf 139 Minuten gesunken ist. Anschließend erfolgte wieder eine fast stetige Erhöhung der Behandlungszeit bis hin zu 155 Minuten in der „3G“-Zeit. Wie in Abbildung 2 ersichtlich wird, betrifft das Absinken der Behandlungsdauer nicht alle KTL-Kapitel gleichermaßen der Fall. Während die Behandlungsdauern in Kapitel C (Information, Motivation, Schulung) und Kapitel L (Rekreationstherapie) im Lockdown I um ca. 20 – 25 Prozentpunkte abfallen, ist in den Kapiteln K (Physikalische Therapie) und G (Psychotherapie) sogar eine zeitweise Steigerung der Behandlungsdauern zu beobachten.

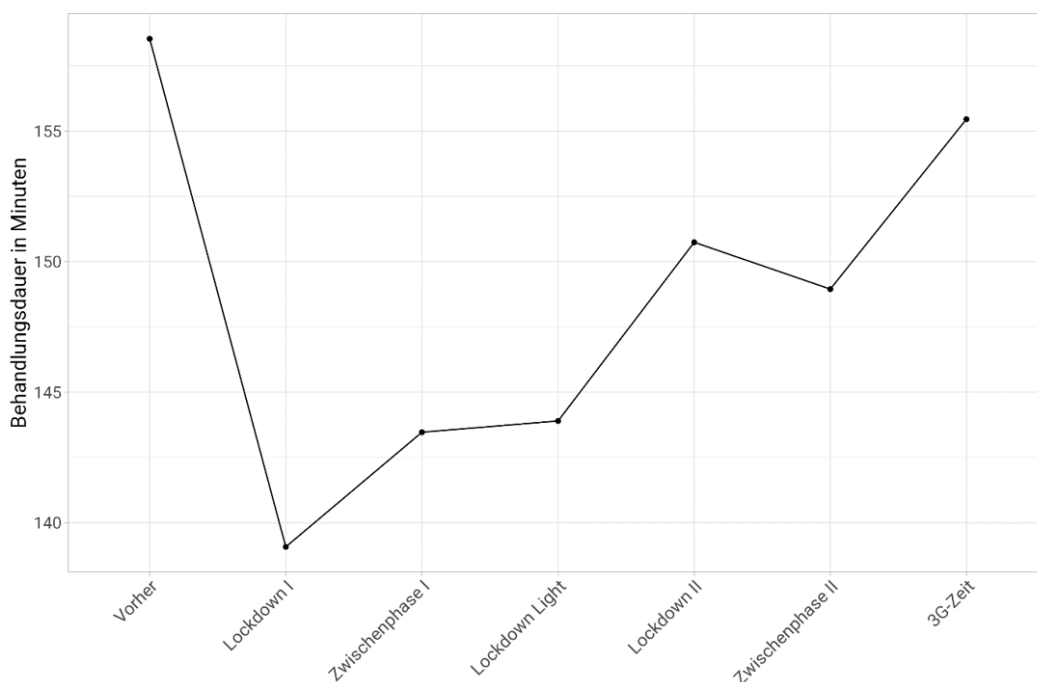


Abbildung 1: Durchschnittliche Behandlungsdauer pro Rehatag in Minuten.

Eine weitere Auffälligkeit ist beim Anteil der Anschlussheilbehandlungen an der Gesamtanzahl der Rehabilitationsmaßnahmen zu erkennen. Deren Anteil war im ersten Lockdown deutlich größer, als es in den restlichen Zeiträumen der Fall war. Während der Anteil vor der Corona Pandemie bei 35,4 % lag, stieg dieser Wert im ersten Lockdown auf 54,8 % an. Schon nach dem ersten Lockdown sank er wieder auf 36,9 % und zeigte seitdem keine auffälligen Veränderungen mehr.

## Diskussion und Fazit

Die durchschnittliche Behandlungsdauer pro Rehatag (einschließlich Wochenenden und Feiertage) sank mit Beginn der Corona-Pandemie zunächst deutlich ab, um sich dann wieder stetig zu erholen.

Diese Entwicklung kann unter Betrachtung der Behandlungsdauern der einzelnen KTL-Kapitel und den Gruppengrößen der darin enthaltenen Leistungen in Teilen nachvollzogen werden. Die Kapitel L und C bestehen zum größten Teil aus Gruppen-

angeboten, die unter den Bedingungen der Corona-Pandemie (Abstandsregeln) nicht wie gewohnt durchgeführt werden konnten. Dagegen enthält das Kapitel K fast ausschließlich Einzeltherapien, die auch unter den Pandemiebedingungen weiter durchgeführt werden konnten.

Der deutliche Unterschied im Anteil der Anschlussheilbehandlungen zeigt die Umsetzung der Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung. So wurde in Rundschreiben 10/2020 vom 17. März 2020 explizit darauf hingewiesen, dass die Anschlussheilbehandlung ein elementarer Teil der Behandlungskette ist, der weder ausgesetzt noch aufgeschoben werden kann, während andere Reha-Maßnahmen einstweilen verschoben werden sollten. Erst im Rundschreiben Nr. 29/2020 vom 11.05.2020 wurde dieses Vorgehen wieder gelockert.

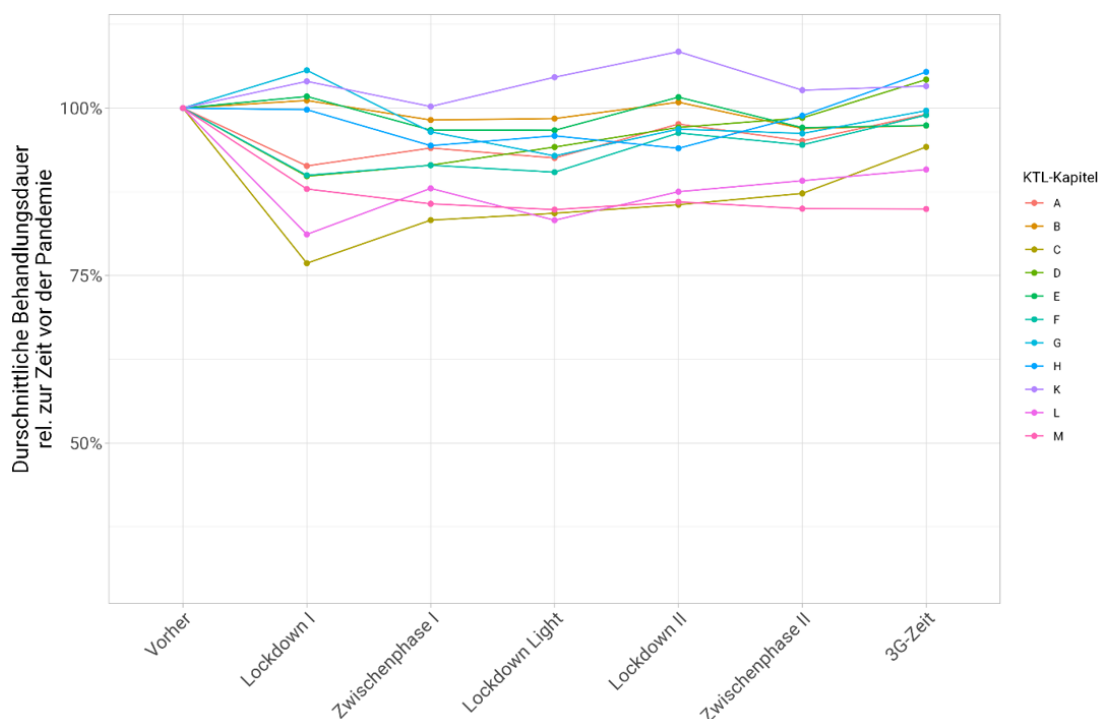


Abbildung 2: Behandlungsdauer pro Rehatag relativ zur Baseline vor der Corona-Pandemie, gruppiert nach KTL-Kapitel

### Take-Home-Message

In den KTL-Daten sind Einflüsse der Covid-19-Pandemie auf das Therapiesgeschehen deutlich zu erkennen.

### Literatur

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2015): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Rundschreiben 10/2020.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Rundschreiben 29/2020.

Interessenkonflikt: Rainer Kaluscha und Johannes Schmidt sind beim Auftragnehmer für die KTL-Überarbeitung (IFR Ulm) beschäftigt; Markus Thiede, Nadine Schmidt, Hannah Haacke und Anke Mitschele bei deren Auftraggeber (DRV Bund).

Förderung: -

# Können Reha-Outcomes über routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren abgebildet werden? Ergebnisse aus dem Projekt SEQUAR

*Urs Fichtner<sup>1</sup>; Vanessa Kaiser<sup>1</sup>; Caroline Schmuker<sup>2</sup>; Christian Günster<sup>2</sup>;  
Erik Farin-Glattacker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Freiburg; <sup>2</sup> Wissenschaftliches Institut der AOK

## Hintergrund und Zielstellung

Die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation dient der externen, einrichtungsvergleichenden Prüfung verschiedener Qualitätsdimensionen von Rehabilitationseinrichtungen zur Gewährleistung qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung (Braun, 2021). In diesem Rahmen werden Indikatoren definiert, die - wie beispielsweise im QS-Reha®-Verfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - mit Fragebögen über mehrere Messzeitpunkte erhoben werden. Dies stellt ein zeit- und kostenintensives Vorgehen dar (BQS, 2021). Um Reduktionspotentiale im administrativen Aufwand dieser Qualitätssicherung zu explorieren, wurden im Rahmen des SEQUAR-Projekts sektorenübergreifende und -spezifische Qualitätsindikatoren aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse abgeleitet und auf ihre Eignung zur Qualitätsmessung im Kontext der orthopädischen Rehabilitation nach Knie- oder Hüftgelenkersatz geprüft (Kaiser et al., 2023). Ziel von SEQUAR war unter anderem, den Zusammenhang von routinedatenbasierten Outcomes und einer über das QS-Reha®-Verfahren hinausgehenden Befragung von Patient\*innen und Behandelnden zu Reha-Outcomes (letztere verstanden als „Best Practice“-Ansatz) zu prüfen. Das SEQUAR-Projekt wurde vom GBA im Rahmen des Innovationsfonds Versorgungsforschung (01VSF21041) gefördert.

## Methoden

Es wurden orthopädische Rehabilitand\*innen nach Knie- oder Hüft-TEP zu vier Messzeitpunkten (zu Beginn (T0) und zum Ende (T1) der Rehabilitationsmaßnahme, sowie drei (T2) und sechs (T3) Monate nach der Reha) schriftlich in  $k=9$  Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland befragt. Als patientenseitig erfasste Reha-Outcomes im Sinne eines „Best-Practice“-Ansatzes wurden Alltagsfunktion (SMFA-D), Funktionsbeeinträchtigung (SMFA-D) und Schmerzen (VAS) erhoben. Weiterhin wurden Gehfähigkeit (6-Minuten-Gehtest), hüftspezifische Einschränkungen (Harris-Hip-Score) sowie kniespezifische Einschränkungen (Knee Society Score) durch medizinische Dokumentationsbögen zu T0 und T1 gemessen. Die Routinedaten-Qualitätsindikatoren wurden auf Basis von Literaturrecherchen hergeleitet und in mehreren Expert\*innen-workshops mit Rehabilitationsmediziner\*innen und einer Schmerzspezialistin konsentiert. Die erhebungs- und routinedatenbasierten Outcomes wurden auf Individualebene (Patient\*innen) und auf Einrichtungsebene (Rehakliniken) auf Zusammenhänge geprüft. Als Kriterium für einen hinreichend hohen Zusammenhang wurde eine statistisch signifikante Korrelation von  $r > 0,50$  festgelegt (Cohen, 1988).

## Ergebnisse

Als routinedatenbasierte Outcomes wurden dauerhafte Schmerzmedikation (in beiden Folgequartalen nach der Reha zu je mind. 20 Daily Defined Doses) sowie die langfristige

Verordnung physiotherapeutischer Behandlungen (eine Verordnung mit Indikation Extremität, mind. 6 Einheiten im 3. oder 4. Folgequartal nach der Reha) identifiziert. Weitere Operationalisierungsvarianten wurden als Kennzahlen berechnet. Diese betrachteten die dauerhafte Schmerzmedikation im 3. und 4. Quartal nach der Rehabilitation sowie spezifisch die Verordnung von Opioiden in beiden Folgequartalen. Ferner diente die kurzfristige Verordnung physiotherapeutischer Behandlungen (eine Verordnung mit mind. 6 Einheiten in beiden Folgequartalen) als Kennzahl. In die Studie konnten insgesamt 501 Patient\*innen mit Hüft- oder Knie-TEP eingeschlossen werden. Je nach betrachtetem Outcome basierte die Analyse auf n=309 bis n=401 Fällen. Nach Alphafehlerkorrektur zeigte sich in beiden Indikationen bei keinem Qualitätsindikator ein signifikanter Zusammenhang von  $r \geq 0,50$ . Die Werte lagen meist zwischen 0,1 und 0,3. Tendenziell war die Korrelation von routinedatenbasiertem Qualitätsindikator und fragebogenerfasstem Outcome zu T3 (6 Monate nach Reha) am höchsten. Die Korrelationen zwischen Kennzahlen und fragebogenerfasstem Outcome waren zu allen Messzeitpunkten höher für langfristige Schmerzmedikation und meist niedriger für die Operationalisierung über Opioide. Für physiotherapeutische Behandlungen wurden keine signifikanten Zusammenhänge mit den patientenseitigen Outcomes gefunden. Auf Einrichtungsebene ergibt sich ein inkonsistentes Bild.

## **Diskussion und Fazit**

Im Forschungsprojekt SEQUAR konnten zwei routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren für eine vergleichende Qualitätsmessung in der orthopädischen Rehabilitation konsentiert werden. Die Ergebnisse deuten zwar in die erwartete Richtung eines positiven Zusammenhangs, liefern aber nicht ausreichend starke Zusammenhänge, um die routinedatenbasierten Qualitätsindikatoren als adäquate Proxy-Variablen für die fragebogenbasierte Outcomemessung zu bewerten. Der Befund, dass die Indikatoren konsistent mit den fragebogenbasierten Outcomes zusammenhängen, deutet aber darauf hin, dass mit ihnen relevante Qualitätsaspekte gemessen werden können, die u. U. die fragebogenbasierten Outcomes ergänzen könnten.

## **Take-Home-Message**

Die aus GKV-Routinedaten ableitbaren Reha-Qualitätsindikatoren („Schmerzmedikation“ und „Physiotherapieverordnungen“ nach der Rehabilitation) ermöglichen zwar keinen Ersatz der fragebogenerfassten Rehabilitationsergebnisse, könnten jedoch aufgrund ihrer inhaltlichen Plausibilität für eine ergänzende Qualitätsmessung von stationären Rehamaßnahmen in der Orthopädie genutzt werden.

## **Literatur**

- BQS, (2021): Gesamtbericht zum QS-Reha-Verfahren (No. 3. Durchlauf 2018-2020). Hamburg.
- Braun, B., (2021): Anspruch und Wirklichkeit von Qualitätssicherung am Beispiel des QS Reha®-Verfahrens für die Rehabilitation und Vorsorge in der GKV. Gesundheits- und Sozialpolitik 75, 64–71.
- Cohen, J., (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2. ed., reprint. ed. Psychology Press, New York, NY.

Kaiser, V., Fichtner, U.A., Schmuker, C., Günster, C., Rau, D., Staab, L., Farin-Glattacker, E., (2023): A cross-sectoral approach to utilizing health claims data for quality assurance in medical reha-bilitation: study protocol of a combined prospective longitudinal and retrospective cohort study. BMC Health Serv Res 23, 1110. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10074-w>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung (§ 92a Absatz 2 Satz 1 SGB V)

## **Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR): Dokumentationsqualität**

*Markus Thiede; Stefan Hollensteiner; Anke Mitschele; Johannes Falk*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Seit Juni 2017 ist die LBR bestand der Abschlussdokumentation beruflicher Bildungsleistungen und wird auf digitalem Weg an die Deutsche Rentenversicherung (DRV) übermittelt.

Erstmals wurde im Juli 2025 ein Qualitätssicherungs- (QS)Bericht über die „Durchgeführten Leistungen in der beruflichen Rehabilitation“ (DLBR) erstellt und an die Rentenversicherungsträger und die Einrichtungen verschickt.

Ein Effekt, der durch diese Auswertungen erwartet wird, ist, neben der transparenten Darstellung erbrachter Leistungen, auch die Verbesserung der Datenqualität.

Dazu gibt es in den einrichtungsbezogenen Auswertungen ein eigenes Kapitel, das den Einrichtungen mögliches Optimierungspotential aufzeigt.

In diesem Beitrag soll die Dokumentationsqualität im Fokus stehen, konkret auf bestimmte Merkmale eingegangen werden und diese vertieft betrachtet werden.

### **Methoden**

Grundlage ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), eine Jahresherhebung über alle abgeschlossenen medizinischen und beruflichen Rehabilitationen eines Kalenderjahres.

Die betrachteten Auswertungen beziehen sich auf die abgeschlossenen Rehabilitationen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) aus dem Jahr 2022.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt sowohl über alle Rehabilitationen als auch getrennt nach den Vergleichsgruppen der DRV Reha-Qualitätssicherung für die berufliche Rehabilitation. Für die Vergleichsgruppen werden Einrichtungen mit ähnlichen Maßnahmenarten zusammengefasst. Für die DLBR konnten für folgende drei Vergleichsgruppen Auswertungen erfolgen: Berufsförderungswerke, Berufliche Trainings-zentren und sonstige Bildungseinrichtungen.

Ausgewertet werden Leistungen aus Einrichtungen welche das Quorum von n=12 abgeschlossenen Maßnahmen im Jahr 2022 erreicht und einen QS-Bericht zu DLBR erhalten haben.

## **Ergebnisse**

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 13.752 LTA-Leistungen beendet, davon gingen 9.177 in die Auswertungen zur DLBR ein. Die ausgewerteten Leistungen umfassen insgesamt 302.531 Leistungsschlüssel.

4.574 (33 %) LTA-Leistungen, die im Geltungsbereich der LBR lagen, konnten nicht ausgewertet werden, da keine LBR-Daten übermittelt wurden.

Alle folgenden Auswertungen beziehen sich auf die 9.177 Rehabilitationen.

Die Dauer der Maßnahmen erstrecken sich von unter einem Monat bis zu mehr als zwei Jahren. Den höchsten Anteil haben dabei Maßnahmen von mehr als einem Monat bis zu einem halben Jahr (42 %) gefolgt von Maßnahmen die ein halbes Jahr bis zu einem Jahr (30 %) gedauert haben. Der Anteil von Rehabilitation mit einer Dauer zwischen einem und zwei Jahren liegt bei 19 %.

Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung aus den jeweiligen Kapiteln der LBR. Es zeigen sich über alle QS-Vergleichsgruppen Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Die Kapitel E (Fortbildung mit geregelter Abschluss) und N (Leistungen bei besonderen Funktionseinschränkungen) werden wenig genutzt und Leistungen aus den Kapiteln A (Kompetenzdiagnostik) und M (Leistungen zur Integrationskompetenz) umfassend. Das Kapitel H (Berufspraktisches Training) wird fast für alle Rehabilitationen im BTZ genutzt (über 80 %). Hingegen werden Leistungen aus den Kapiteln G (Individuelle Förderung in der Qualifizierung) und F (Zusatz-, Anpassungsqualifizierung mit Zertifikat) deutlich weniger verschlüsselt.

Betrachtet man die Maßnahmenarten, für die keine LBR-Daten übermittelt wurden, aber im Geltungsbereich der LBR liegen, dann sind es vor allem Integrationsmaßnahmen mit 40 % (n= 1.839), gefolgt von Weiterbildung und Ausbildung (34 %, n=1.533).

Bei der Auswertung der übermittelten LBR-Daten wurde die übermittelte Dauer pro Leistung mit den Vorgaben zur Minstdauer verglichen. Hier zeigt sich, dass von den 302.531 übermittelten Leistungen 2 % (n= 6.661) die vorgegebenen Minstdauern unterschreiten.

Die Betrachtung der Unterschreitung erfolgt unter zwei Aspekten (siehe Tabelle 1).

Erstens die Leistungen mit Unterschreitung der Minstdauern mit der höchsten Anzahl. Dazu zählen Fallbesprechung im Team, Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen, sonstige Anamnesen, ärztliche Beratung und Erstellen einer fachlichen Einschätzung zu Reha-Bedarf, -Verlauf und Ergebnis. Bei den ersten vier genannten liegt die Abweichung bei jeweils 5 Minuten. Das Erstellen einer fachlichen Einschätzung zu Reha-Bedarf, -Verlauf und - Ergebnis (A290) ist hier hervorzuheben, da in 216 Leistungen anstelle der vorgegebenen Minstdauer von 60 Minuten hier nur 15 Minuten dokumentiert wurden (Unterschreitung von 45 Minuten).

Zweitens die Differenz zwischen Vorgabe der Minstdauer und dokumentierter Dauer. Hier zeigen die Praktika zur Berufserkundung die höchste Differenz. Diese gehen von 350 Minuten

bis 300 Minuten weniger als die Mindestanforderungen. Diese hohen Abweichungen treten aber nur vereinzelt auf.

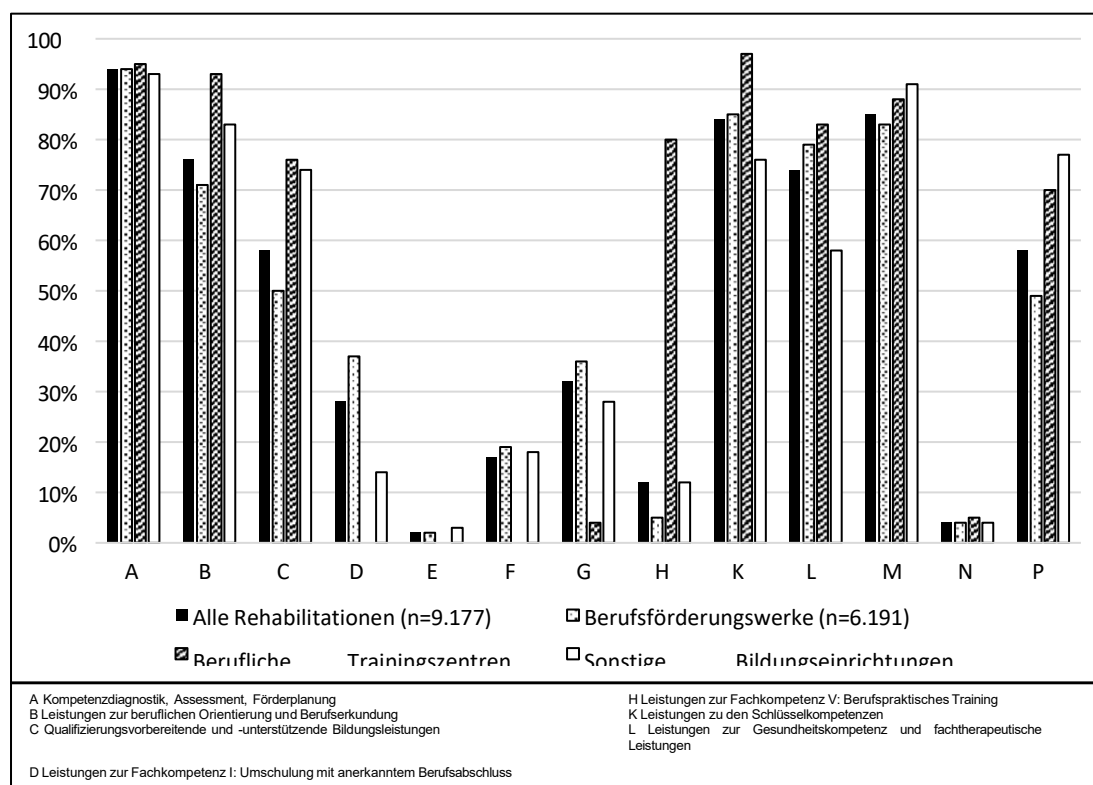


Abbildung 1: Anteil Rehabilitationen mit mind. einer Leistung aus dem entsprechenden LBR-Kapitel nach QS-Verleichsgruppen

Tabelle 1: Darstellung Abweichung zu den Vorgaben der Mindestdauern (alle Rehabilitationen)

| LBR-Code                                                                                | LBR-Bezeichnung                                                                | Vorgabe Mindestdauer in LBR (in Minuten) | Übermittelte Dauer der Leistung (in Minuten) | Abweichung (in Minuten) | Anzahl LBR-Leistungen |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Codes mit der höchsten Anzahl an Abweichungen von der vorgegebenen Mindestdauer</b>  |                                                                                |                                          |                                              |                         |                       |
| A260                                                                                    | Fallbesprechung im Team                                                        | 15                                       | 10                                           | 5                       | 550                   |
| L040                                                                                    | Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen                                        | 15                                       | 10                                           | 5                       | 260                   |
| A060                                                                                    | Sonstige Anamneseerhebung                                                      | 15                                       | 10                                           | 5                       | 249                   |
| L020                                                                                    | Ärztliche Beratung                                                             | 15                                       | 10                                           | 5                       | 223                   |
| A290                                                                                    | Erstellen einer fachlichen Einschätzung zu Reha-Bedarf, -Verlauf und -Ergebnis | 60                                       | 15                                           | 45                      | 216                   |
| <b>Codes mit der höchsten Abweichung (in Minuten) von der vorgegebenen Mindestdauer</b> |                                                                                |                                          |                                              |                         |                       |
| B090                                                                                    | Praktikum zur Berufserkundung                                                  | 360                                      | 10                                           | 350                     | 1                     |
| B090                                                                                    | Praktikum zur Berufserkundung                                                  | 360                                      | 20                                           | 340                     | 3                     |
| B090                                                                                    | Praktikum zur Berufserkundung                                                  | 360                                      | 30                                           | 330                     | 2                     |
| B090                                                                                    | Praktikum zur Berufserkundung                                                  | 360                                      | 45                                           | 315                     | 1                     |
| B090                                                                                    | Praktikum zur Berufserkundung                                                  | 360                                      | 60                                           | 300                     | 8                     |

Quelle: interne Auswertung der Reha-Statistikdatenbasis 2022, eigene Darstellung

## **Diskussion und Fazit**

Die Rückmeldung an die Einrichtungen zu den dokumentierten Leistungen ist ein wichtiger Schritt, um Transparenz zu schaffen. Festgestellt wurde, dass es noch Verbesserungspotentiale hinsichtlich der Dokumentationsqualität gibt. So ist gerade der Anteil von Leistungen im Geltungsbereich der LBR mit fehlenden übermittelten Daten noch ein genauer zu beobachtender Sachverhalt. Die Auswertungen zur LBR sind ein wichtiger Baustein, um Aussagen über das Leistungsspektrum in der beruflichen Rehabilitation tätigen zu können.

## **Take-Home-Message**

Für eine gute Qualitätssicherung bedarf es einer guten Dokumentationsqualität.

## **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2016): LBR – Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation, Ausgabe 2016.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR): Datenqualität der DRV-Routinedaten**

*Christian Hetzel<sup>1</sup>; Tobias Knoop<sup>2</sup>; Nadja Freymüller<sup>2</sup>; Mathis Elling<sup>1</sup>; David Bühne<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln;

<sup>2</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Als Teil der Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2017 die Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR) eingeführt (DRV Bund, 2016). In der Reha-Forschung gibt es einzelne Anwendungsbeispiele mit LBR-Daten, so für sozialarbeiterische Leistungskodes (Knoop et al., 2024) sowie für ein einzelnes Berufsförderungswerk zur Fachdienstnutzung (Koch et al., 2024) und zur beruflichen Wiedereingliederung (Elling et al., 2024). Eine breite Anwendung setzt valide Daten voraus. Nach dem Konzept zur Datenqualität von Kahn (2016) sollen am Beispiel der beruflichen Bildungsleistungen in BFW Konformität, Vollständigkeit und Plausibilität der LBR- Daten analysiert werden.

## **Methoden**

Analysiert wurden Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung von 35.878 Personen, die 2018 bis 2022 eine berufliche Bildungsleistung in BFW beendeten. Zusätzlich stand eine anonymisierte Zuordnung der Personen zum Leistungserbringer zur Verfügung. LBR- Missings sowie LBR-Dauern werden regressionsanalytisch untersucht.



## **Ergebnisse**

Die LBR wird konform zu den strukturellen und inhaltlichen Vorgaben dokumentiert. Über die Jahre wird zwar mehr dokumentiert. Aber aktuell (2022) wird jede vierte Bildungsleistung noch nicht kodiert. Ob kodiert wird oder nicht, hängt vor allem von der Einrichtung ab. Die Dauern insgesamt sowie für die Kapitel L (Gesundheitskompetenz) und M (Integrationskompetenz) streuen zwischen den Berufsförderungswerken deutlich. Zusammenhänge zwischen der LBR-Dauer und ausgewählten Merkmalen der Personen (z. B. Alter) und Rehamaßnahmen (z. B. Maßnahmenende) sind uneindeutig.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse lassen hinsichtlich der Konformität und der Vollständigkeit einen positiven Schluss auf die Datenqualität der LBR zu. Bezüglich der Plausibilität war das Ergebnis zu indifferent. Die Verbindung zu externen Bewertungsmaßstäben sind ausblickend ein nächster Schritt.

## **Take-Home-Message**

Die LBR hat Potenzial für die Reha-Forschung, die Datenqualität ist aber noch heterogen.

## **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): LBR. Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation. Berlin.
- Elling, J. M., Hetzel, C., Koch, A. M., Sewz, G., Bühne, D. (2024): Psychological Service Utilization and its Impact on Return to Work in Vocational Retraining Centers: A Cohort Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
- Kahn, M. G., Callahan, T. J., Barnard, J., Bauck, A. E., Brown, J., Davidson, B. N. et al. (2016): A Harmonized Data Quality Assessment Terminology and Framework for the Secondary Use of Electronic Health Record Data. *EGEMS* (Washington, DC), 4 (1), 1244.
- Knoop, T., Ebene-Holscher, K., Richter, C., Scheiblich, N., Tophoven, S., Meyer-Feil, T. (2024): Zur Validität der Dokumentation sozialarbeiterischer Leistungskodes in der Leistungsklassifikation Berufliche Rehabilitation. *DRV-Schriften Band 130*, 90-92.
- Koch, A. M., Hetzel, C., Elling, J. M., Sewz, G., Zwingmann, C. (2024): Prädiktion der Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung während der beruflichen Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk. *Die Rehabilitation*, 63 (5), 289–297.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Reha-Qualitätssicherung: Von der Theorie in die Praxis auf dem Weg zur besseren Reha**

### **Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Verfahrens für einen Beispielfall aus der Kardiologie**

*Stefanie Martin; Niels Baumann*

Deutsche Rentenversicherung Bund

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Peer Review ist im Gesundheitswesen ein fester Bestandteil einer sinnvollen Qualitätssicherung und eines der zentralen Instrumente der externen Qualitätssicherung der DRV (vgl. erster Beitrag dieser Session). Es bildet die Prozessqualität der medizinischen Rehabilitation ab, die Ergebnisse gehen in die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl ein. Die Stärke des Verfahrens liegt darin, dass eine konkrete Betrachtung des Einzelfalls anhand ärztlicher Expertise erfolgt. Nachfolgend wird anhand einer Beispielfachabteilung aus der Kardiologie vorgestellt, was eine Fachabteilung von den Ergebnissen aus dem Qualitätssicherungsbericht (QS-Bericht) zum Peer Review für ihr internes Qualitätsmanagement ableiten kann.

#### **Methoden**

Die Prozessqualität wird im Peer Review erfasst, indem anonymisierte Reha-Entlassungsberichte begutachtet werden. Dies erfolgt durch erfahrene Chef- oder Oberärztinnen und -ärzte der Reha-Einrichtungen, die für die Tätigkeit geschult wurden (sog. Peers). Grundlage ist eine standardisierte Checkliste (DRV Bund, 2017).

Am Peer Review nehmen alle von der Rentenversicherung federführend belegten Reha-Fachabteilungen teil. Für jede der Fachabteilungen wird eine Zufallsstichprobe von bis zu 18 Fällen gezogen, welche definierte Einschlusskriterien (z. B. stationäre oder ganztägig-ambulante Rehabilitation, mind. 15 Tage Dauer) erfüllt.

Für die Beispielfachabteilung lagen 10 begutachtete Fälle für die Auswertung vor (hier: QS-Bericht 2024). Bewertet wurden relevante Prozessbereiche und -merkmale. Die Peers nehmen dabei eine Mängelbewertung vor (keine, leichte, deutliche oder gravierende Mängel) und vergeben auf Ebene der Prozessbereiche zudem Bewertungspunkte (0/sehr schlecht bis 10/sehr gut). Die Ergebnisse beider Teilaspekte werden zu Qualitätspunkten aggregiert.

#### **Ergebnisse**

In der Gesamtschau bildet sich für die Beispielfachabteilung eine gute Qualität der untersuchten Reha-Prozesse ab: Sie erreichte 79,6 Qualitätspunkte (QP) und liegt damit um drei Qualitätspunkte über dem Mittelwert der kardiologischen Vergleichsgruppe (76,6 QP).

Betrachtet man die im Peer Review bewerteten Prozessbereiche (Tabelle 1), schnitt die Beispielfachabteilung in fast allen Prozessbereichen besser ab als die Vergleichsgruppe,

teilweise sogar deutlich (bspw. im Bereich „Anamnese“ und „Diagnostik“). Lediglich im Bereich „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ blieb sie hinter der Vergleichsgruppe zurück.

Tabelle 1: Ausgewählte Ergebnisse der Beispielfachabteilung in den Prozessbereichen

| Prozessbereich                                       | QP der Fachabteilung | QP der Vergleichsgruppe |
|------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Anamnese                                             | 82,7                 | 75,0                    |
| Diagnostik                                           | 87,0                 | 79,8                    |
| Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis           | 80,8                 | 75,6                    |
| Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise | 77,2                 | 75,2                    |
| Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge               | 78,0                 | 80,7                    |
| Gesamter Reha-Prozess                                | 73,2                 | 72,8                    |
| Peer Review insgesamt                                | 79,6                 | 76,6                    |

Betrachtet man die zugrunde liegenden Mängelbewertungen in den Prozessbereichen, sahen die Peers bei den begutachteten Fällen überwiegend keine oder nur leichte Mängel (ohne Abb.). Bei 10 % der betrachteten Fälle der Fachabteilung wurden deutliche Mängel festgestellt. Mit Blick auf die Bewertungspunkte übertrifft die Beispielfachabteilung in zwei Prozessbereichen („Anamnese“ und „Diagnostik“) den Wert der Vergleichsgruppe, in den anderen Bereichen liegt sie gleichauf oder darunter.

Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse der Beispielfachabteilung in den Prozessmerkmalen

| Prozessmerkmale                                                                                     | Mängelbewertung |         |           |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|-----------|-------------|
|                                                                                                     | keine           | leichte | deutliche | gravierende |
| A.3 Bisherige Diagnostik und Therapie                                                               | 60 %            | 20 %    | 20 %      | -           |
| A.5 Krankheitsverständnis, Informationsstand, Krankheitsverarbeitung                                | 40 %            | 20 %    | 40 %      | -           |
| A.10 Beschreibung des Arbeitsplatzes                                                                | 29 %            | 57 %    | 14 %      | -           |
| C.10 Beurteilung durch Ärztin / Arzt bzw. therapeutisches Personal                                  | 50 %            | 30 %    | 20 %      | -           |
| C.11 Plausibilität der Entlassungsdiagnosen                                                         | 50 %            | 30 %    | 20 %      | -           |
| D.1 Positives qualitatives Leistungsvermögen                                                        | 56 %            | 22 %    | 22 %      | -           |
| D.3 Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens für die letzte sozialvers.-pflichtige Tätigkeit | 50 %            | 25 %    | 13 %      | 13 %        |
| D.4 Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt                | 63 %            | 25 %    | 13 %      | -           |
| D.6 Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung                                            | 33 %            | 44 %    | 22 %      | -           |

Um konkrete Verbesserungsoptionen für die Beispielfachabteilung abzuleiten, empfiehlt sich der Blick auf die Prozessmerkmale, die sich hinter den Prozessbereichen verbergen. Im Prozessbereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung“ haben die Peers bspw. bei dem Merkmal „D.1 Positives qualitatives Leistungsvermögen“ einen Anteil deutlicher Mängel von

22 % festgestellt (Tabelle 2). Bei Merkmal „D.3 Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens für die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit“ sind es je 13 % deutliche bzw. gravierende Mängel. Auch im insgesamt positiv bewerteten Bereich „Anamnese“ lassen sich Ansatzpunkte für Verbesserungen identifizieren, so z. B. mit Blick auf das Merkmal A.5 Krankheitsverständnis und Informationsstand der Rehabilitandin / des Rehabilitanden, Krankheitsverarbeitung“ (40 % deutliche Mängel). Als weitere Punkte lassen sich die Merkmale „C.10 Beurteilung durch Ärztin / Arzt bzw. therapeutisches Personal“ sowie „C.11 Plausibilität der Entlassungsdiagnosen“ (je 20 % deutliche Mängel) benennen.

### **Diskussion und Fazit**

Zusammenfassend betrachtet weist die Beispielfachabteilung gute Ergebnisse im Peer Review auf, mit denen sie über dem Mittelwert der Vergleichsgruppe verortet ist. Dennoch lassen sich bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse Ansatzpunkte für eine weitere Verbesserung aufzeigen. Hierbei empfiehlt sich u. a. der Blick auf die Mängelkategorien. Ursächlich für die angesprochenen deutlichen und gravierenden Mängel sind im Einzelfall meist unplausible oder widersprüchliche Angaben im E-Bericht (z. B. bei Merkmal D.1: positives Leistungsvermögen entspricht nicht dem Zustand des Rehabilitanden, Arbeitsschwere passt nicht zum beruflichen Anforderungsprofil). Auch fehlende Angaben im E-Bericht (z. B. bei Merkmal A.5) können eine Erklärung sein. Was im konkreten Fall zutrifft, kann die Fachabteilung in der Zusammenschau ihrer Ergebnisse, der Erläuterungen im QS-Bericht und der bewerteten Rehabilitationsfälle identifizieren. Auf diese Weise sind zielgerichtete Verbesserungen am Prozess bzw. der Prozessdokumentation möglich.

### **Take-Home-Message**

Im Peer Review wird der Reha-Prozess aus ärztlicher Perspektive beurteilt. Die Ergebnismrückmeldung in Form des QS-Berichtes liefert detaillierte Hinweise, an welchen Stellen des Prozesses die Qualität bereits gut ist und wo Verbesserungen wünschenswert sind.

### **Literatur**

DRV Bund (Hrsg.), 2017: Peer Review – Somatische Indikationen. Berlin (abrufbar unter [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de) > Peer Review-Verfahren)

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

## **Förderung: Der Parameter Qualität – Erläuterung eines Berichts im Kontext von Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität**

*Anne-Katrin Puschmann; Matthias Wichmann; Anne Gael Manegueu; Katarzyna Kowalska;  
Jens Hartmann; Johannes Falk; Alissia Seibert*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Seit Juli 2023 ist die neue qualitätsorientierte Belegungssteuerung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) in Kraft (Weinbrenner et al., 2022). Damit werden die Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität noch stärker als bisher zu zentralen Faktoren für die Belegung von Rehakliniken durch die DRV. Umso wichtiger ist es für Reha-Einrichtungen, die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (QS) durch ein Monitoring zu verfolgen.

Mehrmals im Jahr erhalten alle von der DRV belegten Reha-Fachabteilungen den Bericht zum Parameter Qualität. Der Parameter Qualität ist eine Kennzahl, die sich aus aggregierten Indikatoren der wichtigsten QS-Instrumente zusammensetzt. Er fließt mit einem Gewicht von 0,5 in die Belegungssteuerung ein und wird regelmäßig aktualisiert. Die Ergebnisse aller Reha-Fachabteilungen werden im Webportal „Meine Rehabilitation“ veröffentlicht, womit die Versicherten bei der informierten Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts unterstützt werden.

Ziel dieses Beitrages ist es, den Parameter Qualität am Beispiel einer Fachabteilung aus der Kardiologie darzustellen und einzelne für die Fachabteilungen relevante Aspekte zu erläutern. In weiteren Beiträgen dieser Session werden die einzelnen Qualitätsindikatoren (QI) anhand derselben Beispiel-Fachabteilung detaillierter betrachtet.

### **Methoden**

Der Parameter Qualität wird derzeit als Durchschnittswert der Ergebnisse der fünf QI Zufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg (aus der Rehabilitand\*innenbefragung), Peer Review, Therapeutische Versorgung und Reha-Therapiestandards gebildet. Er kann Werte von 0 bis 100 Qualitätspunkten (QP) annehmen, wobei 100 QP das Qualitätsoptimum darstellen.

Der Bericht enthält neben dem Parameter Qualität der Fachabteilung auch die Qualitätspunkte der Indikatoren, die in die Berechnung eingeflossen sind. Diese können ebenfalls Werte von 0 bis 100 QP annehmen. Enthalten sind außerdem die Mittelwerte der jeweiligen Vergleichsgruppe der Fachabteilung. Eine Vergleichsgruppe setzt sich aus den Qualitätsergebnissen aller Fachabteilungen der gleichen Indikationsgruppe (z. B. Kardiologie) zusammen und wird pro QI gebildet. Der Fachabteilung wird damit ermöglicht, die Ausprägung ihrer Qualität im Vergleich zu indikationsgleichen Fachabteilungen einzuordnen. Weiterführende detaillierte Informationen zu den für die Fachabteilung relevanten inhaltlichen Aspekten der QI finden sich in den jeweiligen QS-Berichten.

Ein weiterer Indikator der externen Qualitätssicherung ist der Sozialmedizinische Verlauf (SMV), der Informationen über die Wiedereingliederung in das Berufsleben in der Zeit nach der Rehabilitation liefert.

## **Ergebnisse**

Für die betrachtete Beispiel-Fachabteilung ergibt sich ein Parameter Qualität von 86,2 QP. Damit liegt sie über dem Mittelwert der Vergleichsgruppe Kardiologie (MWVG= 82,6 QP). Der Bericht zum Parameter Qualität enthält Informationen zu den Werten der zugrunde liegenden QI sowie die jeweiligen Vergleichsgruppenmittelwerte.

Im Bericht der Beispiel-Fachabteilung wird deutlich, dass auch die Werte aller fünf QI über den Werten der Vergleichsgruppe Kardiologie liegen. Damit geht die Fachabteilung mit einem höheren Parameter Qualität in die Belegungssteuerung ein als andere kardiologische Fachabteilungen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen die Aussagekraft des Parameters Qualität auf mehreren Ebenen. Die Fachabteilung erhält einerseits Informationen darüber, mit welcher Gesamt-Qualität sie im Vergleich zu indikationsgleichen Fachabteilungen in der Belegungssteuerung berücksichtigt wird. Andererseits werden ihr die verwendeten Daten über eine zusammenfassende Darstellung ihrer Qualitätsergebnisse transparent gemacht. Über die Detailinformationen in den QS-Berichten der einzelnen Indikatoren hat die Fachabteilung zugleich die Möglichkeit, Stärken zu erkennen und Defizite gezielt auf den Grund zu gehen, um gegebenenfalls konkrete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Der Parameter Qualität wird seit nahezu drei Jahren routinemäßig in der qualitätsorientierten Belegungssteuerung eingesetzt. Er wird kontinuierlich weiterentwickelt, um weitere Facetten der Reha-Qualitätssicherung abzubilden.

Als für alle Akteure verständliche Kennzahl trägt er entscheidend dazu bei, die Versorgungsqualität in der medizinischen Rehabilitation transparent, nachvollziehbar und optimierbar zu machen. Er ermöglicht einen Qualitätswettbewerb von Einrichtungen und damit eine verbesserte Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die nachhaltige Sicherung der Teilhabe und Erwerbsfähigkeit.

## **Take-Home-Message**

Der Parameter Qualität ist heute eine in der externen Qualitätssicherung sowie der Belegungssteuerung der DRV etablierte Kennzahl. Er ermöglicht den Reha-Fachabteilungen die vergleichende Einordnung der Qualität ihrer Leistungen und liefert über seinen detaillierten Bericht Hinweise auf Optimierungspotentiale.

## **Literatur**

Weinbrenner, S., Kayser, E. L., Moser, N.-T., Siebert, T. (2022): Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 65 (3), S. 319–326. DOI: 10.1007/s00103-022-03501-6.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Der Reha-Therapiestandard Koronare Herzkrankheit – Ergebnisse einer Reha-Fachabteilung aus dem Blickwinkel der Reha-Qualitätssicherung**

*Nadine Schmidt; Magdalena Zielinska; Anke Mitschele; Johannes Falk*

Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Der Reha-Therapiestandard (RTS) für die koronare Herzkrankheit (KHK) stellt ein etabliertes Instrument zur Messung der Prozessqualität in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung dar. Auf Grundlage wissenschaftlicher, evidenzbasierter Erkenntnisse sind hier verbindliche Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit definiert (Deutsche Rentenversicherung Bund, Februar 2020).

Die Ergebnisse dieses Qualitätssicherungsinstruments gehen als einer von fünf Qualitätsindikatoren in den Parameter Qualität ein, welcher für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl maßgeblich ist. Im vorliegenden Beitrag wird der Bericht der Qualitätssicherung (QS) zu den RTS KHK anhand einer kardiologischen Beispiel-fachabteilung vorgestellt. Für das interne Qualitätsmanagement der Fachabteilung bedeutsame Aspekte werden erläutert.

## **Methoden**

Die Auswertungen zum RTS KHK beruhen auf in den Reha-Entlassungsberichten dokumentierten KTL-Codes der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL 2015) sowie den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RYD 2023).

Der RTS KHK setzt sich aus 12 evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammen. Diese stellen die evidenzbasierte Versorgung der therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation mit der Mindestdauer, Mindestanteil und Mindesthäufigkeit sicher, indem sie die untere Grenze des Leistungsspektrums für eine adäquate medizinische Rehabilitation festlegen. Dabei müssen nicht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer Fachabteilung die ETM erfüllen, sondern nur ein bestimmter Prozentsatz. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass 50 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens zweimal pro Woche, mindestens 60 Minuten Kraft- und Muskelaufbautraining durchführen müssen.

Nur die Ergebnisse „vollständig erfüllt“ und „mindestens zu  $\frac{2}{3}$  erfüllt“ erhalten Qualitätspunkte. Die Ergebnisse „ohne Leistungen“ und „unterhalb von  $\frac{2}{3}$  erfüllt“ werden mit 0 Qualitätspunkten bewertet. Aus dem gewichteten Mittelwert aller ETM werden dann die Qualitätspunkte für die RTS berechnet.

Die Rückmeldung der Ergebnisse des RTS KHK erfolgt an die entsprechenden Fachabteilungen und ermöglicht einen Vergleich der Fachabteilungen innerhalb ihrer Vergleichsgruppe. Zur Anpassung an die Veränderungen in der medizinischen Rehabilitation werden alle RTS regelmäßig überarbeitet (Deutsche Rentenversicherung, 2025).

## **Ergebnisse**

In der Beispielfachabteilung wurden für das Jahr 2023 1.313 abgeschlossene Rehabilitationen ausgewertet. Im Rahmen der Qualitätsbewertung erzielte die untersuchte Fachabteilung insgesamt 98,9 Qualitätspunkte (QP) und lag damit zwei Punkte über dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe (96,8 QP).

Die differenzierte Analyse der einzelnen ETM des RTS ergab, dass die Beispielfachabteilung durchweg höhere Werte erzielte als in den Mindestanforderungen festgelegt. Lediglich im Bereich Entspannungsverfahren lagen die erzielten Werte unterhalb der Mindestanforderungen, was auf Optimierungspotential hinweist.

## **Diskussion und Fazit**

Durch den RTS werden die Mindestanforderungen an die rehabilitative Versorgung bei koronaren Herzkrankheiten definiert. Dadurch wird eine kontinuierliche Verbesserung der rehabilitativen Versorgung angeregt und auch zukünftig die Erbringung qualitativ hochwertiger evidenzbasierter medizinischer Rehabilitationen für unsere Versicherten gesichert.

## **Take-Home-Message**

Reha Therapiestandards sorgen für transparente, messbare sowie evidenzbasierte Qualitätsstandards in der Reha und unterstützen Einrichtungen beim Qualitätsmanagement sowie bei der Verbesserung ihrer Leistungserbringung. Dabei orientieren sich die Mindestanforderungen an der best-verfügbaren Evidenz und an den Zielen der Rehabilitation der DRV. Anhand der Auswertung einer Beispielfachabteilung zeigt sich, wie eine Nichterfüllung der Standards zur Optimierung anregen kann.

## **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung. (2025): [www.deutsche-rentenversicherung.de/rtss-aktualisierung-2025](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/rtss/aktualisierung-2025).

Deutsche Rentenversicherung Bund. (Februar 2020): Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit. Von <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rtss.html>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -



# **Die Rehabilitand\*innenbefragung in der Reha-Qualitätssicherung – ein Tool zur Sicherung der Ergebnis- und Prozessqualität**

*Robert Simon; Désirée Brand; Bernhard Luther; Johannes Falk; Dmytro Ivasiuk;  
Sandra Lukanek; Petra Payne; Christian Tasso Braun*

Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Mit der Rehabilitand\*innenbefragung kommt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) einem Ihrer zentralen Anliegen nach, die Versicherten bei der Bewertung der Qualität der Reha-Leistungen direkt einzubeziehen (Widera, 2010). Die Befragung erfasst die Zufriedenheit mit dem Reha-Prozess aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Prozessqualität) und den subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg (Ergebnisqualität). Die Ergebnisse gehen als Qualitätsindikatoren (QI) in den Parameter Qualität ein. Am Beispiel einer Reha-Fachabteilung aus dem Indikationsbereich Kardiologie soll in diesem Beitrag eine Stärken-Schwächen-Analyse anhand der Ergebnisse der Rehabilitand\*innenbefragung exemplarisch durchgeführt werden.

## **Methoden**

Bei der Rehabilitand\*innenbefragung handelt es sich um eine kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitand\*innen ca. 8 bis 12 Wochen nach dem Ende der Rehabilitation. Der Fragebogen umfasst mehr als 100 Einzelfragen. Dabei beurteilen die Befragten sämtliche Aspekte, die u.a. den Ablauf und den Prozess der stattgefundenen Rehabilitation betreffen sowie den Reha-Erfolg aus ihrer Sicht (z. B. Verbesserungen von Gesundheitsbeschwerden und des gesundheitsförderlichen Verhaltens). Zur verdichteten Darstellung wird eine Aggregation über die Einzelfragen der Bewertungsbereiche vorgenommen. Im Bereich der stationären Somatik werden insgesamt 17 Skalen gebildet, von denen elf der Zufriedenheit und sechs dem subjektiven Behandlungserfolg zugeordnet sind. Für die durchschnittliche Rehabilitand\*innenzufriedenheit und den durchschnittlichen subjektiven Behandlungserfolg wird der Einfluss äußerer Effekte, die nicht der Fachabteilung zuzuschreiben sind, anhand relevanter Adjustierungsvariablen geschätzt, um eine faire Bewertung innerhalb der Vergleichsgruppe zu erreichen (Gregorkiewicz et al., 2019; Dannenmaier, 2019).

## **Ergebnisse**

Im Bereich der Zufriedenheitsskalen erreicht die Fachabteilung, bis auf eine Ausnahme, durchweg sehr gute Ergebnisse. In acht Zufriedenheitsskalen sind die Ergebnisse statistisch signifikant besser als in der Vergleichsgruppe. Besonders hervorzuheben ist die Zufriedenheit der Rehabilitand\*innen mit der ärztlichen und pflegerischen Behandlung sowie die Zufriedenheit mit den durchgeführten Therapien und der Reha insgesamt. Lediglich bei der Zufriedenheit mit der psychologischen Betreuung schneidet die Fachabteilung schlechter ab als die Vergleichsgruppe. Im Bereich des subjektiven Behandlungserfolgs sind die Ergebnisse der Fachabteilung durchweg besser als in der Vergleichsgruppe. Vor allem das Urteil hinsichtlich des Gesamterfolgs der Reha ist besonders gut. Auch bei der Verbesserung der Leistungsfähigkeit (in Beruf, Freizeit und Alltag) hebt sich die Fachabteilung deutlich von der

Vergleichsgruppe ab. Ein Blick auf die Ergebnisse auf Ebene der Einzelfragen liefert weiterführende Informationen.

### **Diskussion und Fazit**

Die hier vorgestellten Ergebnisse aus der Rehabilitand\*innenbefragung am Beispiel einer Fachabteilung aus dem Bereich Kardiologie zeigen, dass Urteile von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gut geeignet sind, um Qualitätsunterschiede zwischen Fachabteilungen aufzuzeigen. Stärken und Schwächen einer Fachabteilung können aufgrund einer mittels Skalenbildung verdichteten Darstellung auf einen Blick erfasst werden, während die Rückmeldung auf Ebene der Einzelfragen die genauen Details für das Abschneiden der jeweiligen Fachabteilung in der Gesamtbewertung der Qualität liefert und somit das Qualitätsmanagement aktiv unterstützt (Schmidt et al., 2025).

### **Take-Home-Message**

Als ein Baustein im System der externen Qualitätssicherung der DRV stellt das Instrument der Rehabilitand\*innenbefragung dem Qualitätsmanagement der Reha-Einrichtungen sehr wichtige Daten zur Verbesserung der Rehabilitation zur Verfügung.

### **Literatur**

- Gregorkiewicz, A., Sägebarth, M., Ostholt-Corsten, M. (2019): Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung. RVaktuell 66(11/12/2019): 263–265.
- Widera, T. (2010): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell 4/2010 153-159.
- Schmidt, J., Nübling, R., Kaiser, U., Kupferschmitt, A. A., Köllner, V. (2025): Behandlungs- oder Hotelqualität – was bestimmt stärker Reha-Zufriedenheit und subjektiven Behandlungserfolg in der Psychosomatischen Rehabilitation? PPM-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 75(02), 57-66.
- Dannenmaier, J. (2019): Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1) – Methodenpapier.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Therapeutische Versorgung (KTL) – ein Blick in die Schubladen der Klassifikation therapeutischer Leistungen einer Fachabteilung**

*Markus Thiede; Hannah Haacke; Nadine Schmidt; Anke Mitschele; Johannes Falk*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Bericht zur Auswertung der Therapeutischen Versorgung (KTL) ist fester Bestandteil der externen Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung (DRV) für medizinische Rehabilitation und bildet die Prozessqualität einer Reha-Fachabteilung ab.

Anhand von drei Dimensionen der Leistungserbringung (Leistungsmenge, Leistungsdauer und Leistungsverteilung) wird die therapeutische Versorgung abgebildet und Qualitätspunkte vergeben. Die Ergebnisse der KTL gehen als einer von fünf Indikatoren in den Parameter Qualität und damit die qualitätsorientierte Belegungssteuerung ein.

In diesem Beitrag wird mit Hilfe des Beispiels einer kardiologischen Fachabteilung auf Inhalte, Besonderheiten und Ergebnisse des QS-Berichts zur Therapeutischen Versorgung (KTL) eingegangen.

## **Methoden**

Die Grundlage der Auswertungen zur Therapeutischen Versorgung (KTL) bilden Informationen aus den Entlassungsberichten der Reha-Fachabteilungen, welche über die Reha-Statistik Datenbasis (RSD 2023) bezogen werden.

Dabei geht es sowohl um die Berechnung der Qualitätspunkte (QP), die Darstellung der einzelnen Kapitel sowie der Dokumentationsqualität.

Die Berechnung des Gesamt-QP geschieht auf Grundlage von drei Teil-QP. Diese werden für 1) die Leistungsmenge (Anzahl der Leistungen pro Woche), 2) die Leistungsdauer (Dauer der Maßnahmen pro Woche) und 3) die Leistungsverteilung (Verteilung der Leistungen über die KTL-Kapitel) berechnet. Die eigentlichen Teil-QP werden anhand von Zielkorridoren, die von Experten vorgeschlagen aus der Praxis erarbeitet wurden, ermittelt. Der gesamte QP der KTL ist ein Mittelwert aus den drei Teil-QP.

Im QS-Bericht werden wichtige Aspekte der Dokumentationsqualität sowie inhaltliche Auswertungen zu den erbrachten Leistungen deskriptiv dargestellt. Dies ermöglicht den Fachabteilungen eine Einschätzung über die Qualität ihrer Entlassungsberichte, sowie einen Überblick über ihre erbrachten Leistungen.

Als Beispiel dient hier eine kardiologische Reha-Fachabteilung, mit 2.229 abgeschlossenen Rehabilitationen im Jahr 2023. Die Vergleichsgruppe der kardiologischen Fachabteilung bildet sich aus 148 Fachabteilungen mit insgesamt 61.941 abgeschlossenen Rehabilitationen im Jahr 2022.

## **Ergebnisse**

Die Beispiel-Fachabteilung weist mit einem KTL-Gesamtwert von 97,2 QP eine gute Versorgungsqualität auf, die über dem Vergleichsgruppenmittelwert der kardiologischen Fachabteilungen (94,1) liegt.

Bei der Verteilung über die Kapitel zeigt sich, dass der Anteil Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine Leistung aus dem Kapitel F (Klinische Psychologie, Neuropsychologie) erhielten, unter dem der Vergleichsgruppe liegt (60 % zu 92 %). Auch bei Kapitel E (Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie) liegt die Fachabteilung leicht unter dem Anteil der Vergleichsgruppe (38 % zu 49 %). In 7 % der Fälle wurden zu wenig Leistungen pro Woche angeboten, um den Zielkorridor mit 10 QP zu treffen. Weiterhin wurden in 10 % der Fälle zu wenig Stunden pro Woche für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angeboten.

Bei der Dokumentationsqualität zeigt sich beispielsweise ein geringer Anteil von nicht elektronisch übermittelten KTL (0,3 %) . Bei KTL-Codierungen mit auffälligen Zeitangaben ist ebenfalls nur ein geringer Anteil vorhanden (102 Codes; 0,1 %). Dabei handelt es sich um

geringere Abweichungen von 5 bis 10 Minuten. Die Dokumentationsqualität und die auffälligen Zeitangaben dienen nur zur Orientierung und werden nicht von der QS bewertet.

### **Diskussion und Fazit**

In den Auswertungen zum QS-Bericht „Therapeutische Versorgung“ stecken einige Anhaltspunkte, an denen Fachabteilungen erkennen können, an welchen Stellen es noch Optimierungspotentiale gibt. So wäre es eine Möglichkeit, mehr Leistungen pro Woche, länger anzubieten. Die fehlenden Leistungen könnten, sofern indiziert, idealerweise aus dem Kapitel F gewählt werden, um eine Angleichung an die Vergleichsgruppe zu ermöglichen.

### **Take-Home-Message**

Die KTL setzt sich aus drei einzelnen Teilwerten zusammen, welche aufzeigen, wie oft, wie lange und wie vielfältig Versicherte während der Rehabilitation behandelt wurden. Diese können als Indikatoren für eine gute, vielfältige Rehabilitation herangezogen werden. Der Vergleich mit der Vergleichsgruppe kann bei einer Optimierung als Orientierung dienen.

### **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2015): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Die KontextSucht-Intervention in der stationären Entwöhnungsbehandlung – eine qualitative Evaluation aus Expert\*innenperspektive**

*Ananda Stullich; Jan Gehrmann; Johannes Stephan; Laura Hoffmann; Matthias Richter*

Technische Universität München (TUM)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Thema Elternschaft ist während der stationären medizinischen Entwöhnungsbehandlung ein essenzieller Kontextfaktor für einen nachhaltigen Therapieerfolg, der bisher häufig vernachlässigt wurde. Sofern eine langfristige Stabilisierung der Abstinenz von Eltern mit Abhängigkeitserkrankung erreicht werden kann, profitieren auch Angehörige und Kinder. Die 12-wöchige Intervention (KSI) des Modellprojektes KontextSucht der Förderlinie rehapro zielt darauf ab, elterliches Verhalten und Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern und somit die Eltern in ihrer Elternrolle zu stärken. Dieser Beitrag evaluiert den wahrgenommenen Nutzen der KSI aus Expert\*innenperspektive während der Umsetzungsphase des Modellprojektes.

### **Methoden**

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign genutzt. Zwischen Februar und Juni 2025 wurden sieben semi-strukturierte Expert\*inneninterviews durchgeführt. In die Datenerhebung eingeschlossen waren alle Personen, die aktiv an der Umsetzung der Intervention beteiligt waren und ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärten. Es konnten Daten mit allen an der KSI beteiligten Berufsgruppen erhoben werden (Bezugstherapie, Ergotherapie, Diätassistent, Sporttherapie und Kinderbetreuung). Der Datensatz umfasst insgesamt 538 Audiominuten. Die qualitativen Daten wurden induktiv mittels Template Analysis (King, 2012) ausgewertet. Die Erhebung und Analyse wurden aus einer realistischen ontologischen Forschungsperspektive durchgeführt.

### **Ergebnisse**

Übereinstimmend beschreiben die befragten Expert\*innen eine Verbesserung des Erziehungsverhaltens sowie der Eltern-Kind-Beziehung über den zwölfwöchigen Interventionszeitraum. Diese nahmen sie als eine Auswirkung der theoretischen und praktischen Inhalte der KSI wahr. Insbesondere durch direkte Beobachtungen des elterlichen Verhaltens von Eltern mit Begleitkindern während der Interventionseinheiten, im Klinikalltag und in Berichten in therapeutischen Einzelgesprächen konnten positive Entwicklungen festgestellt werden. Im Speziellen konnten dabei folgende Aspekte berücksichtigt werden: ein verbessertes Verständnis seitens der Eltern für die Bedürfnisse der Kinder, die Reflexion und Kontrolle über das eigene Erziehungsverhalten (z. B. in gemeinsamen Freizeitaktivitäten) sowie eine gestärkte Selbstwirksamkeit der Eltern in ihrer Elternrolle (z. B. erfolgreiches Planen von Aktionen in der Elterngruppe). Insbesondere die Integration der Begleitkinder in den KSI-Modulen wird von den Expert\*innen als förderlich wahrgenommen, um alternative

Verhaltensweisen und Selbstreflexion zu erproben sowie die Eltern-Kind-Bindung zu fördern. Auch seitens der Kinder wird eine Verbesserung im Vertrauen sowie in der Bindung zu den Eltern beobachtet. Weiterhin werden eine verbesserte Stressresilienz und Konfliktlösekompetenz in Erziehungssituationen beschrieben, welche die Expert\*innen als förderlich hinsichtlich der Rehabilitationsziele Abstinenz und Stabilität beschreiben. Optimierungspotenziale werden vor allem in der Trennung nach Altersgruppen (Nicht-/Schulkinder) von Einheiten mit Begleitkindern gesehen, um Inhalte, Bedarfe und Klinikabläufe daran anzupassen. Darüber hinaus befürworten die Expert\*innen zusätzliche Angebote für Eltern mit Kindern, um die theoretischen Inhalte noch stärker zu festigen.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen die positiven Beobachtungen des Fachpersonals der KSI hinsichtlich der Veränderung von elterlichem Verhalten und Eltern-Kind-Beziehung. Sie verdeutlichen, dass die elternschaftsbezogene Intervention KSI im stationären Rehabilitationskontext von Fachkräften als hilfreich und relevant eingeschätzt wird. Die KSI trägt zu einer ganzheitlicheren Bearbeitung von Themen bei, die für die Stressreduktion bei Eltern mit substanzbezogener Störung notwendig sind, um mittelfristig abstinent leben zu können. Diese Betrachtungsweise wird als essenziell für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg gesehen. Limitierend ist hierbei anzumerken, dass sich die Ergebnisse ausschließlich auf Veränderungen während des Rehabilitationsaufenthaltes aus Expert\*innenperspektive beziehen lassen, welche keine Aussagen über langfristige Veränderungen elterlichen Verhaltens, der Eltern-Kind-Beziehung oder des Abstinenzverhaltens nach dem Klinikaufenthalt zulassen. Aufgrund der Beobachtungen und der guten Umsetzbarkeit der KSI wünschen sich die durchführenden Expert\*innen die Möglichkeit, die KSI über das Modellprojekt hinaus dauerhaft als Regelangebot der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung durchführen zu können.

### **Take-Home-Message**

Die KSI in der stationären medizinischen Rehabilitation fördert aus Expert\*innenperspektive die Entwicklungsprozesse von Eltern und ihren Kindern während der Rehabilitationsbehandlung.

### **Literatur**

King, N. (2012): Doing Template Analysis. In G. Symon & C. Cassell (Eds.), Qualitative organizational research. Core methods and current challenges (1st ed., S. 426–450). Los Angeles, Calif.: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781526435620.n24>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales – rehapro

# **Fallvignetten als Instrument zur Reflexion und Entscheidungsunterstützung in der Reha-Beratung psychisch erkrankter Menschen**

*Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig; Niklas Tibbe*

Berliner Werkstatt für Sozialforschung (BWS)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Ausgehend von einer Mixed-Methods-Verlaufsstudie zu Zugangswegen, Zuweisungsprozessen und Maßnahmeverläufen in Beruflichen Trainingszentren (BTZ) wurde im Projekt „WePsyBTAM“ die Frage aufgegriffen, wie Reha-Beratende der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Bundesagentur für Arbeit (BA) in der komplexen Entscheidungspraxis unterstützt werden können (Tibbe et al., 2025 und Tibbe et al., 2025a).

Während die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Erhebungen die Wirksamkeit und Akzeptanz der BTZ-Maßnahmen, charakteristische Fallkonstellationen und Verlaufsmuster verdeutlichten, zeigte sich zugleich eine erhebliche Spannbreite in den Zuweisungskriterien und Entscheidungsverfahren der beteiligten Reha-Träger. Zur systematischen Aufbereitung dieser Erkenntnisse und zur Reflexion realer Beratungsprozesse wurden auf Basis der Interview-, Fokusgruppen- und Hospitationsergebnisse praxisnahe Fallvignetten (FaVi) entwickelt (Tibbe et al., 2025c). Sie dienen der Veranschaulichung charakteristischer Reha-Verläufe und Entscheidungsdilemmata bei der Zuweisung psychisch beeinträchtigter Menschen, dienen der Sensibilisierung für typischen Problemlagen der betroffenen Versicherten mit psychischen Beeinträchtigungen und sollen Reha-Berater:innen der BA/Jobcenter und der Rentenversicherung bei der Fortbildung und Einarbeitung neuen Mitarbeiter:innen unterstützen.

## **Methoden**

Die FaVi wurden aus der qualitativ-interpretativen Auswertung der episodisch-narrativen Interviews mit Teilnehmenden, Expert:innen und Reha-Berater:innen abgeleitet (Meschnig et al., 2021). Die Fallvignetten wurden entlang einer Vier-Phasen Struktur entwickelt, die sich am Ablauf des Beratungsprozesses orientiert:

- (1) Anamnese und Ausgangslage,
- (2) Beruflicher Verlauf,
- (3) Verlauf der Maßnahme
- (4) Weitere Entwicklung.

Jede Fallvignette schließt mit einem Abschnitt zur Reflexion der Fallkonstellationen, der förderliche und hemmende Faktoren sowie spezifische Fragen an die Beratungspraxis formuliert.

Ergänzend wurden die Fallvignetten in einer Fokusgruppe mit Fachberater:innen und BTZ-Vertreter:innen diskutiert, um ihre Relevanz und Anwendbarkeit für die Praxis der Zugangssteuerung in BTZ zu validieren. Aktuell werden die FaVi in einer eigenen Steuerungsgruppe der DRV Baden-Württemberg auf ihre praktische Nutzung hin geprüft.

## **Ergebnisse**

Die aus unseren Studienergebnissen entwickelten Fallvignetten illustrieren unterschiedliche Entscheidungsmuster und Verlaufsgestalten in den Biografien der psychisch beeinträchtigten Klienten. Sie zeigen exemplarisch:

- wie persönliche Belastungsfaktoren, Krankheitsverläufe und institutionelle Rahmenbedingungen Entscheidungsprozesse prägen,
- welche Übergangshürden, Probleme beim Zugang und Fehlzuweisungen in der Praxis auftreten,
- wie individuelle Ressourcen und Kontextbedingungen Reha-Motivation und Reha-Erfolg beeinflussen.

In ersten Gesprächen mit Fachberater:innen der DRV wurden die FaVi als potenziell wertvolles Instrument zur Schulung, Selbstreflexion und Qualitätssicherung der Beratung angesehen. Sie können dabei helfen, eine gemeinsame Sprache über Reha-Verläufe zu entwickeln, zu einer Sensibilisierung für die besonderen Bedarfe psychisch kranker Menschen beitragen und die Diskussion typischer Fallkonstellationen jenseits formaler Kriterien fördern.

## **Diskussion und Fazit**

Die Fallvignetten geben eine Idee davon, wie sich empirische Forschungsergebnisse zu komplexen Reha-Verläufen in ein praxisorientiertes Lern- und Reflexionsinstrument überführen lassen. Sie bieten ein Potenzial für den Einsatz in der Fortbildung von Reha-Berater:innen (insbesondere auch zur Einarbeitung jüngerer Kolleg:innen) und zur Weiterentwicklung und Standardisierung trägerübergreifender Zuweisungsprozesse.

Zugleich machen sie auf strukturelle Probleme in Übergangsphasen psychisch beeinträchtigter Versicherter aufmerksam und eröffnen Perspektiven für systematische und transparente Entscheidungen in der Reha-Steuerung.

## **Take-Home-Message**

Fallvignetten übersetzen Forschungsergebnisse in die Reha-Beratungspraxis, fördern eine kontextsensible und fallbezogene Reflexion, verbessern Entscheidungen in heterogenen Beratungssettings und dienen der Fortbildung, Reflexion und Qualitätssicherung.

## **Literatur**

Tibbe, N., von Kardorff, E., Meschnig, A. (2025): Zugänge psychisch Kranker in das BTZ und ihre Wege in Qualifizierung und Arbeit (WePsyBTAM). In: 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Vom 18. bis 20. März 2025 in Nürnberg, S. 160-162.

Tibbe, N., von Kardorff, E., Meschnig, A., Voll, S., Yade, K. M. (2025a): Zugänge psychisch Kranker in das BTZ und ihre Wege in Qualifizierung und Arbeit – eine Verlaufs- und Go-Along-Studie (WePsyBTAM). BWS-Institut. Verfügbar unter <https://bws-institut.de/>.

Meschnig, A., von Kardorff, E., Klaus, S. (2021): Fallvignetten in der beruflichen Rehabilitation. Ein Kooperationsprojekt zwischen Wissenschaft und Praxis. In: Die Rehabilitation, 35 (2): S. 36-51.



Tibbe, N., Meschnig, A., Voll, S., Yade, K. M., von Kardorff, E. (2025c): Fallvignetten zur Fort- und Weiterbildung in der Reha-Beratung. BWS-Institut. Verfügbar unter <https://bws-institut.de/>.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg im Rahmen des Förderprogramms "Berufliche Rehabilitation" der Deutsche Rentenversicherung

## **Instrumente Sozialer Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Online-Befragung des Projekts „SoDia-Reha“**

*Tobias Knoop<sup>1</sup>; Mariam Arouna<sup>2</sup>; Silke Werner<sup>2</sup>; Antonia Kniese<sup>1</sup>; Thorsten Meyer-Feil<sup>1</sup>; Dieter Röh<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; <sup>2</sup> HAW Hamburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Soziale Diagnostik ist die kriteriengeleitete Sammlung und Bewertung von Informationen über die soziale Lage, die für die fallbasierte Einschätzung der Notwendigkeit, Dringlichkeit und Intensität Sozialer Arbeit benötigt werden (Buttner et al., 2018). Sie ist für die medizinische Rehabilitation bedeutsam, zeigt bezüglich der Zugangsdiagnostik/ des Screenings und der Gestaltungsdiagnostik jedoch Entwicklungspotential (Knoop et al., 2024; Buttner et al., 2018). Das Projekt „Soziale Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation (SoDia-Reha)“ fokussiert neben einer Aufarbeitung des Forschungsstands die aktuelle Praxis des Zugangs zu den Sozialdiensten und der Sozialen Diagnostik.

### **Methoden**

Diese Praxis wurde in einer Querschnittsstudie mithilfe einer Online-Befragung erfasst. Die Befragung erreichte alle von der DRV federführend belegten Reha-Fachabteilungen aus acht Indikationsbereichen ( $k = 1.499$ ). Der Online-Fragebogen wurde u.a. auf Grundlage der Ergebnisse der SWIMMER-Studie (Knoop et al., 2024) und der Handbücher Soziale Diagnostik (Buttner et al., 2018) entwickelt. Schwerpunktthemen sind der Zugang, die Praxis der Sozialen Diagnostik, Soziale Diagnostikinstrumente inklusive Nennung von Instrumenten sowie deren Charakteristika und Kontextfaktoren. Neben einer deskriptiven univariaten Statistik wurde das Ausmaß der Zusammenhänge der Verwendung von Instrumenten, ihrer Form und Themen mit ausgewählten Charakteristika der Reha-Einrichtung und der Sozialdienstmitarbeitenden und ihre statistische Signifikanz mit Chi-Quadrat-Tests berechnet. Dabei gilt ein Bonferroni-korrigiertes Alpha-Fehlerniveau von  $p = 0,05/27 = 0,0019$ . Die Befragten konnten zudem eingesetzte Diagnostikinstrumente zusenden. Deren Qualität wurde mithilfe von deduktiv (Buttner et al., 2018) und einzelnen induktiv entwickelten Kategorien bewertet.

Das Projekt wird mit Mitteln der DRV Bund gefördert und hat ein Ethikvotum der Ethikkommission der HAW Hamburg (2025-08).

## Ergebnisse

Es lagen Daten von n=332 Sozialdienstmitarbeiter\*innen vor. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über Charakteristika der Befragten und Ergebnissen zum Zugang.

Tabelle 1: Charakteristika der befragten Sozialdienstmitarbeiter\*innen (n=332)

|                                                                          | Anteil der Befragten | Anzahl der Befragten |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Berufserfahrung</b>                                                   |                      |                      |
| weniger als 2 Jahre                                                      | 14%                  | 47                   |
| 2 bis 5 Jahre                                                            | 28%                  | 92                   |
| 6 bis 10 Jahre                                                           | 18%                  | 61                   |
| mehr als 10 Jahre                                                        | 36%                  | 121                  |
| <b>Anteil der Fachkräfte Soziale Arbeit<sup>1</sup> bei Befragten...</b> |                      |                      |
| ...mit einem Diplom-Abschluss (z. B. Diplom Sozialarbeiter(-pädagoge)    | 87%                  |                      |
| mit einem Bachelor-Abschluss (z. B. B. A. Soziale Arbeit)                | 92%                  |                      |
| mit Master-Abschluss (z. B. M. A. Klinische Sozialarbeit)                | 73%                  |                      |
| <b>Indikationsschwerpunkt (Mehrfachnennung möglich)</b>                  |                      |                      |
| Orthopädie/Rheumatologie                                                 | 51%                  | 170                  |
| Psychosomatik                                                            | 30%                  | 99                   |
| Neurologie                                                               | 21%                  | 69                   |
| Kardiologie                                                              | 17%                  | 55                   |
| Abhängigkeitserkrankungen                                                | 17%                  | 57                   |
| Onkologie                                                                | 11%                  | 35                   |
| Pneumologie                                                              | 5%                   | 17                   |
| Gastroenterologie                                                        | 4%                   | 13                   |
| <b>Standort Reha-Einrichtung</b>                                         |                      |                      |
| Norden (NI, SH, MV, HH, HB)                                              | 23%                  | 77                   |
| Westen (NW, SL, RP, HE)                                                  | 31%                  | 102                  |
| Osten (SN, ST, BB, TH, BE)                                               | 17%                  | 57                   |
| Süden (BY, BW)                                                           | 27%                  | 90                   |
| <b>Angebote der Reha-Einrichtung (Mehrfachnennung möglich)</b>           |                      |                      |
| Medizinisch beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR)                  | 23%                  | 76                   |
| Übergangsmanagement MBOR                                                 | 22%                  | 74                   |
| verhaltensmedizinisch-orientierte Rehabilitation                         | 11%                  | 35                   |
| Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation              |                      |                      |
| Abhängigkeitskranker                                                     | 16%                  | 54                   |
| Vermittlung in Fallmanagement                                            | 45%                  | 149                  |
| Vermittlung in Reha-Nachsorge                                            | 83%                  | 277                  |
| andere                                                                   | 10%                  | 32                   |
| <b>Nutzung von Instrumenten</b>                                          |                      |                      |
| ja, mindestens ein Instrument                                            | 73%                  | 243                  |
| mittlere Anzahl der genannten Instrumente (Standardabweichung)           | 1,29 (1,17)          |                      |
| mediane Anzahl der genannten Instrumente (erstes, viertes Quartil)       | 1 (0, 2)             |                      |
| Range der genannten Instrumente                                          | 5                    |                      |

**Notizen** B. A. = Bachelor of Arts, BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern (Freistaat), BE = Berlin, BB = Brandenburg, HB = Bremen (Hansestadt), HH = Hamburg (Hansestadt), HE = Hessen, MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland, SN = Sachsen (Freistaat), ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Thüringen (Freistaat); <sup>1</sup>Fachkraft Soziale Arbeit bedeutet Abschluss mit einem einschlägigen Studium der Sozialen Arbeit

Es wurden 428 eingesetzte Instrumente der Sozialen Diagnostik benannt (vgl. Tabelle 2). Die Verwendung dieser war im bivariaten Vergleich signifikant abhängig vom Zeitpunkt der Zuweisung (Cramers-V = 0,23,  $p < 0,001$ ). Die Formate der Instrumente waren im bivariaten Vergleich nicht signifikant abhängig von Merkmalen der Reha-Einrichtung (z. B. Indikationsbereich (Cramers-V = 0,15,  $p=0,04$ )) oder Sozialdienstmitarbeitenden (z. B.

Berufsabschluss (Cramers-V = 0,10, p = 0,83)). Inhaltlich konnte bei den benannten Instrumenten ein Schwerpunkt berufsbezogener Themen ausgemacht werden. Dieser war beim bivariaten Vergleich signifikant abhängig vom Indikationsbereich (Cramers-V = 0,25; p < 0,001).

Tabelle 2: Charakteristika der benannten Instrumente

|                                                                                                                                                          | Anteil an<br>gesamt | Anzahl der<br>Nennungen |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| Anzahl der genannten Instrumente                                                                                                                         |                     | 428                     |
| Angaben zur Häufigkeit                                                                                                                                   |                     |                         |
| mindestens häufig genutzt                                                                                                                                | 84%                 | 361                     |
| gelegentlich                                                                                                                                             | 8%                  | 36                      |
| maximal selten genutzt                                                                                                                                   | 1%                  | 4                       |
| Angaben zur Evaluation (Selbstauskunft)                                                                                                                  |                     |                         |
| evaluiert                                                                                                                                                | 30%                 | 128                     |
| Angaben zur Selbst oder Fremdentwicklung (Selbstauskunft)                                                                                                |                     |                         |
| selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                          | 64%                 | 276                     |
| Format der Hilfsmittel                                                                                                                                   |                     |                         |
| Leitfaden                                                                                                                                                | 20%                 | 84                      |
| davon evaluiert                                                                                                                                          | 14%                 | 12                      |
| davon selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                    | 5%                  | 4                       |
| Fragebogen                                                                                                                                               | 57%                 | 240                     |
| davon evaluiert                                                                                                                                          | 35%                 | 83                      |
| davon selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                    | 24%                 | 58                      |
| Grafik                                                                                                                                                   | 6%                  | 24                      |
| davon evaluiert                                                                                                                                          | 33%                 | 8                       |
| davon selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                    | 46%                 | 11                      |
| Dokumentation                                                                                                                                            | 9%                  | 38                      |
| davon evaluiert                                                                                                                                          | 37%                 | 14                      |
| davon selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                    | 21%                 | 8                       |
| Antragsformular                                                                                                                                          | 2%                  | 8                       |
| davon evaluiert                                                                                                                                          | 38%                 | 3                       |
| davon selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                    | 50%                 | 4                       |
| Interview                                                                                                                                                | 4%                  | 15                      |
| davon evaluiert                                                                                                                                          | 20%                 | 3                       |
| davon selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                    | 0%                  | 0                       |
| Infomaterial                                                                                                                                             | 3%                  | 14                      |
| davon evaluiert                                                                                                                                          | 21%                 | 3                       |
| davon selbstentwickelt bzw. angepasst                                                                                                                    | 29%                 | 4                       |
| Themen, Settings, Kontexte der Instrumente (Mehrfachnennung möglich)                                                                                     |                     |                         |
| Reha-relevante Konstrukte (funktionale Gesundheit, Teilhabe, AVEM, Therapiemotivation, Patientenzufriedenheit, Selbstständigkeit (SINGER, Barthel Index) |                     | 34                      |
| Beruf (Sozialmedizin, Beruf, MBOR, LTA)                                                                                                                  |                     | 69                      |
| Soziales (Sozialrecht, Finanzen, Biografie, Ressourcen)                                                                                                  |                     | 46                      |
| Soziales Netzwerk (u. a. Familie)                                                                                                                        |                     | 17                      |
| Nachsorge                                                                                                                                                |                     | 5                       |
| settingspezifisch (Haft, Sucht, Jugendhilfe)                                                                                                             |                     | 5                       |
| andere Professionen (Medizin, Psychologie, Pflege, Systemische Beratung, Soziotherapie)                                                                  |                     | 16                      |
| <b>Notizen</b> MBOR = Medizinisch beruflich-orientierte Rehabilitation, LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben                                    |                     |                         |

Es wurden 39 sozialdiagnostische Instrumente aus 21 Einrichtungen zugesendet, vorrangig aus den Indikationsbereichen Psychosomatik (n=11) und Abhängigkeitserkrankungen (n=11). Die Varianz in der Form sozialdiagnostischer Instrumente reicht von kurzen Checklisten für ein Erstgespräch bis hin zu ausführlichen Anamnesebögen, die neben dem Schwerpunkt der

beruflichen Situation auch umfassend die soziale Situation sowie individuelle Belastungen oder Ressourcen erfassen. Der Großteil der Instrumente ist als Screeninginstrumente (n=30) einzuordnen. Jeweils drei Instrumente eigneten sich gestaltungsdiagnostisch bzw. zum Screening mit gestaltungsdiagnostischen Elementen. Insgesamt können neun Instrumente aus Qualitätsperspektive als relevant für die Praxis der Sozialdienste eingeschätzt werden. Keines dieser Instrumente ist jedoch eindeutig der Sozialen Arbeit zuzuordnen und nach wissenschaftlichen Ansprüchen standardisiert, evaluiert oder validiert.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen eine durch Zeitpunkt und häufige Fremdsteuerung herausgeforderte Zuweisung und eine weite Verbreitung sozialdiagnostischer Praxis in der medizinischen Rehabilitation, die jedoch sehr unterschiedlich ausfällt. Dies bestätigt Ergebnisse anderer Studien (Streibelt et al., 2018; Keßler, 2025). Die Möglichkeit von Schlussfolgerungen anhand der Online-Befragung ist vor dem Hintergrund der Komplexität sozialdiagnostischer Praxis limitiert. In einer aufbauenden Interviewstudie soll daher die Praxis der Sozialen Diagnostik näher untersucht werden. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse und eines Scoping Reviews ergeben sich aus den hier vorgestellten Ergebnissen Ansatzpunkte bezüglich neuer oder weiterzuentwickelnder sozialdiagnostischer Instrumente sowie deren Rahmenbedingungen. Die Erkenntnisse werden als nächstes in einer Fokusgruppe und einem Expert\*innen-Workshop diskutiert.

## **Take-Home-Message**

Die Ergebnisse der Befragung und der Analyse der zugesendeten Instrumente zeigen einen deutlichen Bedarf an Standardisierung und Überprüfung der Qualität des Vorgehens im Bereich der Sozialen Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation.

## **Literatur**

- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli-Freund, U., Röh, D. (Hrsg.). (2018): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V; Lambertus-Verlag.
- Keßler, C. (2025): Der Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation: zur Bedeutung der Dokumentation, unveröffentlichte Dissertation, Universität Siegen.
- Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S., Meyer, T. (2024): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Praxis und Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Bielefeld: transcript.
- Streibelt, M., Gödecker-Geenen, N., Adolph, H., Keßler, C. (2018): Zugang zum Sozialdienst in Reha-Einrichtungen. FORUM sozialarbeit + gesundheit, (3), 33–37.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Kann ein Schulungsmodul im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation das Asthma-Selbstmanagement am Arbeitsplatz verbessern? Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie und qualitativer Patient:innen-Interviews**

*Julia Salandi<sup>1</sup>; Markus C. Hayden<sup>2</sup>; Matthias Limbach<sup>2</sup>; Lisa Guthardt<sup>1</sup>; Gabriele Schwarzl<sup>2</sup>; Wolfgang Neumeister<sup>3</sup>; Adrian Loerbroks<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Heinrich-Heine-Universität / Universitätsklinikum Düsseldorf; <sup>2</sup> Klinik Bad Reichenhall;

<sup>3</sup> Hufeland-Klinik Bad Ems GmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Adäquates Selbstmanagement von Asthma kann die Prognose und Lebensqualität verbessern (Heinrichs et al., 2019, 2021). Die Umsetzung des Asthma-Selbstmanagements im Arbeitsalltag wird u. a. von psychosozialen Arbeitsbedingungen bestimmt (Heinrichs et al., 2018). Um diese beeinflussen zu können, sollten sich Beschäftigte mit Asthma kommunikative Fertigkeiten und Wissen (z. B. über relevante Arbeitnehmer:innen-rechte) aneignen. Aktuell sieht das Curriculum Asthma bronchiale der DRV Bund jedoch nur 15 Minuten für das Thema „Asthma am Arbeitsplatz“ vor – zusammen mit weiteren komplexen Themen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Deshalb wurde ein neues Schulungsmodul für Rehabilitand:innen mit Asthma entwickelt, das in zwei Rehabilitationskliniken über 12 Monate implementiert und evaluiert wurde (Salandi et al., 2024).

## **Methoden**

Es erfolgte eine randomisiert-kontrollierte Studie mit Prä-Post-Messungen (T1, T2) und 3-Monats-Follow-up (T3). Die Interventionsgruppe (IG) erhielt zusätzlich zum üblichen Rehabilitationsprogramm die Schulung „Asthma und Arbeit“, die Kontrollgruppe (CG) eine Schulung zum Ernährungsverhalten (jeweils 2 x 50 Minuten). Die primären Outcomes umfassten die Verhaltensabsicht (T2), d.h. die Absicht, bestimmte Veränderungen am Arbeitsplatz umzusetzen, und das Asthma-Selbstmanagement am Arbeitsplatz (T3). Zu den sekundären Outcomes zählten schulungsbezogenes Wissen, Asthmakontrolle (Asthmakontrolltest), Lebensqualität (Asthma Quality of Life Questionnaire nach Marks), die Anzahl an asthmabedingten Krankheitstagen, das Auftreten von Exazerbationen und die subjektive Erwerbsprognose (nach Mittag, Raspe). Prä-Post-Vergleiche wurden mittels t- Tests und Chi-Quadrat-Tests und Intergruppenvergleiche mittels univariater Kovarianzanalysen ausgewertet. Zusätzlich wurden qualitative Interviews mit Rehabilitand:innen nach ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz geführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

## **Ergebnisse**

Die IG verbesserte sich im Vergleich zur CG signifikant stärker in Bezug auf das Wissen (T1- T3:  $p = .004$ ), insbesondere in den interventionsspezifischen Subskalen „Kommunikation“ (T1-T3) und „Job Crafting“ (T1-T3:  $p = .02$ ). Darüber hinaus zeigte die IG zwischen T1 und T3 eine signifikant bessere subjektive Erwerbsprognose ( $p = .01$ ) und weniger Krankheitstage ( $p = .01$ ) als die CG.

Während zwischen T1 und T2 keine Veränderung der Verhaltensabsicht beobachtet wurde, verbesserten beide Gruppen ihr Selbstmanagement am Arbeitsplatz bis T3 (beide:  $p < .001$ ) sowie ihre Asthmakontrolle und Lebensqualität. Die Exazerbationen nahmen zwischen T1 und T3 in beiden Gruppen signifikant ab.

In den qualitativen Interviews wurden neue Selbstmanagementstrategien zur Symptomprävention (z. B. Vermeidung von Triggern) und zum Symptommanagement (z. B. Homeoffice bei Symptomen) sowie aufgaben- und organisationsbezogene Anpassungen (z. B. Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit) berichtet.

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Intervention zeigte drei Monate später ein höheres schulungsbezogenes Wissen, eine verbesserte subjektive Erwerbsprognose und weniger Krankheitstage. Weitere Effekte wurden nicht beobachtet. Qualitative Interviews deuteten jedoch darauf hin, dass neue Selbstmanagementstrategien erfolgreich am Arbeitsplatz umgesetzt werden konnten.

## **Take-Home-Message**

Obwohl quantitative Daten eine Verbesserung von Selbstmanagementstrategien durch die Intervention nicht bestätigen konnten, berichteten Befragte in qualitativen Interviews von neuen Selbstmanagementstrategien am Arbeitsplatz.

## **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Curriculum Asthma Bronchiale. Standardisierte Patientenschulung. Berlin.
- Heinrichs, K., Vu-Eickmann, P., Hummel, S., Gholami, J., Loerbroks, A. (2018): What are the perceived influences on asthma self-management at the workplace? A qualitative study. *BMJ Open*. 8(8): e022126.
- Heinrichs, K., Hummel, S., Gholami, J., Schultz, K., Li, J., Sheikh, A., Loerbroks, A. (2019): Psychosocial working conditions, asthma self-management at work and asthma morbidity: a cross-sectional study. *Clin Transl Allergy*. 9:25.
- Heinrichs, K., Hummel, S., Gholami, J., Schultz, K., Wild, B., Li, J., Sheikh, A., Loerbroks, A. (2021): Psychosocial working conditions and the subjective prognosis of gainful employment among employees with asthma: a cross-sectional study. *Disabil Rehabil*. 43(9): 1299–306.
- Salandi, J., Heinrichs, K., Hayden, M. C., Limbach, M., Schulz, K., Schwarzl, G., Neumeister, W., Loerbroks, A. (2024): Can an educational intervention in the context of inpatient pulmonary rehabilitation improve asthma self-management at work? A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Pul Med*. 2024: 40. <https://doi.org/10.1186/s12890-024-02847-8>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland und Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

# **Rolle des Pflegefachpersonals im Reha-Team – Ergebnisse aus der Mixed-Methods-Studie INFORM**

*Ulrike Haß<sup>1</sup>; Julia-Marie Zimmer<sup>2</sup>; Machteld Luizink-Dogan<sup>1</sup>; Thorsten Meyer-Feil<sup>2</sup>;  
Annett Salzwedel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Potsdam;

<sup>2</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Entscheidend für eine erfolgreiche Patientenversorgung in der medizinischen Rehabilitation ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Auf diese fühlen sich die hier tätigen Reha-Mitarbeitenden jedoch häufig nur unzureichend vorbereitet (Körner, Becker, 2017). Vor diesem Hintergrund wurden im Projekt INFORM (Interprofessionelles Netzwerk für Fortbildung in der medizinischen Rehabilitation) die Fortbildungs- und Austauschbedarfe von Angehörigen der verschiedenen Sozial- und Gesundheitsberufe in der Rehabilitation eruiert (Haß et al., 2025). In der Projektumsetzung zeigte sich die Berufsgruppe der Pflege sowohl bezüglich einzelner Pflegefachpersonen als auch Fachverbände nur eingeschränkt erreichbar. Daher wurden die generierten INFORM-Projektdateien retrospektiv untersucht, um eventuelle Auffälligkeiten hinsichtlich der selbst- und fremdzugeschriebenen Rolle des Pflegefachpersonals in der medizinischen Rehabilitation zu identifizieren.

## **Methoden**

Sekundärdatenanalyse des Mixed-Methods-Projektes INFORM, in dem zunächst berufsspezifische Online-Gruppendiskussionen (n = 9) und Einzelinterviews (n = 10) sowie berufsübergreifende Gruppendiskussionen (n = 6) mit Reha-Mitarbeitenden und anschließend Einzelinterviews (n = 5) mit Klinikleitungen geführt wurden. Die Befunde der qualitativen Erhebungen wurden mittels Online-Survey verifiziert und quantifiziert, der über Reha-Kliniken, Berufsverbände und Fachgesellschaften an Reha-Mitarbeitende (n = 431) gestreut wurde. Die vorliegende Sekundäranalyse setzte sich gezielt mit der Perspektive der Pflegefachpersonen gegenüber den anderen Reha-Mitarbeitenden auseinander. Kategoriale Gruppenvergleiche der quantitativen Ergebnisse zwischen der Pflege und allen anderen Berufsgruppen wurden mittels Chi<sup>2</sup> getestet.

## **Ergebnisse**

Im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen im Reha-Team beteiligten sich an den berufsspezifischen Gruppendiskussionen keine Pflegefachpersonen. An den berufsübergreifenden Erhebungen im Reha-Team nahmen 4 (9 %) Pflegefachpersonen von insgesamt 46 Reha-Mitarbeitenden teil. Den Online-Survey beantworteten 38 (9 %) Pflegefachpersonen.

Aus dem Online-Survey geht hervor, dass die Zustimmungsraten der Pflegefachpersonen bezüglich Wahrnehmung, Wertschätzung und Kompetenzzuschreibung der eigenen Profession im Vergleich zu den anderen Reha-Mitarbeitenden negativer ausfielen. Beispielsweise empfanden nur 59,4 % der Pflegefachpersonen gegenüber 81,3 % der anderen Reha-Mitarbeitenden, dass sich die anderen Berufsgruppen für die fachlichen Einschätzungen der eigenen Profession interessierten (Abbildung 1).

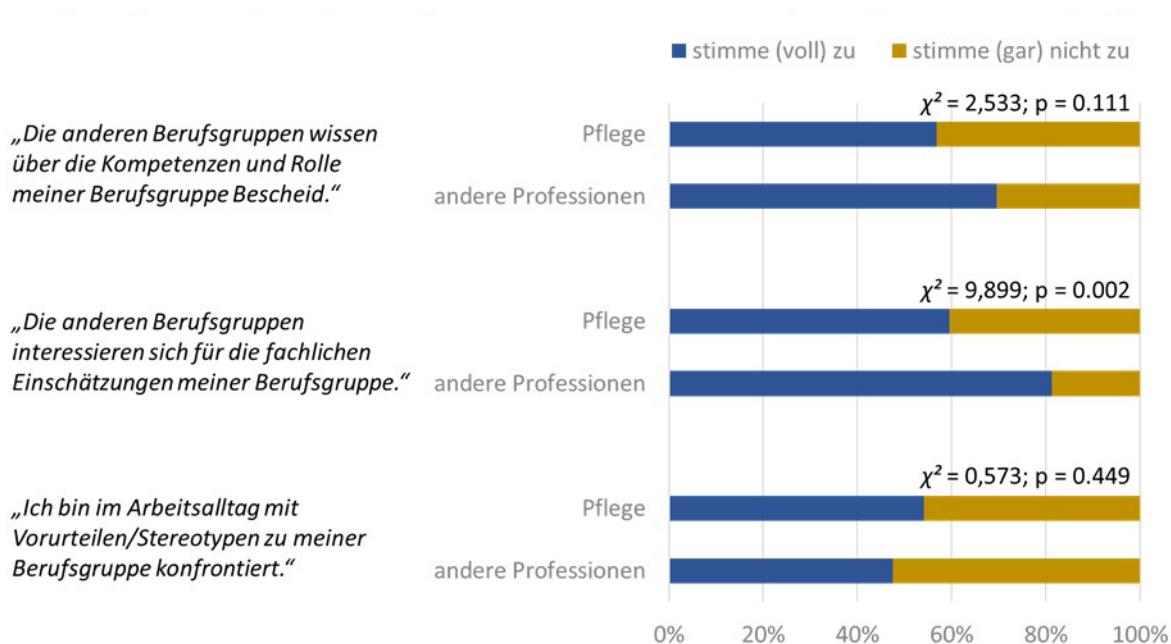


Abbildung 1: Zustimmungswerte zu Wahrnehmung, Wertschätzung und Kompetenzzuschreibung von Pflegefachpersonen (n = 38) im Vergleich zu Reha-Mitarbeitenden (n = 393) anderer Berufsgruppen

Dieser Befund wird ergänzt durch heterogene Aussagen hinsichtlich der Eigenperspektiven der Pflegefachpersonen auf ihre Berufsgruppe. So kommentierten sie das pflegerische Tätigkeitsprofil in der Rehabilitation einerseits z. B. mit „bedarf jetzt keiner besonderen Ausbildung“, „der pflegerische Bereich [ist] eher so eine Ergänzung“ und andererseits als „breite[s] Aufgabengebiet“, das „oftmals nicht gesehen oder anerkannt“ würde. Zugleich fanden sich Eigenbeschreibungen von der klischeehaften „Schwester“ bis hin zur kompetenzbewussten „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ oder „Hygienefachkraft“. Die Pflege in der Rehabilitation würde als „ja wirklich ein ganz anderes Spektrum“ mit „weniger Termindruck“ wahrgenommen. Mit dem Konzept der Reha-Fähigkeit ist das Ausmaß an körperlicher Pflegebedürftigkeit der Rehabilitand\*innen sehr gering, sodass sich das Aufgabenspektrum maßgeblich von einer Akut-Station unterscheidet. Die Einschätzung, der pflegerische Beruf in der Rehabilitation sei ein „Arbeitsplatz bei uns am Schreibtisch“, wäre laut einer Leitungsperson frustrierend für Pflegefachpersonen. Kongruent dazu wünschten sich Pflegefachpersonen im Freitext des Online-Survey wiederholt „Transparenz über Tätigkeiten und Therapiemitwirkungsmöglichkeiten“ in der Rehabilitation; bevorzugt bereits während der Ausbildung oder dem Studium.

Auch die Äußerungen aus den anderen Berufsgruppen bewegten sich im Spannungsfeld zwischen der Anerkennung der Pflege als fest definierte und in den Teambesprechungen erwünschte Berufsgruppe und abwertenden Einordnungen („einer [muss] ja ans Telefon gehen“) oder Zuschreibungen wie in etwa, die Pflegefachpersonen hätten „auch keine Lust“, sich an den Besprechungen zu beteiligen.

## Diskussion und Fazit

Im Rahmen dieser Sekundäranalyse zeigten sich einige Anhaltspunkte hinsichtlich der selbst- und fremdwahrgenommenen Rolle der Pflege in der medizinischen Rehabilitation. Dabei waren deutliche Ambivalenzen und heterogene Wahrnehmungen sowohl unter den



Pflegefachpersonen als auch den anderen Reha-Mitarbeitenden zu verzeichnen. Auf den offenbar generell (auch außerhalb der Rehabilitation) hohen Bedarf, die Rollen- und Funktionen des Pflegeberufs zu definieren und damit ein aktualisiertes Selbstverständnis zu etablieren, hat der International Council of Nurses in einem kürzlich veröffentlichten Projektbericht reagiert (White et al., 2025). Die Ergebnisse des INFORM-Projekts legen nahe, diese Diskussion für den Pflegeberuf in der medizinischen Rehabilitation ebenfalls zu führen.

### **Take-Home-Message**

Angeichts der beobachteten Ambivalenz zwischen dem beschriebenen Profil der Pflegefachpersonen und ihrer ausgeübten bzw. wahrgenommenen Rolle im interprofessionellen Reha-Team, braucht es eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Selbstverständnis des Pflegefachpersonals in der medizinischen Rehabilitation.

### **Literatur**

- Haß, U., Zimmer, J.-M., Luizink-Dogan, M., Meyer-Feil, T., Salzwedel, A. (2025): Abschlussbericht zum Projekt INFORM: Unterstützungs- und Fortbildungsbedarf bei Angehörigen der Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation. ResearchGate.
- Körner, M., Becker, S. (2017): Reha-Team und Interprofessionalität. Rehabilitation 2017; 56: 361–364.
- White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D. (2025): Renewing the Definitions of 'nursing' and 'a nurse'.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Akzeptanz und Zufriedenheit von Rehabilitand\*innen mit innovativen Therapiemodulen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach Gelenkersatz (ProSEeG)**

*Madeleine Gernert<sup>1</sup>; Stefan Peters<sup>2</sup>; Andrea Schaller<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Sporthochschule Köln; <sup>2</sup> Universität der Bundeswehr München

### **Hintergrund und Zielstellung**

Um Patient\*innen nach Hüft- oder Knie-Gelenkersatz (TEP) auf dem Weg zurück in die Erwerbstätigkeit bei ihrer Anschlussrehabilitation (AHB) zu unterstützen, wurden im rehapro-Projekt „ProSEeG“ zwei innovative Therapiemodule eingeführt (Gernert et al., 2024). Ein Vorbereitungsseminar, das die Teilnehmenden bereits vor der Operation bio-psycho-sozial auf die AHB vorbereitet und eine Prä-Reha-Woche vor der AHB, die sich durch Einzelanwendungen unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustandes auszeichnet. Für eine nachhaltig erfolgreiche Implementierung einer Innovation ist deren Akzeptanz durch die Teilnehmenden von großer Bedeutung (Proctor et al., 2011). Zudem gilt Zufriedenheit in der rehabilitativen Versorgung als wichtiges Qualitätsmerkmal (Klosterhuis et al., 2010). Daher lautet die Fragestellung: Wie sind die Akzeptanz und die Zufriedenheit der Teilnehmenden hinsichtlich der innovativen Therapiemodule zu bewerten?

### **Methoden**

Die qualitative Interviewstudie wurde im Rahmen der Mixed-Methods-Evaluation des ProSEeG-Projekts durchgeführt. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren: aktuelle Erwerbstätigkeit, erstmaliger Gelenkersatz an unteren Extremitäten aufgrund chronisch-degenerativer Gelenkveränderung, Versicherung bei der DRV Rheinland und Erfüllung der Voraussetzungen für eine AHB. Ausgeschlossen wurden TEP-Wechsel oder TEPs nach akutem Trauma.

In drei Erhebungswellen (April/Mai 2024, Juli 2024, November 2024) wurden leitfadengestützte Interviews (Dauer: 40 ± 10 Minuten) mit insgesamt 13 ProSEeG-Teilnehmenden (7 männlich, 6 weiblich; 5 Knie-TEPs, 7 unilaterale Hüft-TEPs, 1 bilaterale Hüft-TEP) durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde auf Grundlage des Theoretical Framework of Acceptability (TFA) (Sekhon et al., 2017) entwickelt. Zusätzlich wurde offen nach der Zufriedenheit mit den innovativen Therapiemodulen gefragt. Die Auswertung erfolgte als strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit MAXQDA.

### **Ergebnisse**

Drei Hauptkategorien wurden gebildet: Motive zur Teilnahme, Akzeptanz der innovativen Therapiemodule und Zufriedenheit. Die Motive zur Teilnahme waren zielbezogen (z. B. schnell wieder fit werden), interventionsbezogen (z. B. individuelles Vorgehen) oder zukunftsorientiert (Verbesserung der Versorgung von Rehabilitand\*innen). Zur Akzeptanz der innovativen Therapiemodule trugen vor allem Interventionskohärenz und wahrgenommene

Wirksamkeit bei. Die Teilnehmenden schätzten die Möglichkeit, vor der Operation fachlich hochwertig und umfassend über die AHB informiert zu werden, was zu einer Reduktion von Ängsten und Unsicherheiten beitrug. Das intensivisierte und individuelle Vorgehen in der Prä-Reha-Woche wurde als vorteilhaft wahrgenommen, da gezielt auf die Bedürfnisse der Rehabilitand\*innen eingegangen werden konnte. Den größten Aufwand, der mit der Interventionsteilnahme verbunden war, stellte die Anreise zum eintägigen Vorbereitungsseminar dar. Unerwünschte Ereignisse (z. B. verzögerte Wundheilung) wurden kaum berichtet. Die Teilnehmenden äußerten eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit den innovativen Therapiemodulen. Jedoch bestand eine Ambivalenz gegenüber der Anstrengung, die mit der Prä-Reha-Woche verbunden war. Unzufriedenheit entstand, wenn z. B. spezielle Informationen oder Anwendungen fehlten.

## **Diskussion und Fazit**

Insgesamt scheinen die Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmenden hinsichtlich der innovativen Therapiemodule hoch zu sein. Die Interviews weisen darauf hin, dass vorbereitende (prähabilitative) Maßnahmen für TEP-Patient\*innen vor allem auf der psychosozialen Ebene wertvoll sein können. Vor dem Hintergrund der Bedeutung präoperativer Erwartungen für postoperative Outcomes (Mooiweer et al., 2024) stellt das Vorbereitungsseminar eine wichtige Informationsquelle für die Patient\*innen dar. Trotz der positiv wahrgenommenen individuellen Begleitung in der Prä-Reha-Woche blieb diese in der Rehabilitationseinrichtung für einige Rehabilitand\*innen herausfordernd.

## **Take-Home-Message**

Ein Vorbereitungsseminar und/oder eine Prä-Reha-Woche sind aus Rehabilitand\*innenperspektive eine sinnvolle Ergänzung zur AHB.

## **Literatur**

- Gernert, M., Dejonghe, L. A. L., Schöttler, M., Schaller, A. (2024): Innovative Prozesskette zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach endoprothetischem Gelenkersatz: Konzeption und Evaluation des ProSEeG Modellprojektes. B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 40, 1, 18-24.
- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Rehabilitation, 49, 356–67.
- Mooiweer, Y., Roling, L., Vugrin, M., Ansmann, L., Stevens, M., Seeber, G. H. (2024): Influence of patients' preoperative expectations on postoperative outcomes after total knee or hip arthroplasty: a systematic review. EFORT open reviews, 9, 2, 107–118.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., Hensley, M. (2011): Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Administration and policy in mental health, 38, 2, 65–76.
- Sekhon, M., Cartwright, M., Francis, J.J. (2017): Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Services Research, 17, 88.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

# **Akzeptanzuntersuchung von roboter-assistiertem Gangtraining an Unterarmstützen im Akutbereich**

*Sibylle Meyer<sup>1</sup>; Christel Fricke<sup>1</sup>; Anke Mayfarth<sup>2</sup>; Christian Sternitzke<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> SIBIS Institut für Sozial- und Technikforschung GmbH;

<sup>2</sup> TEDIRO Healthcare Robotics GmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Aufgrund des Fachkräftemangels gewinnen digitale Therapieangebote zunehmend an Bedeutung, nicht nur im ambulanten Bereich bspw. mit digitalen Gesundheitsanwendungen, sondern auch im stationären Umfeld. In diesem Kontext könnten mobile Serviceroboter ebenfalls Aufgaben übernehmen, um ein Eigentraining zu ermöglichen und das therapeutische Personal zu entlasten. Es gibt allerdings kaum Studien, die die Akzeptanz derartiger Systeme durch die Patienten beschreiben. So berichten bspw. Karunarathne et al. (2019) und Nomura et al. (2021), dass Senioren lieber Laufübungen gemeinsam mit einem begleitenden mobilen Roboter absolvieren als allein. Ziel dieser Studie ist es, die Akzeptanz eines mobilen Serviceroboters zu untersuchen, der ein Eigentraining mit Monitoring als akutstationäres Gangtraining durchführt.

## **Methoden**

Im Rahmen einer randomisierten, interventionellen Studie an den Waldkliniken Eisenberg im Sommer 2019 wurden 30 Hüft-TEP-Patienten eingeschlossen (jeweils 15 in Kontroll- und Interventionsgruppe; Alter: Ø 62,5 Jahre, Spanne 50,6 - 75,3 Jahre, 17 weiblich). Die Kontrollgruppe bekam das Standard-Physiotherapieprogramm, die Interventionsgruppe ein Gangtraining mit einem mobilen Therapieroboter: Nach einer kurzen Trainingseinführung folgten die Patienten dem Roboter auf dem Gang und erhielten audiovisuelle Korrekturempfehlungen zum mittels 3D-Kamera ausgewerteten Gangbild sowie zum korrekten Stützeinsatz. Details finden sich in Röhner et al. (2021).

Die Patienten wurden prä-interventionell befragt, u. a. zur Technologieaffinität (5-Punkte-Likert-Skala), sowie Roboterakzeptanz in der Therapie (Einstellung zum ergänzenden Robotereinsatz bei ihrer Therapie, Bereitschaft für Robotertraining bei ärztlicher Verordnung, sowie Akzeptanz von Hinweisen des Roboters zum Gangbild; jeweils 3-Punkte-Skala; sowie zur Sympathie, mit einem Roboter zu trainieren (binär codiert). Darüber hinaus wurde die Interventionsgruppe post-interventionell zur Roboternutzung und den Effekten des Trainings befragt.



Abbildung 1: Trainingsroboter in den Waldkliniken Eisenberg (2019) (eigene Aufnahme)

## Ergebnisse

Bezüglich der klinischen Ausgangsparameter gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Technikaffinität, jedoch zeigte die Befragung vor der Intervention eine signifikant höhere Akzeptanzwerte für eine Roboternutzung allgemein sowie speziell den therapeutischen Einsatz. Dagegen gab es keine signifikanten Akzeptanzunterschiede für den Fall einer ärztlichen Verordnung.

Eine Befragung der Robotergruppe nach der Intervention ergab, dass die Erfahrung mit dem Robotertraining 14 von 15 Patienten mit sehr positiv/positiv bewertet wurde, ebenso den Trainingseffekt des roboterassistierten Trainings. Alle Patienten der Robotergruppe stimmten der Frage zu, dass der Roboter sie motivierte, möglichst lange zu trainieren. 10 von 15 Patienten trainierten lieber mit dem Roboter als allein (drei indifferent, zwei stimmten dem nicht zu). Bei der Frage, ob sie lieber mit dem Roboter als mit einem Therapeuten trainieren würden, wählten 11 von 15 den Therapeuten (Rest: indifferent).

Tabelle 1

|                                                  | Kontroll-<br>gruppe | Interventions-<br>gruppe | Differenz (p-Wert,<br>zweiseitiger T-Test, CI<br>95%) |
|--------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|
| Technikaffinität                                 | 3,87                | 4,13                     | p = 0,411 CI [3,67 – 4,33]                            |
| Akzeptanz Robotereinsatz<br>allgemein            | 2,00                | 2,73                     | p = 0,001 CI [2,11 – 2,61]                            |
| Akzeptanz Robotereinsatz<br>mit „Arztverordnung“ | 2,60                | 2,73                     | p = 0,590 CI [2,41 – 2,91]                            |
| Akzeptanz Roboter mit<br>Hinweisen zum Gangbild  | 2,40                | 2,87                     | p = 0,035 CI [2,40 – 2,86]                            |
| Sympathie für<br>Robotertraining                 | 0,64                | 0,87                     | p = 0,216 CI [0,58 – 0,94]                            |

## **Diskussion und Fazit**

Die Akzeptanz des roboter-assistierte Gangtrainings fiel hoch aus, wobei diese Ergebnisse anteilig auf eine höhere Offenheit der Interventionsgruppe zum Robotereinsatz zurückzuführen sein könnte. Die Bedenken der Patienten im Fall einer ärztlichen „Verordnung“ des Robotertrainings fielen geringer aus, möglicherweise aufgrund des Vertrauens in die ärztliche Entscheidung. Patienten bevorzugen nach wie vor eine Betreuung durch die Physiotherapeuten, sehen den Roboter aber als geeignetes Motivationsinstrument für die Unterstützung des Eigentrainings. Serviceroboter mit Therapiefunktion werden von Patienten als ein Baustein wahrgenommen, um das Therapieangebot zu ergänzen. Eine Limitierung der Studie ist die kleine Fallzahl.

## **Take-Home-Message**

Patienten akzeptieren roboter-assistiertes Gangtraining ohne Anwesenheit von Therapeuten als Bestandteil der Physiotherapie

## **Literatur**

- Karunaratne, D., Morales, Y., Nomura, T., Kanda, T., Ishiguro, H. (2019): Will older adults accept a humanoid robot as a walking partner? *International Journal of Social Robotics* 11, 343-358.
- Nomura, T., Kanda, T., Yamada, S., Suzuki, T. (2021): The effects of assistive walking robots for health care support on older persons: A preliminary field experiment in an elder care facility. *Intelligent Service Robotics* 14, 25-32.
- Röhner, E., Mayfarth, A., Sternitzke, C., Layher, F., Scheidig, S., Groß, H.-M., Matziolis, G., Böhle, S., Sander, K. (2021): Mobile Robot-Based Gait Training after Total Hip Arthroplasty (THA) Improves Walking in Biomechanical Gait Analysis, *Journal of Clinical Medicine* 10 (11), 2416.

Interessenkonflikt: Zwei der Autoren haben ein Jahr nach Durchführung der Befragung durch die anderen beiden Autoren ein Unternehmen gegründet, um den Therapieroboter auf den Markt zu bringen.

Förderung: Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft, Förderkennzeichen: 2-15 FE 9-88

# **Beobachtungsstudie zur spezialisierten frühfunktionellen Rehabilitation nach transfemorale Amputation, versorgt mit einem mikroprozessor-gesteuerten Kniegelenk (Kenevo, Ottobock)**

*Johannes Schröter<sup>1</sup>; Natascha Raisig<sup>1</sup>; Andreas Hahn<sup>2</sup>; Frank Traub<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg; <sup>2</sup> Ottobock Healthcare Products GmbH;

<sup>3</sup> Universitätsmedizin Johannes Gutenberg-Universität Mainz

## **Hintergrund und Zielstellung**

Ziel dieser prospektiven Studie ist die Evaluation einer spezialisierten frühfunktionellen Rehabilitation für Patienten nach transfemorale Amputation mit niedrigem Mobilitätsgrad, versorgt mit einem mikroprozessorgesteuerten Kniegelenk (MPK; Kenevo). Das Studienzentrum verfolgt strikt die nationale Leitlinie zur Versorgung von Patienten nach Majoramputation und die Enhanced-Recovery-After-Surgery Kriterien (DGOU, 2019).

## **Methoden**

Probanden der Studiengruppe werden direkt vom Akuthaus in die Rehaklinik verlegt, dort von Beginn an mit einem MPK versorgt und leitliniengerecht rehabilitiert. Die Studiengruppe (n=63) wird mit Probanden der Kontrollgruppe (n=19) aus sieben orthopädischen Rehakliniken verglichen. Die Einschlusskriterien sind transfemorale Amputation oder Knie-Exartikulation und Mobilitätsgrad I – II. Die Zielkriterien umfassen die Mobilität (Prosthetic Limb Users Survey of Mobility), Lebensqualität (EuroQol EQ5D-5L), Reintegration in den Alltag (Reintegration to normal living index) und funktionelle Aspekte, 24 Wochen nach Reha-Beginn.

## **Ergebnisse**

Die Studiengruppe weist eine höhere Mobilität, als auch Lebensqualität als die Kontrollgruppe auf. Sowohl der PLUS-M Score (Studiengruppe:  $44,8 \pm 6,8$ ; Kontrollgruppe:  $37,4 \pm 9,6$ ), als auch der EQ5D-5L Health utility Score (Studiengruppe:  $0,828 \pm 0,2$ ; Kontrollgruppe:  $0,653 \pm 0,3$ ) ist höher. Probanden der Studiengruppe weisen eine 18 % bessere Reintegration in den Alltag (RNLI) am Studienende auf (RNLI Studiengruppe:  $75 \pm 18$  %; Kontrollgruppe:  $57 \pm 28$  %).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass ein früher Einsatz eines MPKs im Rahmen einer spezialisierten frühfunktionellen Rehabilitation zu einer signifikant besseren Mobilität, Lebensqualität und Alltagsteilhabe führt. Diese Befunde stehen im Einklang mit früheren Untersuchungen, die den Nutzen von MPKs (Kenevo) hinsichtlich der Lebensqualität und funktioneller Aspekte hervorheben (Mileusnic et al., 2017; Lansade et al., 2018). Die Lebensqualität der Studiengruppe bei Studienende erreicht ähnlich hohe Werte wie eine gesunde Vergleichsgruppe (Marten, Greiner, 2021). Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung eines frühzeitigen, leitliniengerechten Einsatzes moderner Prothesen im Rahmen eines interdisziplinären Rehabilitationskonzepts.

## Take-Home-Message

Eine spezialisierte frühfunktionelle Rehabilitation mit frühem Einsatz eines mikroprozessor-gesteuerten Kniegelenks verbessert bei transfemorale amputierten Patienten mit niedrigem Mobilitätsgrad signifikant die Mobilität, Lebensqualität und Alltagsteilhabe.

## Literatur

- DGOU (2019): S2k-Leitlinie Rehabilitation nach Majoramputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes). Online: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/033-044>
- Lansade, C., Vicaut, E., Paysant, J., Menager, D., Cristina, M. C., Braatz, F., et al. (2018): Mobility and satisfaction with a microprocessor-controlled knee in moderately active amputees: A multi-centric randomized crossover trial. *Ann Phys Rehabil Med.* 2018;61(5):278-85.
- Marten, O., Greiner, W. (2021): EQ-5D-5L reference values for the German general elderly population. *Health Qual Life Outcomes.* 2021 Mar 6;19(1):76. doi: 10.1186/s12955-021-01719-7.
- Mileusnic, M. (2017): Effects of a Novel Microprocessor-Controlled Knee, Kenevo, on the Safety, Mobility, and Satisfaction of Lower-Activity Patients with Transfemoral Amputation. *J Prosthet Orthot.* 2017;29(4): 198-205.

Interessenkonflikt: Autor AH ist Vollzeitmitarbeiter der Firma Ottobock Healthcare Products GmbH

Förderung: -

## KI-gestützte Gangbildauswertung versus therapeutische Expertise beim Gangtraining mit Unterarmgehstützen

*André Laukner; Anke Mayfarth; Alexander Leipnitz; Christian Sternitzke*

TEDIRO Healthcare Robotics GmbH

## Hintergrund und Zielstellung

Wieweit kommen Mensch und digitale Werkzeuge in der Physiotherapie zu ähnlichen analytischen Einschätzungen? Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Therapeuten bspw. die Teilbelastung von an Unterarmgehstützen laufenden Patienten nicht besonders korrekt und vor allem nicht reliabel diagnostizieren können (z. B. Hurkmans et al., 2009). Verfahren aus dem Bereich Computer Vision könnten hier einen Beitrag leisten, müssen aber entsprechend mittels Trainingsdaten definiert werden. Eine Herausforderung hierbei ist es, wenn es um Therapieansätze geht, für die keine „ground truth“ existiert, bspw. eine objektiv messbare Gewichtsbelastung wie im Fall der Teilbelastung.

In dieser Studie wurde die Güte einer mobilen Gangbildauswertung evaluiert, die durch einen mobilen Roboter zur selbständigen Durchführung von Gangtrainings an Unterarmgehstützen bei Patienten nach Eingriffen am unteren Bewegungsapparat implementiert wurde. Der Roboter erfasst Patienten bei diesem Gangtraining mittels einer Tiefenkamera, nutzt hierbei Algorithmen aus dem Bereich Computer-Vision zur Posenerkennung, charakterisiert das



Gangbild durch Vergleich mit hinterlegten Regeln zur Gangfehlererkennung und gibt Korrektorempfehlungen für detektierte Gangfehler nebst Stützeinsatz mit der höchsten Priorisierung aus. Die hierbei stattfindende Detektion von Gangfehlern sollte mit der Erkennungsqualität von Physiotherapeuten verglichen werden, um Sensitivität und Spezifität der Gangbildauswertung zu ermitteln.

## **Methoden**

Im Rahmen einer monozentrischen klinischen Studie an den Waldkliniken Eisenberg (Ethikkommission UKJ 2021-2282-BO) durchgeführten Beobachtungsstudie absolvierten 22 Hüft-TEP-Patienten ein Gangtraining an Unterarmstützen (sechs Trainings im 2-Punktgang, 32 Trainings im 3-Punktgang) mit einem experimentellen Gangtrainingsroboter THERY UAG der Firma TEDIRO Healthcare Robotics GmbH. Das Gangtraining wurde mittels einer Kamera aufgezeichnet (295 min, 38 Trainings). Diese Daten wurden sowohl mittels der Gangbildauswertung von THERY UAG hinsichtlich Gangfehler klassifiziert als auch unabhängig voneinander von fünf Physiotherapeuten mit mehrjähriger Berufserfahrung annotiert. In Ermangelung etablierter Assessments, die für einen Vergleich herangezogen werden könnten, wurde ein zuvor von mehreren Therapeuten festgelegter Gangfehlerkanon als Bewertungsgrundlage genutzt, der auch den Algorithmen des Roboters zugrunde lag. Dazu zählten der Stützenablauf, Gewichtsverlagerungen, Schrittlänge, Gelenkbewegungen in Gangphasen, die Oberkörperhaltung sowie die Spurbreite mit Unterkategorien, in Summe 18 verschiedene Gangfehlerarten. Hierzu wurde ein selbstentwickeltes Video-Annotationstool herangezogen, in dem die Therapeuten die jeweiligen Fehler im Video zeitlich markieren konnten.

Anschließend wurde die Fehlerhäufigkeit, die Art der Fehler usw. auf Schrittebene ausgewertet. Es wurde zudem die Sensitivität und Spezifität von THERY UAG ermittelt und mit den Therapeuten dahingehend verglichen, ob irgendeiner der Therapeuten zum jeweiligen Zeitpunkt einen Gangfehler identifizierte.

## **Ergebnisse**

Die Anzahl der insgesamt detektierten Gangfehler lag beim Roboter bei 21.060. Drei Therapeuten kamen auf vergleichbare Werte, während zwei Therapeuten 25-30 % weniger Gangfehler registrierten. Der Roboter identifizierte insgesamt deutlich mehr unterschiedliche Fehlerarten als die jeweiligen Therapeuten. Interessanterweise ist die Übereinstimmung bei erkannten Gangfehlern zwischen den Therapeuten sehr gering: alle fünf Therapeuten waren sich nur in 2 % der Fälle einig, dass der gleiche Gangfehler vorlag. Dagegen lag in 45 % der Fälle keine Übereinstimmung unter den Therapeuten vor.

Die Sensitivität der fünf Therapeuten lag im Durchschnitt bei 33,6 % (vs. 31,2 % bei THERY UAG), die Spezifität bei 98,42 % (vs. 86,4 % bei THERY UAG).

## **Diskussion und Fazit**

Die geringe Reliabilität in der Ermittlung von Gangfehlern zwischen den Therapeuten zeigt auf, wie subjektiv eine menschliche Diagnose und perspektivisch die darauf aufbauende Therapie ausfallen kann, aber auch, wie wichtig standardisierte Messinstrumente sind. Die Auswertung untermauert auch, dass durch digitale Lösungen perspektivisch eine genauere Bewertung der Diversität der Gangfehler ermittelt werden kann.

Die Sensitivität von THERY UAG erscheint auf den ersten Blick, bspw. im Vergleich zu anderen Computer-Vision-basierten Verfahren der Bewegungsanalyse (z. B. Rabe et al., 2020) gering. Allerdings ist dem entgegenzuhalten, dass Therapeuten vergleichbare Ergebnisse liefern. Die Spezifität hingegen liegt um 12 Prozentpunkte unter der der Therapeuten, mit ca. 86 % allerdings am oberen Rand, was für KI-basierte Bewegungsanalyse-Tools berichtet wird (Rabe et al., 2020).

### **Take-Home-Message**

Die Diagnose von Gangfehlern durch Physiotherapeuten erfolgt in hohem Maße uneinheitlich, während computer-visionsbasierte Auswertungen Gangfehler standardisiert mit ähnlicher Genauigkeit erkennen können.

### **Literatur**

Hurkmans, H., Bussmann, J., Benda, E., (2009): Validity and interobserver reliability of visual observation to assess partial weight-bearing. Archives of physical medicine and rehabilitation 90 (2), 309-313.

Rabe, S., Azhand, A., Pommer, W., Müller, S., Steinert, A. (2020): Evaluation and Accuracy of a Mobile App to Assess Fall Risk in Seniors: Retrospective Case-Control Study, JMIR Aging 3 (1), e16131.

Interessenkonflikt: Alle Autoren sind Angestellte des Unternehmens, dass die beschriebene Technologie vermarktet. Zwei der Autoren sind zudem auch Gesellschafter.

Förderung: EU Horizon 2-2- Digital Innovation Hub Healthcare Robotics, grant agreement no. 825--3

## **Verläufe der Arbeitsfähigkeit nach Hüft- und Knie-Totalendoprothese: eine Latent Class Growth Analysis**

*Madeleine Gernert<sup>1</sup>; Michael Schuler<sup>2</sup>; Lea A. L. Dejonghe<sup>3</sup>; Andrea Schaller<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Sporthochschule Köln; <sup>2</sup> Hochschule Bochum

<sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Rheinland; <sup>4</sup> Universität der Bundeswehr München

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Jahr 2023 wurden 29,9 % aller Hüft- und 34,7 % aller Knieerstimplantationen bei unter 65- Jährigen durchgeführt (Grimberg et al., 2024). Obwohl die subjektive Arbeitsfähigkeit ein zentrales Behandlungsziel für erwerbstätige Patient\*innen darstellt, ist über die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit nach Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP) bisher wenig bekannt. Da TEP-Patient\*innen unterschiedliche Genesungsverläufe zeigen, könnte sich auch die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich entwickeln (Hylkema et al., 2021). Der vorliegende Beitrag behandelt die Fragestellungen:

- (1) Zeigen sich innerhalb eines Jahres nach Hüft- und Knie- TEP unterschiedliche Verlaufsgruppen hinsichtlich der subjektiven Arbeitsfähigkeit?
- (2) Sind präoperative Faktoren oder andere postrehabilitative Faktoren ein Jahr nach der Rehabilitation mit diesen Verlaufsgruppen assoziiert?

## Methoden

Die prospektive Längsschnittstudie wurde im rehapro-Projekt „ProSEeG“ durchgeführt und umfasste 146 berufstätige Patient\*innen (62 % männlich, 87 % > 50 Jahre alt). Davon erhielten 51 Personen eine Hüft-TEP und 95 Personen eine Knie-TEP. Einschlusskriterien waren: aktuelle Erwerbstätigkeit, erstmaliger Gelenkersatz an unteren Extremitäten aufgrund chronisch-degenerativer Gelenkveränderung, Versicherung bei der DRV Rheinland oder Rheinland-Pfalz und Erfüllung der Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation (AHB). Ausgeschlossen wurden TEP-Wechsel oder TEPs nach akutem Trauma. Alle durchliefen eine stationäre AHB nach Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund, 2020). Eine anschließende Teilnahme an Nachsorgeprogrammen war optional.

Die subjektive Arbeitsfähigkeit wurde mit dem Work Ability Score (Ahlstrom et al., 2010) zu fünf Messzeitpunkten erhoben: vor der Operation (T0), am Ende der AHB (T2), sowie 3 Monate (T3), 6 Monate (T4) und 12 Monate (T5) nach AHB-Beginn. Zusätzlich enthielten die Fragebögen soziodemografische, gesundheits-, rehabilitations- und arbeitsbezogene Variablen, unter anderem zu Beginn der AHB gemessen (T1).

Mit der Software MPlus wurde eine Latent Class Growth Analysis (LCGA) durchgeführt, um unterschiedliche Verlaufsguppen der Arbeitsfähigkeit zu identifizieren. Fehlende Werte wurden mit dem Full-Information-Maximum-Likelihood-Verfahren (FIML) geschätzt. Bei der Auswahl der passenden Anzahl an Verlaufsguppen wurden Modellgütekriterien sowie logische Interpretierbarkeit und Sparsamkeit beachtet. Univariate multinominale logistische Regressionsanalysen untersuchten die Assoziationen präoperativer und post-rehabilitativer Faktoren mit den identifizierten Verlaufsguppen. Hier wurde für fehlende Werte die Multiple Imputation eingesetzt.

## Ergebnisse

Von den 146 Teilnehmenden zur Baseline lagen am letzten Messzeitpunkt 102 Fragebögen vor (30 % lost-to-follow-up). Die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit wurde vor der Operation (T0) mit  $4,3 \pm 2,8$  von 10 Punkten bewertet. Nach der Operation und Rehabilitation (T2) war sie niedriger ( $2,8 \pm 2,5$ ), stieg danach jedoch kontinuierlich an und erreichte  $4,4 \pm 3,4$  (T3),  $5,9 \pm 3,4$  (T4) und schließlich  $6,1 \pm 3,1$  (T5) von 10 Punkten.

Die LCGA identifizierte drei unterschiedliche Verlaufsguppen der Arbeitsfähigkeit innerhalb eines Jahres nach Hüft-/Knie-TEP (siehe Tabelle 1): keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (24,5 %), verzögerte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (36,6 %) und frühe Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (38,9 %). Im Vergleich zur Verlaufsguppe ohne Verbesserung der Arbeitsfähigkeit waren eine niedrigere Schmerzintensität, eine höhere Funktionsfähigkeit im Alltag und ein geringeres Risiko für eine besondere berufsbezogene Problemlage (BBPL) vor der Operation sowie eine geringere Schmerzintensität ein Jahr nach der AHB mit den Verlaufsguppen mit verzögerter und früher Verbesserung der Arbeitsfähigkeit assoziiert.

Tabelle 1: Geschätzte Mittelwerte (und Standardfehler) der Arbeitsfähigkeit in den drei identifizierten Verlaufsklassen zu den Messzeitpunkten T0 (vor der Operation), T2 (am Ende der AHB), T3 (3 Monate nach AHB-Beginn), T4 (6 Monate nach AHB-Beginn) und T5 (12 Monate nach AHB-Beginn).

| Identifizierte Verlaufsgruppen                                       | T0           | T2           | T3           | T4           | T5           |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit</b><br>(n=36; 24.5%)      | 2.4<br>(0.6) | 1.5<br>(0.4) | 1.9<br>(0.6) | 0.4<br>(0.2) | 2.3<br>(0.7) |
| <b>Verzögerte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit</b><br>(n=54; 36.6%) | 4.2<br>(0.4) | 2.3<br>(0.3) | 2.8<br>(0.4) | 5.5<br>(0.4) | 5.6<br>(0.4) |
| <b>Frühe Verbesserung der Arbeitsfähigkeit</b><br>(n=57; 38.9%)      | 5.7<br>(0.4) | 4.0<br>(0.4) | 7.3<br>(0.6) | 8.9<br>(0.2) | 8.5<br>(0.3) |

## Diskussion und Fazit

Die meisten erwerbstätigen TEP-Patient\*innen erleben nach der üblichen Behandlung von Operation, AHB und optionaler Teilnahme an Nachsorgeprogrammen innerhalb eines Jahres eine Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit. Allerdings ist dies bei einem Viertel der Patient\*innen nicht der Fall. Mögliche Ansätze zur Unterstützung dieser Patient\*innen könnten prähabilitative Maßnahmen und eine gezieltere Schmerztherapie sein.

## Take-Home-Message

Die Betrachtung der im Durchschnitt steigenden Arbeitsfähigkeit nach Hüft-/Knie-TEP innerhalb eines Jahres verdeckt, dass ein Viertel der Patient\*innen eine gleichbleibend geringe Arbeitsfähigkeit aufweist.

## Literatur

- Ahlstrom, L., Grimby-Ekman, A., Hagberg, M., Dellve, L. (2010): The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health--a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health*, 36, 5. 404–12.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund (2020): Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin.
- Grimberg, A., Kirschner, S., Lützner, J., Melsheimer, O., Morlock, M., Steinbrück, A. (2024): Jahresbericht 2024. Mit Sicherheit mehr Qualität. Berlin: EPRD Deutsches Endoprothesenregister.
- Hylkema, T. H., Stevens, M., van Beveren, J., Rijk, P. C., Brouwer, R. W., Bulstra, S. K., Kuijer, P. P. F. M., Brouwer, S. (2021): Recovery Courses of Patients Who Return to Work by 3, 6 or 12 Months After Total Knee Arthroplasty. *Journal of occupational rehabilitation*, 31, 3 .627–637.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

# Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei der Förderung beruflicher Teilhabe in Deutschland. Eine Analyse auf Basis der DRV-Routinedaten

*Nico Seifert; Marco Streibelt*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### Hintergrund und Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) erbringt medizinische Rehabilitationsleistungen, um krankheits- oder behinderungsbedingte Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu verringern und eine stabile Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Neben der klinischen Perspektive der Evidenzbasierung ist es auch auf Versorgungssystemebene angesichts der erheblichen Ausgaben notwendig, die Wirksamkeit dieser Leistungen bei der Förderung beruflicher Teilhabe empirisch zu belegen (Deutsche Rentenversicherung, 2024).

### Methoden

Die Analysen basieren auf monatlichen Paneldaten aus den DRV-Routinedaten für die Jahre 2015 bis 2019. Die Treatmentgruppe umfasst Personen, die 2017 eine medizinische Rehabilitation begonnen und abgeschlossen haben. Zur Schätzung des Rehabilitationseffekts auf die Arbeitsmarktteilhabe werden Fixed Effects Individual Slopes-Modelle verwendet, die auf einem intraindividuellen Vergleich der Beschäftigungswahrscheinlichkeit vor und nach der Rehabilitation beruhen (Brüderl, Ludwig, 2015; Rüttenauer, Ludwig, 2023). Durch die ausschließliche Nutzung der Within-Variation wird effektiv für jegliche zeitinvarianten Störfaktoren kontrolliert. Des Weiteren isoliert der Ansatz den Treatmenteffekt von individuellen Beschäftigungstrends. Zusätzlich erfolgte in den Modellen eine Kontrolle für verschiedene zeitvariierende Störfaktoren (z. B. Krankengeldbezug, Arbeitslosigkeit und Saisoneffekte). Die Analysen werden getrennt für die Anschlussrehabilitation (AHB) und die reguläre medizinische Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen durchgeführt. Weitere Analysen sind nach dem Ausmaß der Teilhabestörung stratifiziert, das aus der Zahl der Krankengeldtage im Jahr vor der Rehabilitation abgeleitet wird.

### Ergebnisse

Bei der AHB sinkt die Beschäftigungswahrscheinlichkeit im Monat vor der Rehabilitation abrupt, was auf das akute Gesundheitsereignis zurückzuführen ist. Im ersten Monat nach der Rehabilitation sinkt die Wahrscheinlichkeit weiter. Ab dem zweiten bis dritten Monat steigt sie wieder an und erreicht nach dem vierten bis sechsten Monat ein stabiles Plateau, das dem Niveau vor dem Akutereignis entspricht. Für die reguläre Rehabilitation zeigt sich eine graduelle Abnahme der Beschäftigungswahrscheinlichkeit in den Monaten vor der Rehabilitation, bedingt durch die Verschlechterung des chronischen Zustandes. Bereits im ersten Monat nach der Rehabilitation nimmt sie jedoch wieder zu und erreicht nach dem vierten bis sechsten Monat ein Plateau, das dem Niveau ein Jahr vor der Rehabilitation

entspricht. Personen mit einer höheren Zahl an Krankengeldtagen im Jahr vor der Rehabilitation profitieren in beiden Fällen stärker von der Rehabilitation.

## **Diskussion und Fazit**

Die Studie analysiert erstmals die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation auf Ebene des Versorgungssystems auf der Basis repräsentativer Daten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die medizinische Rehabilitation in Deutschland die berufliche Teilhabe fördert. Die beobachteten Verläufe für AHB und die normale medizinische Rehabilitation sind thesenkonform. Der Rehabilitationseffekt ist stärker bei Personen mit ausgeprägteren Teilhabestörungen. Um diese Schlussfolgerung zu bestätigen, sind weitere Studien mit innovativen Forschungsdesigns notwendig.

## **Take-Home-Message**

Die medizinische Rehabilitation wirkt und verbessert die Erwerbschancen von Menschen mit bestehenden oder drohenden Behinderungen.

## **Literatur**

Brüderl, J. , Ludwig, V., (2015): Fixed-Effects Panel Regression. S. 327–358 in: H. Best, C. Wolf (Hrsg.), The SAGE handbook of regression analysis and causal inference. Los Angeles, California: SAGE Reference.

Deutsche Rentenversicherung, 2024: Reha-Bericht 2024. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2024.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html).

Rüttenauer, T., Ludwig, V. (2023): Fixed Effects Individual Slopes: Accounting and Testing for Heterogeneous Effects in Panel Data or Other Multilevel Models. Sociological Methods & Research 52: 43–84.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Entwicklung, Evaluierung und Vergleich von ML-Modellen zur Prognose der Rehabilitationsergebnisse nach Knieprothesen-Implantation**

*Niclas Hubel<sup>1</sup>; Jasmin Neumann<sup>1</sup>; Sebastian Granz<sup>1</sup>; Ferdinand Prüfer<sup>2</sup>; Bernhard Holzner<sup>3</sup>; Michael Fischer<sup>4</sup>; Vincent Grote<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ACMIT GmbH - Austrian Center for Medical Innovation and Technology;

<sup>2</sup> Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research;

<sup>3</sup> Medizinische Universität Innsbruck; <sup>4</sup> Rehabilitationszentrum Kitzbühel Betriebs-GmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Trotz standardisierter Rehabilitationsprogramme zeigen Patient:innen nach einer Knie-Arthroplastik eine hohe Variabilität im funktionellen Genesungsverlauf. Ein relevanter Anteil erreicht die angestrebten funktionellen Verbesserungen während der stationären

Rehabilitation nicht (Grote et al., 2020). Die frühe Identifikation von Patient:innen mit geringem Rehabilitationserfolg könnte dazu beitragen, rehabilitative Maßnahmen gezielter zu steuern, Ressourcen effizient einzusetzen und eine personalisierte Nachsorge einzuleiten. Allerdings existiert bislang nur wenig Forschung zu (KI-basierten) Prognosemodellen, die speziell auf die Vorhersage von Behandlungsergebnissen bei Kniepatient:innen abzielt (Karlin et al., 2023).

Das Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung, Evaluierung und der Vergleich von Modellen zur Vorhersage der Rehabilitationsergebnisse nach Knieprothesen-Implantation.

## **Methoden**

Daten des Rehabilitationszentrums in Kitzbühel (AT) aus den Jahren 2018 bis 2023 wurden retrospektiv analysiert. Alle Patient:innen (N=2313), die die dreiwöchige stationäre Rehabilitation nach Knie Arthroplastik vollständig absolviert hatten, wurden eingeschlossen und zufällig auf Trainings- und Testdatensatz aufgeteilt (70/30-Verhältnis). Patient:innen, welche aufgrund von Deckeneffekten keine relevante Verbesserung mehr erreichen konnten ((Aufnahmewert + MCID) > Skalenmaximum), wurden nicht berücksichtigt.

Die Zielvariablen umfassten einen Leistungstest (Timed Up and Go, TUG), ein generisches (EQ-5D-5L-Index, EQ-5D) und ein krankheitsspezifisches (Western Ontario and McMaster Arthritis Index, WOMAC) Patient-Reported Outcome Measure (PROM). Verteilungsbasiert wurden 0,2 Standardabweichungen der Differenz zwischen Aufnahme- und Entlassungswert als minimale klinisch relevante Verbesserung (MCID) definiert. Mit Hilfe der Aufnahmewerte und weiterer demographischer Variablen (u. a. Alter, Geschlecht) wurde das Nicht-Erreichen dieses MCIDs vorhergesagt.

Die Modellentwicklung erfolgte mit AutoGluon (v1.4.0), einem Open-Source-Framework für automatisiertes maschinelles Lernen, welches mehrere Basismodelle zu einem Ensemble aggregiert (Erickson et al., 2020). Als Referenz wurden univariate Logistische Regressionen mit dem Aufnahmewerte der jeweiligen Zielvariable als einzigem Prädiktor durchgeführt und mittels DeLong Test verglichen.

## **Ergebnisse**

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe betrug 65,4 Jahre ( $\pm 12,9$ ), 63 % Prozent der Stichprobe waren weiblich. Für den TUG erreichten 18,5 % kein MCID, für den WOMAC 26,5 % und für den EQ5D 43,0 %. Das multivariate Ensemble lieferte deskriptiv jeweils die höchste AUC, und übertraf die univariate Regression für den TUG (AUC=0.84;  $p = .04$ ), nicht jedoch für WOMAC (AUC=0.74;  $p = .06$ ) und EQ5D (AUC=0.78;  $p = .53$ ). Alle Modelle wiesen eine akzeptable Kalibrierung auf (Abbildung 1), allerdings nur für Werte im niedrigen Wahrscheinlichkeitsbereich. Wenig überraschend stellten die Aufnahmeparameter der Zielvariablen die stärksten Prädiktoren für die Modelle dar.

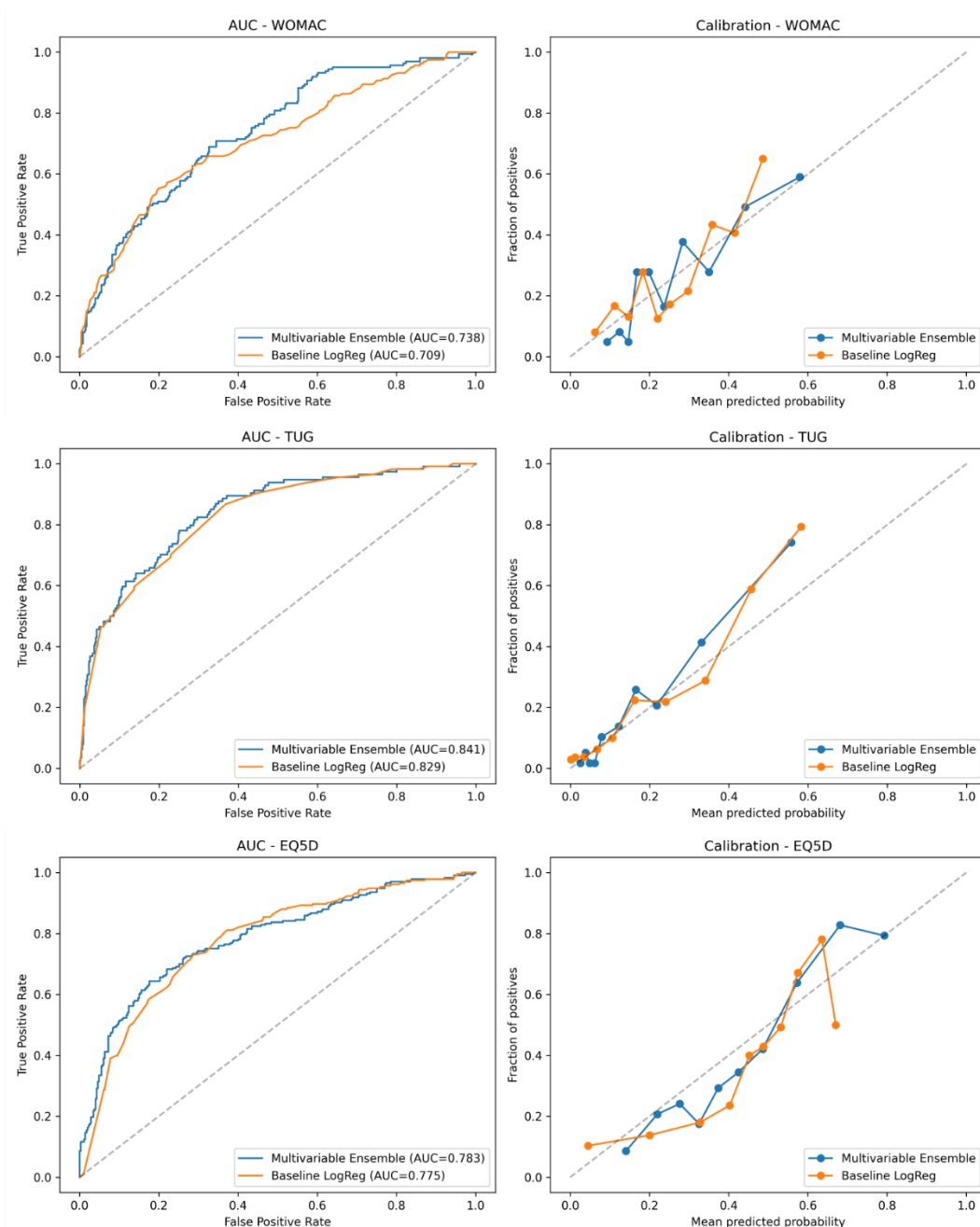


Abbildung 1: ROC- und Kalibrierungskurven der Prognosemodelle für das Nicht-Erreichen eines MCIDs bei TUG, EQ-5D und WOMAC

## Diskussion und Fazit

Das Nicht-Erreichen einer klinisch relevanten Verbesserung nach absolvierter Rehabilitation lässt sich bei Kniepatient:innen gut bis sehr gut vorhersagen. Komplexe Algorithmen übertrafen durchweg die univariate Regression, allerdings nur signifikant für den Leistungstest. Eine potenzielle Erklärung ist der starke Zusammenhang zwischen Aufnahmewert und MCID (vgl. (Browne et al., 2010)). Dieser limitiert das Potential der Ensemble Modelle nicht lineare Verbindungen aus heterogenen Informationsquellen zu schöpfen. Die besten Resultate wurden für den Leistungstest erzielt. PROMs ließen sich etwas schlechter prognostizieren, was auf höhere subjektive Varianz und nicht erhobene Einflussgrößen hinweist, etwa psychosoziale oder kontextuelle Faktoren, die in der Routinedokumentation nicht erfasst werden (Matko et al., 2025).



Weitere Forschung ist notwendig, um die praktische Implementierung sowie die klinischen, organisatorischen und ethischen Auswirkungen solcher Modelle systematisch evaluieren.

### **Take-Home-Message**

KI-gestützte Vorhersagemodelle können helfen Patient:innen mit geringem Rehabilitationserfolg frühzeitig zu erkennen, erfordern jedoch weitere Forschung hinsichtlich ihrer Anwendung in der Versorgungspraxis.

### **Literatur**

- Browne, J. P., van der Meulen, J. H., Lewsey, J. D., Lamping, D. L., Black, N. (2010): Mathematical coupling may account for the association between baseline severity and minimally important difference values. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8), 865–874. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.10.004>
- Erickson, N., Mueller, J., Shirkov, A., Zhang, H., Larroy, P., Li, M., Smola, A. (2020): AutoGluon-Tabular: Robust and Accurate AutoML for Structured Data. *arXiv preprint arXiv:2003.06505*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2003.06505>
- Grote, V., Unger, A., Böttcher, E., Muntean, M., Puff, H., Marktl, W., Mur, E., Kullich, W., Holasek, S., Hofmann, P., Lackner, H. K., Goswami, N., Moser, M. (2020): General and Disease-Specific Health Indicator Changes Associated with Inpatient Rehabilitation. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 2017.e10-2017.e27. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.034>
- Karlin, E. A., Lin, C. C., Meftah, M., Slover, J. D., Schwarzkopf, R. (2023): The Impact of Machine Learning on Total Joint Arthroplasty Patient Outcomes: A Systemic Review. *The Journal of Arthroplasty*, 38(10), 2085–2095. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2022.10.039>
- Matko, Š., Vetrano, C., Cristea, D., Riedl, P., Prüfer, F., Fischer, M. J., Steinecker-Frohnwieser, B., Stamm, T., Grote, V. (2025): What matters in rehabilitation: A mixed methods study of critical success factors from the perspectives of patients and healthcare professionals. *European Journal of Translational Myology*, 35(3). <https://doi.org/10.4081/ejtm.2025.14060>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: ACMIT GmbH

## **Evaluating the Effectiveness of Return-to-Work Rehabilitation in Germany: Evidence from Administrative Data**

*Daniel Brüggmann*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

The German Statutory Pension Insurance (Deutsche Rentenversicherung, DRV) is legally mandated to maintain employability and prevent disability. For individuals with health impairments, it provides medical and occupational rehabilitation programs designed to

preserve work ability, income, and quality of life. In light of demographic change and an ageing workforce, these interventions are increasingly important for preventing early labour market exit.

From a social investment perspective, rehabilitation should be seen not as a cost but as an investment in human capital and fiscal sustainability. Yet, robust causal evidence on its long-term employment effects remains scarce.

This study estimates the causal employment effects of medical return-to-work (RTW) rehabilitation in Germany using modern causal inference methods. Applying the Target Trial Emulation (TTE) framework allows us to approximate the design logic of a randomized controlled trial (RCT) with observational administrative data. It represents one of the first applications of TTE in rehabilitation and health services research.

## **Methoden**

The analysis draws on administrative data from the DRV, including all insured persons who applied for medical rehabilitation in 2016. To ensure a clearly defined starting point (time zero), only first-time applicants were included, eliminating bias from prior participation and allowing changes after initial exposure to be captured accurately.

The study uses a random sample of 13,179 applicants, of whom 9,811 started rehabilitation within a 52-week grace period after application. The treatment group includes these participants, while the control group consists of those whose applications were rejected, deferred, or not taken up within this timeframe. Individuals were censored at retirement, death, or loss of follow-up.

Following the approach of Hernán, Robins (2016), Maringe et al. (2020) and Murray et al. (2025), each record was duplicated (“cloned”), with one assigned to treatment and the other to control. Observations were censored when individuals deviated from their assigned strategy, and inverse probability weighting was used to correct for selective censoring (Cloning–Censoring–Weighting, CCW).

The outcome is regular employment subject to social insurance contributions, observed over a 312-week follow-up. This dynamic design captures the evolving nature of rehabilitation, where treatment intensity and duration depend on individual recovery.

## **Ergebnisse**

The employment trajectory follows a clear pattern. Shortly after application, a temporary lock-in effect occurs: employment among rehabilitants is up to five percentage points lower than in the control group. Around 30–40 weeks later, this reverses. Over the full observation period, the average employment difference is about +11 percentage points, fluctuating between +7 and +16, with peaks near +18. The positive effect remains stable across the six-year follow-up, demonstrating a sustained long-term employment impact of medical rehabilitation.

The findings provide strong empirical evidence that RTW rehabilitation supports labour-market reintegration and helps maintain employment among persons with health impairments.

## **Diskussion und Fazit**

RTW rehabilitation under the German pension system yields substantial and lasting employment benefits. Within the social investment framework, these results indicate that rehabilitation generates measurable returns – both for individuals and for public finances.

Methodologically, the study highlights the value of Target Trial Emulation as a transparent and rigorous framework for causal inference in health services research. By aligning observational data analysis with the logic of randomized trials, TTE mitigates common biases such as immortal time and selection bias. Its ability to model dynamic treatment processes makes it particularly suitable for complex, time-varying interventions.

The validity of findings depends on the completeness and accuracy of administrative data (Hernán, Robins, 2016) and on correct model specification for censoring and weighting (Maringe et al., 2020). Nevertheless, TTE offers a powerful means of deriving credible, policy-relevant evidence from real-world data.

## **Take-Home-Message**

Return-to-work rehabilitation in Germany significantly improves long-term employment and should be recognised as a social investment with measurable returns.

## **Literatur**

- Hernán, M. A., Robins, J. M. (2016): Using Big Data to Emulate a Target Trial When a Randomized Trial Is Not Available. *Am J Epidemiol*, 183(8), 758–764.
- Maringe, C., Benítez Majano, S., Exarchakou, A., Smith, M., Rachet, B., Belot, A., Leyrat, C. (2020): Reflection on modern methods: trial emulation in the presence of immortal-time bias. Assessing the benefit of major surgery for elderly lung cancer patients using observational data. *Int J Epidemiol*, 49(5), 1719–1729.
- Murray, J., Chesang, C., Large, S., Bicknell, C., Freeman, C., Keogh, R. H., Sharples, L. D. (2025): Trial emulation to assess the effect of surgery on survival when there are competing risks, with application to patients with thoracic aortic aneurysms. *J Clin Epidemiol*, 181, 111714.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation: Analysen mit Methoden des Machine Learning**

*Mathis Elling<sup>1</sup>; Christian Hetzel<sup>1</sup>; Nadine Sängler<sup>1</sup>; Betje Schwarz<sup>1</sup>; Nico Seifert<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH  
an der Deutschen Sporthochschule Köln;

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Ob Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach einer medizinischen Rehabilitation wieder in Arbeit zurückkehren, hängt von zahlreichen Faktoren ab – etwa von der gesundheitlichen Situation, der Erwerbsbiografie oder den Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt (Bethge et al., 2025; Elling et al., 2025). Bisher wurden entsprechende Vorhersagemodelle meist mithilfe logistischer Regression geschätzt. Um komplexe Zusammenhänge und Wechselwirkungen explorativ – also ohne a-priori-Spezifikation – zu untersuchen, haben wir Verfahren des maschinellen Lernens eingesetzt. Ziel war die Entwicklung eines Modells, das die Rückkehr in Arbeit anhand von Informationen vor oder zu Beginn der Rehabilitation vorhersagen kann. Ein solches Baseline-Modell könnte somit in der klinischen Praxis zur frühzeitigen Risikoerkennung eingesetzt werden.

## **Methoden**

Analysiert wurden Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung von 685.890 Personen, die zwischen Januar 2018 und Dezember 2021 eine medizinische Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen erhielten. Mit einem Verfahren des Maschinellen Lernens (LightGBM) haben wir ein Vorhersagemodell auf einem Teil der Daten trainiert und auf einem unabhängigen Testdatensatz validiert. Da es sich bei Verfahren des Maschinellen Lernens grundsätzlich um Black-Box-Modelle handelt, haben wir zusätzlich das Explainable-AI-Verfahren SHAP angewendet, um die wichtigsten Einflussfaktoren und Interaktionen im Modell zu erklären.

## **Ergebnisse**

Das Modell zeigte eine gute Vorhersagegüte (Accuracy: 0,815; Precision: 0,829; Recall: 0,900; AUC: 0,867). Die fünf wichtigsten Merkmale für die RTW-Vorhersage waren: (1) Anzahl der Beschäftigungstage im Kalenderjahr vor der Rehabilitation, (2) Einkommen im selben Zeitraum, (3) Arbeitsunfähigkeit bei Reha-Aufnahme, (4) Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den zwölf Monaten vor der Rehabilitation sowie (5) die Stellung im Beruf. Eine interessante Interaktion zeigte sich beispielsweise zwischen Alter und Einkommen ("Kipppunkt" im moderierenden Einkommenseffekt auf den Alterseffekt ab der Altersgruppe 55-59 Jahre).

## **Diskussion und Fazit**

Maschinelles Lernen eröffnet weiterführende Möglichkeiten, administrative Routinedaten für die Reha-Forschung und -Praxis zu nutzen. Der Ansatz bestätigte zentrale Prädiktoren früherer Studien – insbesondere Einkommen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit – und zeigt, dass prä-rehabilitative Merkmale eine orientierende Einschätzung der RTW-Wahrscheinlichkeit erlauben.

## Take-Home-Message

Maschinelles Lernen ermöglicht eine frühzeitige, datenbasierte Einschätzung der Rückkehrchancen nach Rehabilitation.

## Literatur

- Bethge, M., Zollmann, P., Albers, R., Greitemann, B., Streibelt, M. (2025): Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation.
- Elling, J. M., Sängler, N., Schwarz, B., Seifert, N., Hetzel, C. (2025): Return to Work After Medical Rehabilitation for Musculoskeletal Disorders in Times of the COVID-19 Pandemic: A Retrospective Cohort Study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Vorhersage von individuellem psychosomatischen Rehabilitationserfolg mit Hilfe von maschinellem Lernen

*Paul-Gerrit Velthuysen<sup>1</sup>; Christoph Kröger<sup>1</sup>; Axel Kobelt-Pönicke<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Universität Hildesheim; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

## Hintergrund und Zielstellung

Ungefähr 20 bis 30 % aller Rehabilitant\*innen erzielen durch psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen keine signifikante Symptomreduktion (Reuter et al., 2014). Akkurate Prognosemodelle von individuellem Behandlungserfolg könnten helfen, Non-Responder sowie aussichtsreiche alternative Behandlungskonzepte zu identifizieren. Aus den Bereichen der Psychotherapieforschung (Hilbert et al., 2020) sowie der orthopädischen Rehabilitationsforschung (Tschuggnall et al., 2021) gibt es Hinweise, dass Prognosemodelle von individuellem Behandlungserfolg, die auf Basis von maschinellem Lernen trainiert wurden, traditionellen Prognosemodellen (z. B. Regressionsanalysen) überlegen sind. Für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation sind die Potenziale des maschinellen Lernens zur Prognose des Behandlungserfolges jedoch noch weitgehend unerforscht. Die vorliegende Studie untersucht daher, inwieweit Random Forest (RF)-Modelle zur Prognose des individuellen Behandlungserfolges hinsichtlich der Erfolgsdimensionen Symptomschwere, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Interpersonelle Beziehungsgestaltung und Selbstwirksamkeit genutzt werden können sowie welche Prädiktoren hierbei relevant sind.

## Methoden

Der genutzte Sekundärdatensatz enthält die Routinediagnostik von N = 1.886 Versicherten, die eine stationäre psychosomatische Rehabilitation absolviert haben. Behandlungserfolg wurde über eine indirekte Veränderungsmessung von vier Skalen (Psychische und Somatoforme Beschwerden, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten,

Selbstwirksamkeit) der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) operationalisiert. Für jede untersuchte Erfolgsdimension wurde ein separates Prognosemodell erstellt. Zunächst wurden anhand des Trainingsdatensatzes (70 % des Gesamtdatensatzes) relevante Prädiktoren identifiziert sowie der Modellparameter  $mtry$  optimiert. Die optimierten Modelle wurden anschließend anhand des Validierungsdatensatzes (30 % des Gesamtdatensatzes) kreuzvalidiert. Als potenzielle Prädiktoren wurden alle zu Maßnahmenbeginn verfügbaren Prädiktoren verwendet. Diese bestanden neben 16 Selbstbeurteilungsinstrumenten (u. a. HEALTH- 49, Patient Health Questionnaire 9, Generalized Anxiety Disorder Scale 7, Alcohol Use Disorders Identification Test, Beschwerdevalidierungstest BEVA, Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen), 11 Personenmerkmale (u. a. Geschlecht, Bewilligungsdiagnose, Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate, bestehendes Beschäftigungsverhältnis). Da RF die Analyse von multidimensionalen Datensätzen erlaubt und sich robust gegenüber Multikollinearität zeigt, konnten neben den Skalenwerten auch Einzelitems der jeweiligen Fragebögen als eigenständige potenzielle Prädiktoren mit in die Analyse aufgenommen werden. Hieraus ergab sich eine Gesamtanzahl von  $p = 555$  potenziellen Prädiktoren (494 Einzelitems, 50 Skalenwerte, 11 Personenmerkmale).

## **Ergebnisse**

151 Rehabilitant\*innen wurden von der Analyse ausgeschlossen, da aufgrund fehlender Werte keine Berechnung des Behandlungserfolges möglich war. Über alle untersuchten Erfolgsdimensionen hinweg wurden signifikante Veränderungen ( $p < .001$ ) mit mittleren bis großen Effektstärken erzielt (Symptomschwere:  $d = 1,00$ ; Gesundheitsbezogene Lebensqualität:  $d = 1,13$ ; Interpersonelle Beziehungsgestaltung:  $d = 0,78$ ; Selbstwirksamkeit:  $d = 0,55$ ). Die Varianzaufklärung in der äußeren Kreuzvalidierung lag bei 32,68 % (Symptomschwere), 29,33 % (Gesundheitsbezogene Lebensqualität), 37,83 % (Interpersonelle Beziehungsgestaltung) und 35,06 % (Selbstwirksamkeit).

Für die einzelnen Dimensionen wurden zwischen neun und 23 Prädiktoren als relevant identifiziert. Über alle untersuchten Dimensionen hinweg konnten 45 unterschiedliche Prädiktoren als relevant identifiziert werden (17 Skalenwerte, 28 Einzelitems). Lediglich zwei Prädiktoren (Gesamtskala des Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen, Gesamtskala des Beschwerdevalidierungstest BEVA) wurden für alle Dimensionen als relevant, und somit als dimensionsunabhängig, identifiziert. Insgesamt wurden  $p = 510$  potenzielle Prädiktoren für keine der untersuchten Dimensionen als relevant identifiziert (u. a. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Migrationshintergrund und Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate).

## **Diskussion und Fazit**

Die Varianzaufklärung aller Modelle kann als hoch bewertet werden. Die durchgeführte Kreuzvalidierung liefert Hinweise, dass die Modelle stabil sind sowie dass keine Überanpassung an die Trainingsdaten stattgefunden hat. Aufgrund fehlender Prognosemodelle auf Basis traditioneller statistischer Methoden kann jedoch keine Aussage getroffen werden, ob die RF-Modelle eine größere Akkuratheit bei der Prognose des individuellen Behandlungserfolges erzielen. Die hohe Anzahl an relevanten Einzelitem-

Prädiktoren spricht jedoch dafür, dass die methodischen Vorteile von RF relevant sind. Zukünftige Forschung sollte daher die Akkuratheit von RF-Modellen mit traditionellen Prognosemodellen vergleichen. Darüber hinaus sollte die Prognostizierbarkeit von weiteren Erfolgsdimensionen untersucht werden. Hierbei sollten insbesondere Erfolgsdimensionen, die in Zusammenhang mit dem Erhalt und Wiedererlangung von Arbeitsfähigkeit stehen, fokussiert werden.

### **Take-Home-Message**

Die vorliegende Studie liefert Hinweise, dass methodische Vorteile von RF-Modellen bei der Identifikation von relevanten Prädiktoren sowie bei der Prognose von individuellem psychosomatischem Behandlungserfolg relevant sind.

### **Literatur**

- Hilbert, K., Kunas, S. L., Lueken, U., Kathmann, N., Fydrich, T., Fehm, L. (2020): Predicting cognitive behavioral therapy outcome in the outpatient sector based on clinical routine data: A machine learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 124, 103530. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103530>
- Reuter, L., Bengel, J., Scheidt, C. E. (2014): Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation – Eine systematische Übersicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(2), 121–145. <https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.2.121>
- Tschuggnall, M., Grote, V., Pirchl, M., Holzner, B., Rumpold, G., Fischer, M. J. (2021): Machine learning approaches to predict rehabilitation success based on clinical and patient-reported outcome measures. *Informatics in Medicine Unlocked*, 24, 100598. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2021.100598>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Berufliche Vorbilder für Menschen mit Beeinträchtigungen: Zusammenhänge mit Karriereambitionen und Selbstwirksamkeit**

*Jana Buckermann*

Universität zu Köln

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die UN-Behindertenrechtskonvention bekräftigt das Recht von Menschen mit Behinderungen auf chancengerechte Teilhabe am Arbeitsleben sowie berufliche Aufstiegsmöglichkeiten. Aktuelle Befunde zeigen jedoch, dass Menschen mit Behinderungen gerade in Führungspositionen deutlich unterrepräsentiert sind (Fulda, Stettes, 2024). Die berufliche Entwicklung wird neben strukturellen Barrieren auch durch psychologische Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartungen und Karriereambitionen beeinflusst. Berufliche Vorbilder können dabei Handlungsoptionen aufzeigen und, insbesondere bei wahrgenommener Ähnlichkeit, motivierend und stärkend wirken (Gibson, 2004). Im Kontext von Behinderungen ist dieser Zusammenhang bislang wenig untersucht, während vergleichbare Effekte bereits in Studien zur Karriereentwicklung von Frauen belegt sind (Austin, Nauta, 2016). Die vorliegende Studie überträgt diese Erkenntnisse auf den beruflichen Kontext von Menschen mit Behinderungen, chronischen psychischen oder physischen Erkrankungen und neurodivergenten Identitäten (folgend Menschen mit Beeinträchtigungen) und überprüft zwei Hypothesen und eine Forschungsfrage:

H1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erleben beruflicher Vorbilder und den Karriereambitionen von Menschen mit Beeinträchtigungen.

H2: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erleben beruflicher Vorbilder und der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung von Menschen mit Beeinträchtigungen.

F1: Wie konstruieren und erleben Menschen mit Beeinträchtigungen berufliche Vorbilder, und welche Rolle spielen spezifische Merkmale, Kontexte und persönliche Gemeinsamkeiten bei der Bedeutungszuschreibung für die eigene berufliche Entwicklung?

### **Methodik**

Die Datenerhebung erfolgte mittels Online-Fragebogen (12.08.-05.10.2025) und richtete sich an erwerbstätige Personen mit Beeinträchtigungen. Die Einladung zur Befragung wurde über Netzwerke der Schwerbehindertenvertretungen, Selbsthilfeverbänden (BAG e. V., LAG NRW) und LinkedIn verbreitet.

Erfasst wurden Karriereambitionen (Anpassung der CAS-R; Gregor, O'Brien, 2016;  $\alpha = .88$ ), berufliche Selbstwirksamkeitserwartungen (Schyns, von Collani, 2014;  $\alpha = .91$ ) und das Erleben beruflicher Vorbilder (eigene Skala zur Ausprägung kognitiver, motivationaler und emotionaler Aspekte des Vorbild-Erlebens, angelehnt an IOACDS; Nauta, Kokaly 2001;  $\alpha = .88$ ). Ergänzend wurden Multiple-Choice-Optionen und offene Fragen integriert, um qualitative Einblicke in die Konzeption und Wahrnehmung von Vorbildern zu gewinnen.



Das bereinigte Sample umfasste 72 erwerbstätige Personen (18 - 65 Jahre). 77,8 % gaben eine Behinderung an, 56 % berichteten chronische körperliche, 15 % psychische Beeinträchtigungen und 14 % ordneten sich einer neurodivergenten Identität zu.

Die Datenanalyse erfolgte mittels Korrelationsanalysen und deskriptiver Statistiken. Offene Antworten wurden qualitativ (deduktiv-induktive Kategorienbildung) ausgewertet und ergänzend quantifiziert.

## **Ergebnisse**

Beide Hypothesen wurden bestätigt. Es zeigten sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem Erleben beruflicher Vorbilder und Karriereambitionen ( $p = .002$ ;  $r = .355$ ), sowie der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung ( $p < .001$ ;  $r = .426$ ), jeweils mit mittleren Effektstärken.

Die qualitative Analyse zeigt, dass berufliche Vorbilder als bedeutsam erlebt werden, wenn sie identifikationsrelevante Werte und Haltungen verkörpern. Besonders häufig wurden dabei Empathie und Authentizität betont. Zudem bewerteten die Teilnehmenden die geteilte Erfahrung von Beeinträchtigung als wichtig für die Vorbildwirkung.

## **Diskussion und Fazit**

Trotz Einschränkungen durch das Querschnittsdesign, ausschließlicher Nutzung bivariater Analysen sowie begrenzter Generalisierbarkeit aufgrund der Stichprobengröße und Rekrutierungswege, stützen die Befunde Annahmen der Self-Efficacy-Theorie (Bandura, 1997) sowie der Motivational Theory of Role Modeling (Morgenroth et al., 2015). Vorbilder können als psychosoziale Ressource zur Stärkung von Selbstvertrauen und Zielorientierung beitragen. Für die Praxis ergibt sich daraus, dass die gezielte Sichtbarmachung von Vorbildern durch Unternehmen die Aufstiegsorientierung von Beschäftigten mit Beeinträchtigungen fördern kann.

## **Take Home Message**

Vorbilder können die Karriereambitionen und beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen von Menschen mit Beeinträchtigungen messbar stärken und so zur chancengerechten Teilhabe am Arbeitsleben beitragen.

## **Literatur**

- Austin, M., Nauta, M. (2016): Entrepreneurial Role-Model Exposure, Self-Efficacy, and Women's Entrepreneurial Intentions. *Journal of Career Development*, 43(3), 260–272.
- Bandura, A. (1997): *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W. H. Freeman.
- Fulda, C., Stettes, O. (2024): Welche Faktoren beeinflussen die Karriereambitionen von Menschen mit Behinderungen: Eine empirische Analyse auf Basis der IW-Beschäftigtenbefragung 2023 (IW-Report Nr. 25).
- Gibson, D. E. (2004): Role models in career development: New directions for theory and research. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 134–156.
- Morgenroth, T., Ryan, M. K., Peters, K. (2015): The Motivational Theory of Role Modeling: How Role Models Influence Role Aspirants' Goals. *Review of General Psychology*, 19(4), 465–483.

# Die Auswirkungen von Hypoxietraining auf physische und psychische Stressparameter

*Cora Galm; Folker Wenzel; Thomas Schiepp*

Hochschule Furtwangen

## Hintergrund und Zielstellung

Hypoxietraining wird schon lange von Sportlerinnen und Sportlern genutzt, um ihre körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern. Dabei machen sie sich die durch das Training hervorgerufenen physiologischen Anpassungseffekte zu Nutze. Einige Studien deuten darauf hin, dass es neben diesen Auswirkungen auch physiologische Effekte geben könnte (Viscor et al., 2018).

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss von Hypoxietraining auf verschiedene Stressparameter. Die Ergebnisse können nicht nur für Athleten, sondern auch für Personen eine Rolle spielen, die ihre Rehabilitations- oder Trainingsmethoden oder ihr Befinden optimieren möchten. Zudem können neue Strategien zum Stressmanagement entwickelt und angeboten werden.

## Methoden

Innerhalb einer quasiexperimentellen Untersuchung wurden 60 Probanden in eine Kontrollgruppe (n = 20) und eine Hypoxiegruppe (n = 40) eingeteilt. Alle Probanden wiesen einen durchschnittlichen Trainingszustand auf. Ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Hochschule Furtwangen lag vor. Die Untersuchung folgte einem quasiexperimentellen Feldstudiendesign mit nicht-randomisierter Stichprobenzuweisung. Die Probanden wurden im natürlichen Trainingsumfeld eines Fitnessstudios rekrutiert und untersucht. Beide Gruppen absolvierten ein sechswöchiges Gruppentrainingsprogramm mit 12 Ausdauertrainingseinheiten, die Kontrollgruppe unter Normoxiebedingungen, die Hypoxiegruppe in entsprechenden Räumlichkeiten unter Aufsicht und Kontrolle der SpO<sub>2</sub>-Sättigung im selben Fitnessstudio. In den Hypoxieräumen konnte der Stickstoffanteil erhöht werden, wodurch eine Höhe von ca 3000 m simuliert wurde. Es wurde eine Baseline-Messung zu Beginn des Trainings (am ersten Trainingstag) durchgeführt. Diese beinhaltete die Messung der Herzratenvariabilität, eine Mikrozirkulationsmessung und die Durchführung verschiedener Fragebögen wie der standardisierte PSQ-Test (Fliege et al., 2009) zum subjektiven Stressempfinden. Eine Follow-Up-Messung (Herzratenvariabilität) sollte etwa nach der Hälfte der Studiendauer eine umfassendere Verlaufsanalyse ermöglichen, bevor die letzte Messung etwa drei Tage nach der letzten Trainingseinheit durchgeführt wurde. Hierbei wurden alle Parameter der Eingangsmessung wiederholt aufgenommen. Die Ergebnisse der Messungen wurden mittels Differenzanalyse und Paarvergleichstests miteinander verglichen.

## Ergebnisse

In der Kontrollgruppe absolvierten 10 Probanden (Alter: 25–65 Jahre, Median = 32,5, 4 weiblich, 6 männlich) erfolgreich das Training, in der Hypoxiegruppe 22 Probanden (Alter: 19–73 Jahre, Median = 34, 16 weiblich, 6 männlich). Bei keinem der Probanden in der Hypoxie-Gruppe gab es Probleme wie Atemnot, Kreislaufbeschwerden oder Schwindel.

Bei der Dynamik der HRV der Kontrollgruppe zeigten sich im Prä-Post-Vergleich keine signifikanten Veränderungen ( $p = 0,274$ ). Bei der Hypoxiegruppe zeigten Eingangs- und Ausgangsmessung eine signifikante Steigerung der Dynamik der HRV ( $p = 0,003$ ). Die Mittelwerte der Messungen nahmen tendenziell im Verlauf ebenfalls zu. Der Mittelwert der Eingangsmessung liegt bei  $38,18 \pm 25,40$  ms, bei der Zwischenmessung bei  $45,97 \pm 32,20$  ms und bei der Abschlussmessung bei  $48,96 \pm 29,65$  ms.

Bei den Ergebnissen der Mikrozirkulation zeigten sich weder in der Kontrollgruppe ( $p = 0,466$ ) noch in der Hypoxiegruppe ( $p = 0,094$ ) signifikante Veränderungen über den Trainingszeitraum. Deskriptiv ergab sich jedoch eine prozentuale Zunahme der Messwerte, die in der Kontrollgruppe im Mittel 7,2 % und in der Hypoxiegruppe 17,3 % betrug.

Die PSQ-Skalen-Berechnung (1 Punkt = sehr geringe Stressbelastung, 100 Punkte = sehr hohe Stressbelastung) der Kontrollgruppe zeigte eine signifikante Verminderung der allgemeinen Stressbewertung. Der Mittelwert der Stressbewertung sank von  $48,3 \pm 20,2$  Punkten bei der Eingangsmessung auf  $38,6 \pm 15,4$  Punkte bei der Abschlussmessung ( $p = 0,004$ ). Auch in der Hypoxiegruppe zeigte sich eine signifikante Verbesserung. Hier verringerte sich der Mittelwert von  $43,5 \pm 15,7$  Punkten bei der Eingangsmessung auf  $34,8 \pm 14,0$  Punkte bei der Abschlussmessung ( $p = 0,003$ ).

Nach Abschluss der Studie zeigten sich in der Hypoxiegruppe tendenzielle Verbesserungen der untersuchten Messparameter, insbesondere ein signifikanter Anstieg der Dynamik der Herzratenvariabilität sowie eine signifikante Reduktion der subjektiven Stressbewertung. In der Kontrollgruppe zeigten sich hingegen keine signifikanten Veränderungen der objektiven Messparameter, lediglich die subjektive Stressbewertung verringerte sich signifikant.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Hypoxietraining potenzielle positive Effekte auf physische und psychische Stressparameter haben kann, was eine innovative Methode in unterstützender Rehabilitation und im allgemeinen Gesundheitsbereich darstellen kann.

Bei der Kontrollgruppe konnten in Bezug auf Veränderung der HRV keine signifikanten Änderungen festgestellt werden, bei der Hypoxiegruppe hingegen eine signifikante Erhöhung und damit eine Verbesserung der Gesamtvariabilität. Dies lässt auf ein verbessertes Zusammenspiel zwischen Sympathikus und Parasympathikus schließen (Geitel, 2016).

Die Teilnahme an der Studie, verbunden mit sportlicher Betätigung könnte eine Verminderung der subjektiven Stressbelastung ausgelöst haben. Dies könnte auf den Zusammenhang zwischen sportlicher Betätigung und Stressabbau zurückzuführen sein. (Gerber et al., 2016)

Zukünftige Studien könnten größere Stichproben in unterschiedlichen Höhenstufen sowie in verschiedenen rehabilitativen Anwendungsbereichen untersuchen, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse weiter zu prüfen.

## **Take-Home-Message**

Hypoxietraining kann nicht nur die Leistungsfähigkeit steigern, sondern auch physische und psychische Stressparameter positiv beeinflussen. Damit eröffnet es neue Chancen für Rehabilitationsprogramme, Athleten und innovative Strategien im Stressmanagement.

## Literatur

- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S., Klapp, B. F. (2009): PSQ. Perceived Stress Questionnaire [Verfahrensdokumentation, PSQ20-Skalenberechnung, PSQ20-Fragebogen, in Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID. URL: <https://doi.org/10.23668/psycharchives.12937>
- Geitel, J. (2016): Der Zusammenhang zwischen der Herzratenvariabilität und Stress, Dissertation, der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität zu Tübingen
- Gerber, M., Börjesson, M., Ljung, T., Lindwall, M., Jonsdottir, I.H. (2016): Fitness Moderates the Relationship between Stress and Cardiovascular Risk Factors. *Med Sci Sports Exerc.* Nov;48(11):2075-2081.
- Viscor, G., Torrella, J.R., Corral, L., Ricart, A., Javierre, C., Pages, T. Ventura, J.L. (2018): Physiological and Biological Responses to Short-Term Intermittent Hypobaric Hypoxia Exposure: From Sports and Mountain Medicine to New Biomedical Applications. *Front. Physiol.* 9:814. doi: 10.3389/fphys.2018.00814

## **Evaluation des Moduls „Berufliche Orientierung“ im Beruflichen Training am BTZ Leipzig: Quasi-experimentelles Prä-Post-Design in der beruflichen Rehabilitation**

*Anna Kühnel*

Hochschule Magdeburg-Stendal / BTZ am BFW Leipzig

### **Hintergrund und Zielstellung**

Mit Blick auf berufliche Integrationsmaßnahmen wird eine tragfähige berufliche Orientierung als wichtiger Baustein betrachtet, der den Integrationserfolg begünstigen kann. Meta-analytische Befunde stützen die Wirksamkeit entsprechender Interventionen hinsichtlich orientierungs- und selbstwirksamkeitsbezogener Zielgrößen (Whiston et al., 2017). Daran anknüpfend wird in der Masterarbeit das Modul „Berufliche Orientierung“ (BO) im Rahmen des Beruflichen Trainings (BT) am BTZ des BFW Leipzig evaluiert.

Theoretisch stützt sich die Untersuchung auf die sozial-kognitive Laufbahntheorie (Social Cognitive Career Theory, SCCT), nach der Zuwächse in der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung und eine gefestigtere berufliche Perspektive durch Übung, Feedback und systematische Recherche gefördert werden (Lent et al., 1994; Lent, 2005). Ergänzend verweist die Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory, SDT) darauf, dass Autonomie-, Kompetenz- und Zugehörigkeitserleben Motivation und Wohlbefinden begünstigen (Ryan, Deci, 2000). Aus Sicht der Ressourcenerhaltungstheorie (Conservation of Resources, COR) entstehen Stressreaktionen bzw. psychisches Belastungserleben, wenn Ressourcen bedroht sind oder verloren gehen. Ressourcengewinne können diese Reaktionen abpuffern und das psychische Belastungserleben senken (Hobfoll, 2001). Vor diesem Hintergrund wurden die Hypothesen einer Zunahme der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung und der beruflichen Perspektive sowie einer Reduktion des psychischen Belastungserlebens nach Abschluss des BO-Moduls geprüft.

## Methodik

Mit einer aus dem BT rekrutierten Stichprobe ( $N = 75$ ) aus sieben Maßnahmen (April 2024 bis Juli 2025) wurden die Hypothesen in einer quasi-experimentellen Feldstudie im Ein-Gruppen-Prä-Post-Design untersucht. Der erste Messzeitpunkt ( $t_1$ ) lag in der Regel am zweiten bis dritten Tag vor Beginn des BO-Moduls, der zweite Messzeitpunkt ( $t_2$ ) rund 1,5 bis 2 Wochen nach Abschluss des Moduls. Der eingesetzte Online-Fragebogen wurde von einer BTZ-internen Arbeitsgruppe aus Psychologinnen konzipiert. Erfasst wurden die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-5-Rev.), die berufliche Perspektive – definiert als Zielklarheit, Passung und Realisierbarkeit der angestrebten Tätigkeit und gemessen mit der von der Arbeitsgruppe entwickelten Skala „Berufliche Zielorientierung“ (BZO) – sowie das psychische Belastungserleben (GHQ-12). Alle Skalen wurden im Antwortformat 1-4 erhoben. Demnach sind höhere Werte mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung bzw. beruflichen Perspektive verknüpft, während beim GHQ-12 höhere Werte ein stärkeres psychisches Belastungserleben anzeigen. Für die Prä-Post-Analysen lagen je nach Skala vollständige Daten von  $N = 54$  (BSW-5-Rev., BZO) bzw.  $N = 62$  (GHQ-12) vor. Die gerichteten Hypothesen wurden mittels gepaarter, einseitiger t-Tests geprüft.

## Ergebnisse

In Übereinstimmung mit den Hypothesen wurden signifikante Prä-Post-Veränderungen in allen drei Zielparametern festgestellt. Im Mittel zeigte sich die kleinste Steigerung bei der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (+0.22) und die größte bei der beruflichen Perspektive (+0.36). Das psychische Belastungserleben lag nach Abschluss um 0.33 niedriger. Für die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung lagen die Werte bei  $t_1$ :  $M = 2.54$ ,  $SD = 0.63$ ;  $t_2$ :  $M = 2.76$ ,  $SD = 0.66$ ;  $t(53) = 3.29$ ,  $p < .001$ ;  $d = 0.45$ . Für die berufliche Perspektive ergaben sich  $t_1$ :  $M = 2.48$ ,  $SD = 0.63$ ;  $t_2$ :  $M = 2.84$ ,  $SD = 0.67$ ;  $t(53) = 3.97$ ,  $p < .001$ ;  $d = 0.54$ . Beim psychischen Belastungserleben betrugen die Werte  $t_1$ :  $M = 2.36$ ,  $SD = 0.53$ ;  $t_2$ :  $M = 2.03$ ,  $SD = 0.52$ ;  $t(61) = 4.98$ ,  $p < .001$ ;  $d = 0.63$ . Nach Cohen sind die Effektstärken als klein bis mittel einzustufen. Ergänzend zeigten bivariate Pearson-Korrelationen signifikante, erwartungskonforme Zusammenhänge (paarweiser Fallausschluss;  $t_1$ : BSW-BZO  $r = .59$ ; BSW-GHQ  $r = -.56$ ; BZO-GHQ  $r = -.37$ ;  $t_2$ : BSW-BZO  $r = .75$ ; BSW-GHQ  $r = -.52$ ; BZO-GHQ  $r = -.47$ ). Die Korrelationen liegen im mittleren bis starken Bereich.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse sprechen für kurzfristig positive Prä-Post-Veränderungen zentraler Zielparameter im Kontext des BO-Moduls. Durch die Umsetzung im natürlichen Feldsetting wird die Praxisnähe und Relevanz für die Weiterentwicklung des Moduls erhöht. Darüber hinaus weisen die korrelativen Befunde darauf hin, dass höhere Ausprägungen berufsbezogener Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung & berufliche Perspektive) mit einem geringeren psychischen Belastungserleben assoziiert sind. Dies steht im Einklang mit den theoretischen Annahmen der COR-Theorie sowie der SCCT/SDT im Kontext der beruflichen Orientierung. Aufgrund des gewählten Studiendesigns ist die interne Validität limitiert, sodass kausale Aussagen zur Wirksamkeit des Moduls kaum möglich sind. Zur weiteren Absicherung sind Studien mit Vergleichsgruppe und/oder zusätzlichen Messzeitpunkten sinnvoll.

## Take-Home-Message

Die Befunde liefern praxisnahe Hinweise darauf, dass das BO-Modul zentrale Voraussetzungen für die anschließenden Schritte der beruflichen Integration im Rahmen der beruflichen Rehabilitation unterstützen kann.

## Literatur

- Hobfoll, S. E. (2001): The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50. 337-421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>
- Lent, R. W., Brown, S. D., Hackett, G. (1994): Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45. 79-122. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1994.1027>
- Lent, R. W. (2005): A social cognitive view of career development and counseling. In: Brown, S. D., Lent, R. W. (Eds.): *Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work*. Hoboken: Wiley. 101-127.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000): Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55. 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Whiston, S. C., Li, Y., Goodrich, N., Wright, L. (2017): Effectiveness of career choice interventions: A meta-analytic replication and extension. *Journal of Vocational Behavior*, 100. 175-184. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.03.010>

## Peer-Support als Ressource der beruflichen Reintegration bei psychischen Erkrankungen

*Franziska Günther<sup>1</sup>; Lena Hünefeld<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Technische Universität Dortmund; <sup>2</sup> Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

## Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen und erleben erhebliche Barrieren beim Wiedereinstieg (Agerbo et al., 2004). Während Arbeit als zentraler Faktor für Stabilisierung und Teilhabe gilt erschweren Stigmatisierung, institutionelle Fragmentierung und unzureichend abgestimmte Unterstützungsangebote die Reintegration (Adorjan et al., 2014).

Peer-Support – Unterstützung durch Personen mit eigenem Erfahrungswissen – beruht im Unterschied zu professionellen Angeboten auf Gleichrangigkeit, Vertrauen und geteilter Erfahrung. Seine Rolle im Kontext beruflicher Wiedereingliederung ist jedoch bislang wenig erforscht (Davidson et al., 2012; Mahlke et al., 2015).

Das Projekt untersucht, wie Peer-Support zur Reintegration in Arbeit beiträgt, welche relationalen und organisatorischen Mechanismen dabei wirksam sind und welche strukturellen Bedingungen nachhaltige Effekte ermöglichen. Ziel ist es, empirisch fundierte Ansätze für die Einbindung von Peer-Unterstützung in die berufliche Rehabilitation zu entwickeln.

## **Methoden**

Ein Scoping-Review nach den PRISMA-ScR-Leitlinien wurde durchgeführt, um internationale empirische Evidenz zu „Vocational Peer Support“ bei psychischen Erkrankungen systematisch zu erfassen. Eingeschlossen wurden qualitative, quantitative und Mixed-Methods-Studien, die peerbasierte Unterstützungsformen in der beruflichen Reintegration untersuchten. Insgesamt wurden elf Studien aus den Jahren 2010 bis 2025 ausgewertet und thematisch analysiert.

Weiterführend wurden zwölf narrative Interviews mit Betroffenen, Peer-Unterstützenden oder Fachkräften in Reha- und Integrationskontexten geführt. Die Auswertung erfolgte offenkodierend und orientierte sich an den im Review identifizierten Themenfeldern: strukturelle Einbettung und Rollenverständnis, interaktionale Mechanismen und Beziehungsqualität sowie erlebte Wirkungen und Barrieren aus Nutzendenperspektive.

## **Ergebnisse**

Erstens wird deutlich, dass die strukturelle Einbettung die Reichweite und Stabilität von Peer-Support maßgeblich bestimmt. In der Literatur überwiegen formal strukturierte Formate wie beispielsweise Individual Placement oder Übergangsbegleitungen. Diese zeichnen sich durch Supervision, Kontinuität und Team-Integration aus, weisen aber zugleich Spannungen zwischen Authentizität und Professionalisierung auf. Die Interviews ergänzen dieses Bild um informelle, von institutionellen Programmen unabhängige, Unterstützungsformen. Gerade diese niedrighschwelligen, beziehungsorientierten Praktiken wie kollegiale Gespräche, Ermutigung oder Begleitung bei der Rückkehr in die Arbeit werden als besonders zugänglich und emotional wirksam beschrieben.

Zweitens rücken die interaktionalen Mechanismen und die Qualität der Peer-Beziehungen ins Zentrum. Übergreifend zeigen sich drei wiederkehrende Wirkprinzipien: die Glaubwürdigkeit von Peers durch geteilte Erfahrung, ihre Vorbildfunktion in Bezug auf Genesung und Teilhabe sowie ihre Brückenfunktion zwischen individuellen Bedürfnissen und institutionellen Anforderungen. Diese Mechanismen fördern Vertrauen, Hoffnung und Agency, die häufig als Voraussetzung, nicht als unmittelbares Ergebnis von Beschäftigung betrachtet werden.

Aus Nutzendenperspektive werden zudem spezifische Wirkungen und Barrieren sichtbar. Peer-Support stärkt Zugehörigkeit, Selbstvertrauen und Motivation in Phasen beruflicher Unsicherheit, stößt jedoch an Grenzen, wenn institutionelle Anerkennung, Ressourcen oder Kontinuität fehlen. Während formelle Programme oft befristet sind, bleiben informelle Unterstützungsbeziehungen strukturell ungesichert. Nachhaltige Effekte entstehen dort, wo beide Ebenen, institutionelle Einbindung und persönliche Beziehungskontinuität, systematisch miteinander verknüpft sind.

## **Diskussion und Fazit**

Peer-Support erweist sich als zentrale relationale Ressource in der beruflichen Rehabilitation. Seine Wirkung entfaltet er weniger durch die direkte Vermittlung von Arbeitsplätzen als durch die Stärkung von Selbstwirksamkeit, Identität und sozialer Eingebundenheit. Zugleich werden strukturelle Spannungsfelder sichtbar: Das empfindliche Gleichgewicht zwischen informeller Authentizität und institutioneller Einbindung entscheidet über Erfolg und Nachhaltigkeit von Peer-Unterstützung (Balogun-Mwangi et al., 2019).

Für die Reha-Praxis bedeutet dies, dass Peer-Support nur dann langfristig wirksam sein kann, wenn er durch klare Rollenprofile, Supervision und kontinuierliche Anschlussstrukturen flankiert wird (Mahlke et al., 2015). Zukünftige Forschung sollte die Wechselwirkungen zwischen relationalen Prozessen und institutionellen Rahmenbedingungen systematisch erfassen, um Peer-Support als integralen Bestandteil ganzheitlicher Rehabilitationspfade zu etablieren.

### **Take-Home-Message**

Peer-Support stärkt Hoffnung, Selbstwirksamkeit und Zugehörigkeit, wobei die kontinuierliche und strukturell verankerte Einbindung in die berufliche Rehabilitation entscheidend ist.

### **Literatur**

- Adorjan, K., Kistner, N., Fink, S., Dehning, S., Falkai, P. (2014): Rückkehr ins Arbeitsleben auch als Therapie: Arbeitsfähigkeit und psychische Erkrankung. *MMW - Fortschritte Der Medizin*, 156(15), 49–52. <https://doi.org/10.1007/s15006-014-3410-2>
- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W. W., Mortensen, P. B. (2004): Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.1.28>
- Balogun-Mwangi, O., Rogers, E. S., Maru, M., Magee, C. (2019): Vocational peer support: Results of a qualitative study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 46(3), 450–463. <https://doi.org/10.1007/s11414-017-9583-6>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012): Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R., Becker, T. (2015): Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung: Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde*, 34(04), 235–239. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627580>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Hans Böckler Stiftung

## **Wer nimmt am Rehabilitationssport teil? Eine datengetriebene Analyse von strukturellen, einrichtungsbezogenen und soziodemographischen Faktoren**

*Jonathan Kolschen; Benjamin Schüz*

Universität Bremen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Rehabilitationssport im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme unterstützt den Rehabilitationsprozess, erhöht die Leistungsfähigkeit und damit auch die Reintegration in den Beruf (Nicklas-Faust, 2022). Deshalb ist eine möglichst große Inanspruchnahme des



Rehabilitationssports zu fördern. Allerdings fallen suboptimale Teilnahmeraten auf – je nach Indikation nehmen nur 7 bis 15 % teil, wenn ihnen bei der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung eine Teilnahme empfohlen wurde (Daten von 2020). Bislang liegen noch keine detaillierten Analysen zu soziodemographischen, strukturellen und einrichtungsspezifischen Faktoren vor, die mit besserer oder schlechterer Inanspruchnahme assoziiert sind. In dieser Studie verwenden wir daher die nonparametrischen datengetriebenen Analysemethoden Classification and Regression Trees (CART) und Random Forests (RF), um auch komplexe Haupt- und Interaktionseffekte zwischen solchen Faktoren identifizieren zu können (Lemon et al., 2003).

## **Methoden**

Aus dem Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2014-2021“ (FDZ-RV, 2024) werden Datensätze von Rehabilitand:innen genutzt, die bei Entlassung aus einer stationären Rehabilitation 2020 die Teilnahme am Rehabilitationssport empfohlen bekommen haben (n = 24.900). Um relevante Faktoren für die Teilnahme am Rehasport (differenziert nach Fachabteilung; kardiologische (n = 5.495), pneumologische (n = 1.159), onkologische (n = 4.776), orthopädische (n = 8.417), rheumatologische (n = 506) und gastroenterologische (n = 786) Rehabilitation) zu identifizieren, wurden Random-Forest-Analysen mit soziodemographischen und strukturellen Variablen durchgeführt. Dabei werden je Fachabteilung 500 CART-Analysen auf Basis von Bootstrap-Stichproben durchgeführt und die Ergebnisse aggregiert (Bootstrap aggregating; Breiman, 2001; Therneau, Atkinson, 2023).

## **Ergebnisse**

Als wichtigster Prädiktor für die Rehasportteilnahme in allen Fachabteilungen konnte die Art der Rehabilitationseinrichtung (Schwerpunktklinik vs. (Rehabilitations-)Klinik) identifiziert werden. Die Art der Rehabilitationseinrichtung ist zwischen 1,49- und 5,62-mal so wichtig wie die jeweils zweitwichtigste Variable (Mean Decrease Gini). Die zweitwichtigste Variable war bei fünf von sechs Fachabteilungen das Bundesland, in dem die Rehabilitand:innen wohnen. Nur bei der orthopädischen Rehabilitation ist die berufliche Stellung wichtiger als das Bundesland. Die Teilnahme am Rehabilitationssport ist nach der Entlassung aus einer (Rehabilitations-)Klinik deutlich wahrscheinlicher (OR = 9,57). Arbeiter, Facharbeiter und Meister nehmen im Vergleich zu Nichterwerbstätigen, Auszubildenden, Angestellten, Beamten und Selbstständigen häufiger am Rehabilitationssport teil. Während das Bundesland des Wohnorts in allen Fachabteilungen eine große Rolle spielt, unterscheiden sich Bundesländer mit hoher oder niedriger Teilnahmequote stark zwischen den Fachabteilungen, sodass hier keine klare Aussage möglich ist.

## **Diskussion und Fazit**

Der Unterschied zwischen Rehabilitand:innen aus (Rehabilitation-)Kliniken und Schwerpunktkliniken ist in allen Fachabteilungen zu finden. Allerdings besteht keine dokumentierte Definition der Unterschiede zwischen den Klinikarten in der SUF-Dokumentation. Die Nachfrage bei einem Rehabilitationsträger und dem FDZ-RV ergab, dass zu dieser Variable auch dort keine Definition bekannt ist. In diesem Bereich ist weitere Forschung nötig, die aufgrund der begrenzten Detailtiefe mit den SUF-Daten jedoch nicht möglich ist. Insbesondere der Vergleich zwischen Kliniken könnte hier weitere Einblicke geben. Die Unterschiede in der beruflichen Stellung erheben sich hauptsächlich aus der Differenzierung

zwischen Arbeitern und Meistern einerseits sowie Angestellten und Nicht-Erwerbstätigen andererseits. Regionale Unterschiede, die sowohl den Wohnort als auch den Standort der Rehaeinrichtung betreffen, könnten sich auf unterschiedliche Rentenversicherungsträger zurückführen lassen, die wiederum nicht im SUF kodiert sind. Dennoch können CART-Analysen der Identifikation von Risikogruppen dienen; im Kontext der Rehabilitation können sie insbesondere ein Zusammenspiel von strukturellen und soziodemographischen Faktoren zum Vorschein bringen und können damit eine sinnvolle Ergänzung zu etablierten Regressionsanalysen mit Interaktionstermen sein.

### **Take-Home-Message**

Nichtparametrische datengetriebene Analysemethoden (wie CART) können eine sinnvolle Ergänzung zu Regressionsanalysen sein, um komplexe Interaktionseffekte zwischen soziodemographischen und strukturellen Faktoren zu identifizieren.

### **Literatur**

- Breiman, L. (2001): Random Forests. Machine Learning, 45(1), 5–32.  
<https://doi.org/10.1023/A:1010933404324>
- Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) (2024): 'Abgeschlossene Rehabilitation Im Versicherungsverlauf 2014 - 2021. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Lemon, S. C., Roy, J., Clark, M. A., Friedmann, P. D., Rakowski, W. (2003): Classification and regression tree analysis in public health: Methodological review and comparison with logistic regression. Annals of Behavioral Medicine, 26(3), 172–181.
- Nicklas-Faust, J. (2022): Rehabilitationssport. In Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos. 719.
- Therneau, T. M., Atkinson, E. J. (2023): An Introduction to Recursive Partitioning Using the RPART Routines.

**Die berufliche Rehabilitation am Scheideweg? –  
Ein prognostisches Modell zur Bedarfsermittlung  
in der beruflichen Rehabilitation (RehaWege)**

*Nancy Reims<sup>1</sup>; Karolin Hiesinger<sup>1</sup>; Matthias Bethge<sup>2</sup>;  
Stefan Dreßke<sup>3</sup>; Heike Ohlbrecht<sup>3</sup>; Stefan Schulder<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung; <sup>2</sup> Universität zu Lübeck;  
<sup>3</sup> Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Hintergrund und Zielstellung**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen helfen, wieder am Berufsleben teilzuhaben. Zwei wichtige Rehabilitationsträger für LTA sind die Deutsche Rentenversicherung (RV) und die Bundesagentur für Arbeit (BA).

Seit 2017 sind Zugänge in LTA bei der BA kontinuierlich zurückgegangen – bis 2022 um 29 Prozent. Ursächlich für den Rückgang wurden u. a. der demografische Wandel (insb. Rückgang der Altersgruppen im erwerbsfähigen Alter), epidemiologische Veränderungen (z. B. zunehmender Krankenstand), der Strukturwandel der Arbeitswelt (u. a. Digitalisierung, ökologische Transformation) (Ohlbrecht, 2022), die aktuelle Sogwirkung des Arbeitsmarktes (Reims et al., 2023) und das derzeitige LTA-Angebot diskutiert. Da viele Personen die Möglichkeiten der LTA nicht kennen, bildet das Antragsverhalten den Gesamtbedarf an LTA wahrscheinlich nur eingeschränkt ab (u. a. Reims, 2021) und es stellt sich die Frage nach dem latenten Bedarf.

Ziel des vom BMAS geförderten Projekts „Reha-Wege“ (mit der Universität zu Lübeck und der Universität Magdeburg), ist es, den Antragsrückgang bei der RV und der BA einzuordnen. Dafür ist es notwendig, die Wahrscheinlichkeit eines bewilligten LTA-Antrags zu prognostizieren, um dann diejenigen zu identifizieren, die einen LTA-Bedarf hätten, diesen aber nicht wahrnehmen. Die Erstellung eines solchen prognostischen Modells als ersten Schritt wird hier dargestellt.

**Methoden**

Für die Modellierungen werden die Routinedaten der BA (LTA-RehaPro und Integrierte Erwerbsbiografien (2 %-Stichprobe)) genutzt und so aufbereitet, dass sowohl Personen mit bewilligter LTA als auch Personen ohne (bewilligte) LTA enthalten sind. Die Daten umfassen soziodemografische, erwerbsbiografische sowie berufs- und krankheitsspezifische Informationen. Um strukturelle Unterschiede zu berücksichtigen, werden regionale Informationen (z. B. Arbeitslosenquote) auf Kreisebene angespielt.

Qualifizierungsmaßnahmen sind ein zentrales Förderinstrument der LTA und stehen im Fokus der Analysen. Für Personen der Erst- und Wiedereingliederung werden Reha-Verfahren, die hauptsächlich eine Qualifizierung vorsehen, meist von Personen beantragt, die aus einer

Arbeitslosigkeit heraus eine berufliche Rehabilitation beginnen (Rauch, Reims, 2025). Die Analysen betrachten daher Personen bis 35 Jahre mit einem Bruch in der Erwerbsbiografie, d. h. Personen, die von einer Erwerbstätigkeit in eine mindestens dreimonatige Arbeitslosigkeit wechseln. Primäres Zielkriterium ist ein bewilligter LTA-Antrag innerhalb von zwei Jahren nach dem Bruch (treatment). Die Kontrollgruppe umfasst Personen ohne Antrag auf LTA sowie Personen mit abgelehntem LTA-Antrag. Neben einem linearen Wahrscheinlichkeitsmodell als Basismodell soll die Erweiterung um Methoden des maschinellen Lernens geprüft werden. Um bei der Vorhersage von LTA-Bedarf eine mögliche ungewollte Reproduktion von Ungleichheiten zu vermeiden, werden Modelle für verschiedene Gruppen geschätzt.

## **Ergebnisse**

Erste Ergebnisse des linearen Wahrscheinlichkeitsmodells für etwa 20.000 Personen, die im Jahr 2018 von einer Erwerbstätigkeit in Arbeitslosigkeit übergegangen sind, zeigen, dass mit zunehmender Anzahl an Langzeitkrankheitsepisoden (>6 Wochen) die Wahrscheinlichkeit einer bewilligten LTA steigt. Diese Wahrscheinlichkeit sinkt mit zunehmendem Alter und ist auch für Personen in ländlichen Gebieten und im SGB II-Bezug reduziert. Zudem ist es bei Frauen, Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und höherer Bildung wahrscheinlicher, innerhalb von zwei Jahren LTA bewilligt zu bekommen.

## **Diskussion und Fazit**

Zentrale Zusammenhänge zwischen Personencharakteristika und (Nicht-)Inanspruchnahme von LTA aufzudecken, kann sowohl für wissenschaftliche Zwecke nützlich sein, als auch zur Minimierung von Versorgungslücken und Unterversorgung beitragen.

In weiteren Schritten sollen mithilfe des prognostischen Modells Personen identifiziert werden, die zwar einen Bedarf an LTA haben, diesen aber (bisher) nicht in Anspruch genommen haben. Qualitative Interviews sollen hier Gründe für die Nichtinanspruchnahme ermitteln, um den beobachteten Rückgang von LTA zu erklären.

## **Take-Home-Message**

Ziel des Projektes ist es, die Nicht-Inanspruchnahme von LTA zu bemessen und im Zeitverlauf zu betrachten, um so den Rückgang der Zugangszahlen in LTA und dessen Ursachen näher zu untersuchen.

## **Literatur**

- Ohlbrecht, H. (2022): Welche Arbeit braucht der Mensch? In: Dick, M., Freund S., Ohlbrecht, H., Unger, T. (Hrsg.): Arbeit – Job – Beruf: Interdisziplinäre Perspektiven. Springer VS. S. 261–287.
- Reims, N. (2021): Take-up and non-take-up of vocational rehabilitation in the financial responsibility of the German Federal Employment Agency. The role of employment status. Alter - European Journal of Disability Research, 15, 4. 305-320.
- Reims, N., Rauch, A., Nivorozhkin, A. (2023): Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. Die Rehabilitation, 62, 04. 207-215.
- Rauch, A., Reims, N. (2025): Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen: Integration gelingt, die Zahl der Geförderten sinkt. IAB-Kurzbericht 21/2025, Nürnberg.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales / FIS-Netzwerk

## **Positionen zur Weiterentwicklung der Forschung zur beruflichen Rehabilitation**

*Marie Heide<sup>1</sup>; Mathilde Niehaus<sup>1</sup>; Anita Tisch<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Köln;

<sup>2</sup> Hochschule Bonn-Rhein-Sieg / Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Forschung zur beruflichen Rehabilitation befasst sich mit den Bedingungen, Prozessen und Wirkungen der (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Arbeit. Trotz ihrer hohen gesellschaftlichen Relevanz ist das Feld bislang weder eindeutig definiert noch institutionell konsolidiert. Unterschiedliche disziplinäre Perspektiven – etwa aus den Rehabilitationswissenschaften, der Soziologie, Pädagogik, Psychologie, Medizin und Arbeitswissenschaft – prägen die Forschung ebenso wie eine große methodische Bandbreite. Quantitative, qualitative, partizipative und zunehmend auch transdisziplinäre Ansätze kommen zum Einsatz, um komplexe Wechselwirkungen zwischen individuellen und strukturellen Faktoren zu erfassen.

Gleichzeitig bestehen Entwicklungsbedarfe: Es fehlen übergreifende theoretische Bezugspunkte, eine dauerhafte institutionelle Verankerung sowie langfristige Förderstrukturen, die eine kontinuierliche Forschung und Nachwuchsentwicklung ermöglichen. Auch gemeinsame Begriffsverständnisse und eine klare Selbstbeschreibung des Forschungsfeldes sind bislang nicht etabliert (Niehaus et al., 2025).

Vor diesem Hintergrund wurde ein Scoping Workshop initiiert, um den aktuellen Stand der Forschung zur beruflichen Rehabilitation in Deutschland zu analysieren, zentrale Entwicklungsbedarfe zu identifizieren und Perspektiven für eine zukünftige Ausrichtung und institutionelle Weiterentwicklung zu formulieren.

### **Methoden**

Der von der VolkswagenStiftung geförderte Scoping Workshop fand im November 2024 statt. Im Verlauf von drei Tagen diskutierten 14 Wissenschaftler\*innen aus unterschiedlichen Disziplinen den aktuellen Stand und das Entwicklungspotenzial der Forschung zur beruflichen Rehabilitation. Die Diskussionen wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Im Fokus stand die Identifikation zentraler Themen und Positionen, aus denen Empfehlungen zur strategischen Weiterentwicklung des Forschungsfeldes abgeleitet wurden.

### **Ergebnisse**

Aus der Analyse gingen elf Positionen hervor, die sich drei übergeordneten Perspektiven zuordnen lassen:

(1) Inhaltliche Perspektive

Es existieren verschiedene Definitionen der beruflichen Rehabilitation und ihrer Forschung, die je nach Disziplin variieren. Konsens bestand darin, dass das System der beruflichen Rehabilitation mit seinen Institutionen, Akteurinnen und Rehabilitandinnen im Zentrum steht, zugleich aber über diese Grenzen hinausweist – etwa durch Bezüge zu Akteur\*innen der Arbeitswelt und zur Ausgestaltung gesunder Arbeit. Forschung bezieht sich auf den gesamten Lebenslauf und umfasst sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierte Fragestellungen. Sie betrachtet nicht nur Maßnahmen zur (Re-)Integration in Arbeit, sondern auch die komplexen Rahmenbedingungen, die diesen Kontext prägen. Um der Komplexität der Fragestellungen gerecht zu werden, braucht es multi- und interdisziplinäre Herangehensweisen.

## (2) Methodische Perspektive

Gefordert wird ein inter- und multidisziplinärer Zugang, der quantitative, qualitative und partizipative Verfahren verbindet. Mixed- und Multi-Methods-Designs ermöglichen die Integration verschiedener Perspektiven und ein umfassendes Verständnis der Wechselwirkungen zwischen individuellen und strukturellen Faktoren. Partizipative und transdisziplinäre Ansätze, bei denen Betroffene und außerwissenschaftliche Akteur\*innen aktiv einbezogen werden, stärken Praxisrelevanz und Umsetzbarkeit der Forschungsergebnisse.

## (3) Strukturelle Perspektive

Die Forschung zur beruflichen Rehabilitation ist in Deutschland disziplinär breit aufgestellt, institutionell jedoch nur begrenzt verankert. Sie findet in unterschiedlichen Fachrichtungen und Einrichtungen statt, wird aber selten in Professuren, Studiengängen oder Förderprogrammen ausdrücklich benannt, was ihre Sichtbarkeit einschränkt. In der Förderlandschaft setzen Programme der Deutschen Rentenversicherung Bund und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wichtige Impulse, bleiben jedoch häufig befristet und sektoral begrenzt. Zur nachhaltigen Stärkung des Forschungsfeldes braucht es langfristige, sektorenübergreifende und programmatisch angelegte Förderstrategien, die institutionelle Strukturen an Hochschulen sichern, den wissenschaftlichen Nachwuchs fördern und den Austausch zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis dauerhaft etablieren.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Forschungsfeld zur beruflichen Rehabilitation ein interdisziplinäres Querschnittsfeld ist, das theoretische, methodische und institutionelle Weiterentwicklung gleichermaßen erfordert. Um gesellschaftliche Transformationsprozesse aktiv mitzugestalten, muss die Forschung individuelle und strukturelle Dimensionen von Teilhabe systematisch miteinander verbinden. Insbesondere partizipative und transdisziplinäre Ansätze eröffnen neue Wege, um Forschung, Praxis und Politik enger zu verzahnen und die gesellschaftliche Relevanz des Feldes zu erhöhen.

Zudem ist eine stärkere Sichtbarkeit innerhalb der Scientific Community und gegenüber politischen Entscheidungsträger\*innen notwendig. Gemeinsame Standards, internationale Vernetzung und gezielte Nachwuchsförderung gelten als zentrale Schlüssel, um berufliche Rehabilitationsforschung als eigenständiges, zukunftsorientiertes Feld zu profilieren. Gelingt es, theoretische Grundlagen zu konsolidieren, methodische Vielfalt strategisch zu nutzen und

institutionelle Strukturen dauerhaft zu stärken, kann sie wesentlich zur Gestaltung inklusiver, chancengerechter und zukunftsfähiger Arbeitswelten beitragen.

### **Take-Home-Message**

Forschung zur beruflichen Rehabilitation braucht klare Begriffe, stabile Strukturen und langfristige Förderung, um ihr Potenzial voll auszuschöpfen.

### **Literatur**

Niehaus, M., Heide, M., Tisch A. (2025): Forschung zur beruflichen Rehabilitation: Positionierung und Zukunftsstrategien. Zeitschrift für Sozialreform. <https://doi.org/10.1515/zsr-2025-0009>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: VolkswagenStiftung

## **Prozesse sichtbar machen: Erkenntnispotenziale qualitativer Längsschnittforschung in der beruflichen Rehabilitation**

*Nathalie Glamann; Stefan Dreßke; Heike Ohlbrecht*

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Verläufe in der beruflichen Rehabilitation zeichnen sich zunehmend durch Komplexität und Nicht-Linearität aus (Dreßke et al., 2024). Unterbrechungen, Rückkehrverläufe oder Abbrüche sind demnach keine Randphänomene, sondern prägende Merkmale beruflicher Rehabilitation. Um diese Dynamik empirisch zu erfassen, reichen punktuelle, retrospektive Erhebungen nicht aus. Die qualitative Teilstudie des Projektes „BRIV – Erfolgsfaktoren beruflicher Rehabilitations- und Integrationsverläufe“ legt daher einen Schwerpunkt auf einen Längsschnittansatz. Die Verlaufsperspektive basiert empirisch auf einer qualitativen, längsschnittlich angelegten Kohortenstudie, die es ermöglicht, Prozesslogiken der Verläufe und damit einhergehend, unterschiedliche Formen und Dynamiken von Diskontinuität in Rehabilitationsverläufen zu erfassen. Theoretisch lässt sich dieses Verständnis an das von Strauss (1993) entwickelte Konzept der Verlaufskurven anschließen, das soziale und gesundheitliche Prozesse als zeitlich strukturierte, interaktiv gestaltete und interpretativ verhandelte Abfolgen begreift. Dieser Zugang eröffnet damit nicht nur ein tieferes Verständnis der prozesshaften Logiken von Unterbrechungen und Fortsetzungen, sondern erlaubt zugleich Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten.

### **Methoden**

Über einen Zeitraum von zwei Jahren werden in zwei Berufsförderungswerken (BFW) mit 68 Rehabilitand:innen nach einem biografischem Erstinterview Follow-up-Interviews zur jeweils aktuellen Situation im Rehabilitationsgeschehen durchgeführt. Diese tangieren, häufig aus den Relevanzrahmen der Rehabilitand:innen kommend, die Themen Erwerbsbiografie, familiäre und gesundheitliche Situation. Das Vorgehen wird durch teilnehmende

Beobachtungen zentraler Interaktionssequenzen ergänzt und ermöglicht es In-Situ, nah an den zuvor aus den retrospektiven Interviews identifiziert erfolgskritischen Phasen, Daten zu erheben. Erkenntnisse entstehen aus der Verknüpfung und Gegenüberstellung mehrerer Zeitpunkte im Rehabilitationsverlauf. Das Brüchig-Werden von Ordnungsstrukturen, Veränderungen in Deutungen, Handlungsmustern und Beziehungskonstellationen sowie die darauffolgenden Aushandlungen werden in Verlaufskurven rekonstruiert, die den zeitlichen Zusammenhang zwischen Kontext, Krise, Intervention und Stabilisierung sichtbar machen (Franzheld, 2020).

## **Ergebnisse**

Die längsschnittliche Anlage des Projekts erwies sich als zentral, um erfolgskritische Ereignisse wie z. B. Schnittstellenprobleme, Berufswahlprozesse, Lehrgangsdynamiken und Aushandlungsprozesse in der beruflichen Rehabilitation empirisch zu rekonstruieren. In diesen Phasen werden Handlungsroutrinen sowohl in institutionellen Aushandlungsprozessen zwischen Rehabilitand:innen, Fachkräften im BFW, Betrieben und Kostenträgern als auch im Rahmen lebensweltlicher Aushandlungen mit dem privaten Umfeld neu geordnet. Dies drückt sich beispielsweise am Ermöglichen eines Lehrgangswechsels aus, darin wie Fehlzeiten „verhandelt“ werden oder Rückkehrpfade flexibel gestaltet werden. Über die Zeit entstehen daraus Verlaufsvarianten, in denen sich Rehabilitationsprozesse stabilisieren oder erneut irritieren. Diese Veränderungen lassen sich nur durch den Vergleich mehrerer Erhebungszeitpunkte über einen längeren Zeitraum erfassen.

Exemplarisch wird an der Zusammenfassung verschiedener Verlaufsvarianten sichtbar, dass Rehabilitand:innen ihre Berufsfindung als fortlaufendes Prozessgeschehen gestalten, welches sich von Unsicherheit oder durch die Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität, über die Reorganisation von Alltag, Familie und Gesundheit bis hin zur Entwicklung neuer beruflicher Identifikationen vollzieht. Der qualitative Längsschnitt ermöglicht praxisrelevante Einsichten, wie berufliche Rehabilitation trotz Diskontinuitäten gelingt, wie sich beispielsweise Bedeutungsverschiebungen in der Berufswahl ergeben oder wie Interaktionen Motivationen rahmen. Institutionelle Flexibilität, kontinuierliche Prozessbegleitung und die Anerkennung der Relevanz der Bearbeitung von biografischen Brüchen, erweisen sich als maßgebende Gelingensbedingungen für produktive Rehabilitationsverläufe.

Die Längsschnittanalysen offenbaren, dass Diskontinuitäten häufig Übergänge mit eigener biografischer Logik darstellen, in denen Rehabilitand:innen durch Reflexion, Neuorientierungen und soziale Unterstützung Kontinuität aktiv herstellen. Das Längsschnittdesign zeigt, wie institutionelle Routinen, Beratungslogiken und Unterstützungsformen zurückwirken und deren Handlungsspielräume neu strukturieren. So werden auch Wechselwirkungen zwischen individuellen Lernprozessen und institutionellen Anpassungsleistungen rekonstruiert. Aus longitudinaler Perspektive geht es weniger um die Risiken für den Rehabilitationserfolg als um das Verständnis und die Bewältigung von Diskontinuitätsprozessen im Sinne einer „Kontinuitätsarbeit“.

## **Diskussion und Fazit**

Im Vergleich zu querschnittlichen Designs, mit ihren punktuellen Messungen, erlaubt die qualitative Längsschnittmethode Veränderungsprozesse, biografische Verläufe, und institutionelle Dynamiken im Zeitverlauf zu betrachten. Das ist besonders wichtig, wenn



Prozesse wie in der beruflichen Rehabilitation zunehmend individualisiert und dynamisiert sind. Qualitative Längsschnittforschung eröffnet prozessorientierte Zugänge, die in der Rehabilitationsforschung bislang unterrepräsentiert sind. Sie stellt Verknüpfungen subjektiver Zeitstrukturen mit institutionellen Zeitregimen her, identifiziert Veränderungsmechanismen anstatt statischer Ursachen und verlagert das Erkenntnisinteresse von Zuständen zu Prozessen. Zugleich bringt das Design methodische Herausforderungen mit sich, die sich in Panel-Drop-Outs, zeitlichen Asynchronitäten von Akteurs- und Projektlogiken und der Notwendigkeit prozesssensibler Auswertungsverfahren widerspiegelt. Zudem darf die Frage, wie „Zeit“ selbst methodisch konstituiert wird, nicht unbeachtet bleiben.

### **Take-Home-Message**

Qualitative Längsschnittforschung macht die Mechanismen von Wandlungsprozessen sichtbar und stellt damit ein multidimensionales Prozesswissen für die berufliche Rehabilitation zur Verfügung.

### **Literatur**

- Dreßke, S., Ohlbrecht, H., Quehl, C. (2024): Die Aushandlung von Versorgungsverläufen in der beruflichen Rehabilitation. Zeitschrift für Sozialreform, 71(1), 15–35.
- Franzheld, T. (2020): Krise, Trajekt, Aushandlung: Konzepte der Grounded Theory zur Längsschnittforschung. In S. Tiersch (Hrsg.), Qualitative Längsschnittforschung: Bestimmungen, Forschungspraxis und Reflexion (S. 147–161). Opladen, Berlin & Toronto: Budrich.
- Strauss, A. L. (1993): Continual permutations of action. New York, NY: De Gruyter.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Veränderungen in der Wahrnehmung der Reha-Fachberatung vor und nach der Einführung eines am Bundesteilhabegesetz orientierten Beratungsleitfadens**

*Anna-Lena Bühne; Stella Lemke; Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Reha-Fachberatung berät Versicherte, deren berufliche Teilhabe gefährdet oder eingeschränkt ist. Sie zielt auf die Erhaltung und Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe ab (Deutsche Rentenversicherung, 2018). Durch die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde die Beratung umfangreicher. Darüber hinaus sollen die beteiligten Akteure Leistungen möglichst „aus einer Hand“ anbieten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2019). Im Rahmen des Forschungsprojekts „Begleitung der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Rahmen der Reha-Fachberatung“ (BTHG-RB) wurde untersucht, wie Versicherte die Beratungspraxis im Zuge der BTHG-Umsetzung erleben. Ziel unserer

Teilstudie war es, zu untersuchen, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren Versicherte vor und nach der Einführung eines am BTHG orientierten Beratungsleitfadens für die Durchführung der Reha-Fachberatung benennen.

## **Methoden**

Es wurden leitfadengestützte, telefonische Interviews mit Versicherten, die von der Reha-Fachberatung beraten wurden, durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte über die beiden kooperierenden Rentenversicherungsträger DRV Nord und Knappschaft-Bahn-See im Rahmen einer schriftlichen Fragebogenerhebung. Es wurden Interviews mit 37 Personen geführt, 17 davon vor und 20 Interviews nach der Implementierung des Beratungsleitfadens. Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und verbatim transkribiert. Die Auswertung folgte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2022). Das Selektionskriterium umfasste alle als positiv oder hilfreich bzw. negativ oder nicht hilfreich wahrgenommenen Faktoren. Das Abstraktionsniveau war als möglichst genaue Beschreibung definiert, die eine Übertragbarkeit zulässt. Anschließend folgte eine vergleichende Strukturierung unter Beachtung quantitativer Nennungen, um Schwerpunkte herauszuarbeiten.

## **Ergebnisse**

Die Betrachtung der erinnerungsbasierten Angaben der Versicherten verdeutlichte, dass nach der Implementierung des Beratungsleitfadens häufiger die persönliche und gesundheitliche Situation sowie die Möglichkeit einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente thematisiert wurde. Zudem wurde häufiger erwähnt, dass den Versicherten mehrere Handlungs- bzw. Leistungsoptionen vorgestellt wurden.

Als förderlich in Bezug auf die Beratung wurde von den Versicherten sowohl vor als auch nach der Einführung des Beratungsleitfadens die schnelle und konkrete Zusage zu Maßnahmen genannt. Das angenehme Gesprächsklima, das vorhandene Erfahrungswissen der Beratenden sowie sympathische und verständnisvolle Beratende wurden ebenfalls zu beiden Zeitpunkten von vielen Versicherten als förderlich angesehen. Außerdem wurden die personenzentrierte Beratung, Ratschläge und das gemeinsame Entscheiden für eine individuelle Maßnahme genannt.

Nach der Implementierung stellen die Versicherten häufiger die Aufklärung über die Möglichkeiten, das Aufzeigen vieler nicht bekannter Leistungen und die Ausführlichkeit der Beratung als förderlich heraus.

Bezüglich der hinderlichen Faktoren in der Beratung wurden vor der Einführung des Beratungsleitfadens zu lange dauernde Prozesse beschrieben. Auch die Inhalte des Wunsch- und Wahlrechts wurden vor der Implementierung in einigen Fällen nicht verstanden. Dies wurde nach Einführung des Beratungsleitfadens nicht mehr kritisiert.

Vereinzelt wurden sowohl vor als auch nach der Einführung des Beratungsleitfadens die lange Bearbeitungsdauer der Anträge kritisch gesehen.

Als hinderlich wurde nach der Implementierung genannt, dass neben den Sorgen um die berufliche Situation noch weitere Belastungen vorhanden sind. Im Verlauf des Gesprächs fühlten sich einige Versicherte zunehmend überfordert, da sie der Informationsfülle und Komplexität der Inhalte nicht mehr folgen konnten. Außerdem wurde nach der Einführung des

Beratungsleitfadens kritisiert, dass unterschiedliche Akteure zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, z. B. hinsichtlich des Leistungsvermögens.

Unabhängig von der Einführung des Beratungsleitfadens kritisierten einige Versicherte, dass LTA-Maßnahmen zu wenig individuell seien.

### **Diskussion und Fazit**

Insgesamt zeigt sich, dass durch die Umsetzung des Beratungsleitfadens die Beratung ausführlicher und umfangreicher geworden ist.

Nach der Implementierung fiel bei den hinderlichen Faktoren auf, dass die meisten identifizierten Faktoren nur von einzelnen Personen genannt wurden. Hinderliche Faktoren scheinen nicht übergreifend, sondern individuell wahrgenommene Aspekte der Beratung zu sein.

Limitierend ist, dass sich nicht alle Veränderungen auf die Einführung des Beratungsleitfadens zurückführen lassen, sondern auch auf anderen Einflussfaktoren beruhen könnten. Einen kausalen Zusammenhang kann aus den Daten nicht gezogen werden. Da die interviewten Personengruppen nicht repräsentativ sind, stellen die Ergebnisse lediglich Hinweise auf Veränderungen dar.

### **Take-Home-Message**

Die Implementierung des am BTHG orientierten Beratungsleitfadens hat die Reha-Fachberatung aus Sicht der Versicherten insgesamt verbessert – sie wird als ausführlich und personenzentriert erlebt, jedoch bestehen individuell Verbesserungsmöglichkeiten.

### **Literatur**

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (2019): Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. Bundesteilhabegesetz Kompakt. 4. Auflage. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Deutsche Rentenversicherung (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13. Auflage). Weinheim Basel: Beltz.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord und Knappschaft-Bahn-See

# Warum (nicht) Reha? Deutungsmuster und Entscheidungsprozesse bei der Nicht-Inanspruchnahme beruflicher Rehabilitation

*Stefan Dreßke<sup>1</sup>; Heike Ohlbrecht<sup>1</sup>; Karolin Hiesinger<sup>2</sup>;  
Stefan Schulder<sup>3</sup>; Nancy Reims<sup>2</sup>; Matthias Bethge<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg;

<sup>2</sup> Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB); <sup>3</sup> Universität zu Lübeck

## Hintergrund und Zielstellung

Trotz steigender gesundheitlicher Belastungen und eines wachsenden Bedarfs an beruflicher Rehabilitation ist in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang der beantragten und bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bei der Deutsche Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit zu beobachten. Diese Entwicklung verweist auf eine Diskrepanz zwischen objektivem Bedarf und tatsächlicher Nutzung. Zugleich verändern sich z. B. durch Fachkräftemangel, neue Gesundheitsrisiken und digitalisierte Verwaltungsprozesse die Bedingungen von Erwerbsarbeit, Beratung und sozialstaatlicher Steuerung. Damit entstehen neue Herausforderungen für den Zugang zur beruflichen Rehabilitation. Die qualitative Teilstudie des Verbundprojekts RehaWege – Die berufliche Rehabilitation am Scheideweg? (Laufzeit 2025–2027, gefördert vom BMAS) untersucht Personen, die trotz gesundheitlicher Einschränkungen keine LTA beantragen, deren Anträge abgelehnt wurden oder die bewilligten Maßnahmen nicht antreten. Ziel ist es, subjektive Deutungen, Wissensbestände und Entscheidungsprozesse zu rekonstruieren und zu verstehen, wie Beratungs- und Steuerungspraktiken darauf reagieren.

## Methoden

Die Studie folgt einem multiperspektivischen qualitativen Design im Rahmen eines trägerübergreifenden Mixed-Methods-Ansatzes.

Datengrundlage sind

- Expert\*inneninterviews (N = 10) mit Fachkräften der beruflichen Rehabilitation,
- Gruppendiskussionen (N = 5) mit Stakeholdern der beruflichen Rehabilitation,
- Leitfadeninterviews (N = 80) mit Personen, die trotz Reha-Bedarf keine LTA beantragen oder bewilligte Maßnahmen nicht beginnen,
- Zukunftswerkstätten (N = 3) mit Forschenden und Praktiker\*innen zur Reflexion und Ableitung von Handlungsempfehlungen.

Die Fallauswahl erfolgt nach theoretical sampling (Grounded Theory). Die Auswertung kombiniert die qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2022) und das Codierparadigma der Grounded Theory (Strauss, Corbin 1996). Erste Ergebnisse aus fünf Expert\*innen- und zwölf Personeninterviews bilden die Grundlage für analytische Thesen.

## Ergebnisse

Die Interviews zeigen ein Spannungsfeld von institutionellen, kommunikativen und kulturellen Faktoren, die die Nicht-Inanspruchnahme von LTA prägen. Fünf Thesen strukturieren die vorläufigen Befunde:

1. Wissens- und Schnittstellenbarrieren: Potenziell Anspruchsberechtigte (besonders Personen mit diskontinuierlichen Erwerbsverläufen und psychischen Erkrankungen) wissen nicht, dass ihnen eine LTA offensteht oder welche Leistungen darunterfallen sind. Unklare Zuständigkeiten zwischen institutionellen Akteuren an den Schnittstellen der Versorgungspfade erschweren zusätzlich den Zugang.
2. Sogwirkung des Arbeitsmarktes: Angesichts hoher Arbeitskräftenachfrage suchen Personen trotz gesundheitlicher Einschränkungen Beschäftigungsmöglichkeiten. Reha-Leistungen konkurrieren zunehmend mit dem Ziel der schnellen (Re-)Integration in Arbeit.
3. Sogwirkung der Erwerbsminderungsrente: Der Bezug einer Erwerbsminderungsrente erscheint älteren oder stärker beeinträchtigten Personen planbarer und sicherer als eine längere und (riskantere) Rehabilitationsmaßnahme. Eingespielte Verfahren und Begutachtungslogiken begünstigen diesen Pfad, sodass LTA aus dem Blick gerät.
4. Verwaltungsorientierte Zuweisungsprozesse: Beratungen orientieren sich stark an formalen Abläufen und sozialrechtlichen Vorgaben. Biografische und motivationale Aspekte der Lebensgestaltung werden in der Zuweisungspraxis gerade in komplexen Lebenslagen zu wenig berücksichtigt.
5. Mangelnde Passung von Rehabilitation und Lebensrealität: Angebote der beruflichen Rehabilitation stoßen auf Skepsis, wenn sie besonders bei psychischen Erkrankungen oder prekären Erwerbsverhältnissen als unvereinbar mit individuellen Lebenslagen oder gesundheitlichen Realitäten erlebt werden.

Insgesamt deutet sich an, dass Nicht-Inanspruchnahme Ergebnis komplexer Aushandlungsprozesse zwischen individueller Lebensführung, institutionellen Erwartungen und gesellschaftlichen Wertorientierungen ist.

## **Diskussion und Fazit**

Die Befunde verweisen auf ein Spannungsfeld zwischen institutioneller Standardisierung, individueller Selbststeuerung und sozialstrukturellem Wandel. Im Lichte des Konzepts der Sozialstaatskompetenz (social welfare literacy) (Glamann, Dreßke, 2025) zeigen sich unterschiedliche Wissens- und Handlungsmodi im Umgang mit sozialstaatlichen Leistungen: Personen mit hoher welfare literacy navigieren das System aktiv, während andere aufgrund von Unsicherheit oder institutioneller Distanz unterversorgt bleiben. Zudem tritt ein kultureller Wandel zutage: Rehabilitation wird stärker im Rahmen von Eigenverantwortung und Marktlogik bewertet. Dies verändert die Wahrnehmung von Teilhabe und erfordert offenere Formen von Beratung und Kommunikation, um Vertrauen in der Reha-Praxis herzustellen.

Nicht-Inanspruchnahme in der beruflichen Rehabilitation entsteht aus einem Zusammenspiel von Wissensdefiziten, institutionellen Routinen und kulturellen Deutungen. Für die Praxis ergeben sich daraus folgende Ansatzpunkte:

- Stärkung der Beratungsarbeit: Reha-Beratung sollte als verstehende Übersetzungsarbeit konzipiert werden, die biografische Erfahrungen und subjektive Orientierungen berücksichtigt.
- Zielgruppengerechte Ansprache: Informationsstrategien müssen lebensweltlich anchlussfähig gestaltet werden, insbesondere für Personen mit instabilen Erwerbsbiografien oder psychischen Erkrankungen.

- Trägerübergreifende Schnittstellenarbeit: Kooperationen zwischen DRV, BA, Betrieben, Bildungseinrichtungen und medizinischen Diensten können Übergänge erleichtern.
- Partizipative Konzeptentwicklung: In Zukunftswerkstätten werden die Thesen gemeinsam mit Praxisakteuren validiert und in Handlungsempfehlungen überführt.

### **Take-Home-Message**

Berufliche Rehabilitation kann ihre Funktion als Schlüssel zur Teilhabe nur erfüllen, wenn sie die kulturellen, wissensbezogenen und emotionalen Voraussetzungen für Inanspruchnahme aktiv gestaltet und dabei subjektive und institutionelle Perspektiven zusammenführt.

### **Literatur**

Glamann, N.; Dreßke, S. (2025): Social Welfare Literacy in der beruflichen Rehabilitation. In: *Gemeinsam leben* 4/2025, 222–229.  
 Mayring, P. (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.  
 Strauss, A.; Corbin, J. (1996): *Grounded Theory*. Weinheim: Beltz.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Advanced Physiotherapy Practitioner: Perspektiven und Herausforderungen einer neuen Berufsrolle in der Physiotherapie an deutschen Universitätskliniken**

*Andrea Bökel<sup>1</sup>; Susanne Klotz<sup>2</sup>; Annika Hoberg<sup>3</sup>; Fabienne Prehm<sup>4</sup>;  
Lena Frenz<sup>5</sup>; Linda Theuerkauf<sup>6</sup>; Lynn Jansen<sup>7</sup>; Daniel Kohlhofer<sup>8</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf;

<sup>3</sup> Klinikum Oldenburg AöR; <sup>4</sup> Universitätsmedizin Rostock;

<sup>5</sup> Universitätsklinikum Münster; <sup>6</sup> Universitätsklinikum Würzburg;

<sup>7</sup> Universitätsklinikum RWTH Aachen; <sup>8</sup> Universitätsklinikum Augsburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der demografische Wandel, steigende Morbidität und zunehmende Ambulantisierung führen zu komplexeren Versorgungsanforderungen in der Physiotherapie (Wissenschaftsrat, 2023; Geyer, Eberhard, 2021). Parallel gewinnt die Akademisierung der Therapieberufe an Bedeutung, wodurch sich neue Rollenprofile und Karrierepfade abzeichnen. International hat sich die erweiterte Berufsrolle des Advanced Physiotherapy Practitioner (APP) etabliert, die durch ein hohes Maß an klinischer Expertise, Eigenverantwortung und wissenschaftlicher Kompetenz gekennzeichnet ist (Tawiah et al., 2023). In Deutschland existiert diese Funktion bislang nicht. Ziel dieser Studie war es, Erkenntnisse über das Kompetenzprofil, die potenziellen Einsatzbereiche sowie die Förderfaktoren und Hindernisse für eine erfolgreiche Implementierung von APPs an Universitätskliniken aus Sicht leitender Physiotherapeut:innen an deutschen Universitätskliniken zu untersuchen.

### **Methoden**

Es wurde ein quantitatives, deskriptives Studiendesign in Form einer Online-Befragung gewählt. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und einer vorangegangenen qualitativen Erhebung wurde ein Fragebogen entwickelt, der fachliche, soziale und personale Kompetenzen, potenzielle Einsatzgebiete, Akzeptanz, Nutzen, Barrieren sowie Vergütungsaspekte erfasste. Über das Forum der leitenden Physiotherapeut:innen deutscher Universitätskliniken wurde die Umfrage an 35 von 37 Kliniken versendet. Einschlusskriterium war eine aktuell ausgeübte Leitungsfunktion. Die Datenerhebung erfolgte über das Online-Tool Evasys zwischen dem 10.09. und 25.10.2024. Insgesamt gingen 52 Datensätze ein, von denen 46 in die Auswertung einbezogen wurden.

### **Ergebnisse**

Ein Drittel der befragten Führungskräfte deklariert ein abgeschlossenes Bachelor- oder Masterstudium als Mindestvoraussetzung für die Rolle eines APP.

Als wichtigste fachliche Kompetenzen wurden medizinisches Fachwissen (97,8 %), wissenschaftliches Arbeiten (78,3 %) und Projektmanagement-Kompetenzen (60,9 %)

genannt. Kommunikationsfähigkeit, Team- und Problemlösekompetenz wurden von allen Befragten als zentrale soziale Fähigkeiten hervorgehoben.

Bezüglich der Einsatzgebiete sehen 87 % Potenzial in der Teilnahme an interprofessionellen Besprechungen und in der fachlichen Beratung von Kolleg:innen. Vier von fünf Befragten halten die Durchführung Screenings für denkbar, während die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten nur von weniger als der Hälfte befürwortet wird. Besonders häufig wurden Aufgaben in Forschung (93,5 % evidenzbasierter Theorie-Praxis-Transfer), Lehre (93,5 % Mitarbeiter:innenschulung) und Führung (84,8 % fachliche Leitung) genannt.

84,8 % der Leitungskräfte können sich APPs in ihren Teams vorstellen. Als größten Nutzen nennen sie die Qualitätssteigerung der Versorgung, die Professionalisierung der Physiotherapie und die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Hauptbarrieren sind eine unklare Finanzierung, fehlende rechtliche Rahmenbedingungen sowie Unsicherheiten bezüglich der Rollendefinition.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass leitende Physiotherapeut:innen die Einführung von APPs grundsätzlich befürworten und darin eine Chance zur Professionalisierung und Qualitätssteigerung der physiotherapeutischen Versorgung sehen. Im internationalen Vergleich zeigt sich jedoch, dass Deutschland bei der Umsetzung erweiterter physiotherapeutischer Rollen deutlich zurückliegt. Die Studienlage belegt, dass APPs zur Reduktion von Wartezeiten, Kosten und Versorgungslücken beitragen können (Fennelly et al., 2018) – Aspekte, die von den Be-fragten bislang nur eingeschränkt wahrgenommen werden.

Für eine erfolgreiche Implementierung sind vor allem klare rechtliche Rahmenbedingungen, definierte Kompetenzprofile sowie eine transparente Kommunikation innerhalb interprofessioneller Teams erforderlich. APPs könnten künftig insbesondere in der Behandlung von Patient:innen mit komplexen Versorgungsbedarfen und in der Implementierung evidenzbasierter Therapie eine zentrale Rolle einnehmen. Die Etablierung dieser erweiterten Berufsrolle bietet zudem neue Karriereperspektiven und kann die Attraktivität des Berufsfeldes Physiotherapie im klinischen Kontext nachhaltig steigern.

### **Take-Home-Message**

Die Einführung von Advanced Physiotherapy Practitioners birgt erhebliches Potenzial zur Qualitätssteigerung, Professionalisierung und Zukunftssicherung der physiotherapeutischen Versorgung in deutschen Universitätskliniken.

### **Literatur**

- Fennelly, O., Blake, C., FitzGerald, O., Breen, R., Ashton, J., Brennan, A., Caffrey, A., Desmeules, F., Cunningham, C. (2018): Advanced practice physiotherapy-led triage in Irish orthopaedic and rheumatology services: national data audit. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 1;19(1):181.
- Geyer S, Eberhard, S. (2021): Später krank und länger gesund? Die Morbiditätskompression und ihre Alternativen. Bern: Hogrefe.
- Tawiah, A.K., Stokes, E., Wieler, M., Desmeules, F., Finucane, L., Lewis, J., Warren, J., London, K., Noblet, T. Cunningham, C., Woodhouse, L.J. (2023): Developing a core



competency and capability framework for advanced practice physiotherapy: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 40, Nr. 7. 1477-1491.

Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen (Drs. 1548-23). Köln: Wissenschaftsrat.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Der Effekt des antizipierten Affekts auf körperliche Aktivität und die medierende Rolle der Intention**

*Milana D'Agostino; Jakob Hedin; Constantin Rausch; Darko Jekauc*

Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Trotz zahlreicher gesundheitlicher Vorteile der körperlichen Aktivität, erreicht ein Großteil der Bevölkerung die Bewegungsempfehlungen nicht. Zwar gilt Intention als entscheidender Faktor für die Initiierung körperlicher Aktivität, reicht jedoch häufig nicht aus, um das Verhalten umzusetzen (McEachan et al., 2016) und aufrechtzuhalten (Finne et al., 2019). Eine Schlüsselrolle dabei spielt der antizipierte Affekt, definiert als Erwartung affektiver Zustände nach Ausführen oder nicht Ausführen der Aktivität (Stevens et al., 2020). Die Antizipation von positivem Gefühlserleben erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Personen eine Intention bilden und diese umsetzen. Der antizipierte Affekt fungiert somit als affektiver Motivationsmechanismus mit direktem und indirektem Einfluss auf Verhalten (Feil et al., 2022). Bisherige Forschung betrachtete überwiegend die Between-Person-Ebene, während Within-Person-Dynamiken, die das tägliche Verhalten widerspiegeln, weitgehend unberücksichtigt blieben (Jekauc et al., 2025).

Ziel dieser Studie ist es daher, diese Forschungslücke zu schließen, indem die Rolle des antizipierten Affekts auf der Within-Person-Ebene untersucht wird. Die zentrale Fragestellung besteht darin, zu untersuchen, in welchem Ausmaß der antizipierte Affekt das Verhalten direkt beeinflusst und inwieweit dieser Einfluss über die Intention vermittelt wird.

### **Methoden**

An der Studie mit einem Ecological Momentary Assessment (EMA) Design nahmen 45 Personen aus einer Gelegenheitsstichprobe summiert aus drei Erhebungswellen teil (22.2 % männlich, MAlter, = 27.1, SDAlder = 8.2). Die Teilnehmenden bearbeiteten über vier bis fünf Verhaltensepisoden tägliche App-basierte Fragebögen zu Intention und antizipiertem Affekt, die zwischen 8 Uhr morgens und abends getriggert wurden. Zusätzlich wurden wöchentliche Fragebögen nach der Sporteinheit ausgefüllt. Eine Verhaltensepisode wurde als ein klar abgegrenzter Zeitraum von einer Woche definiert, der mit der Teilnahme an der Sporteinheit endete. Zur Analyse der Daten wurden Mehrebenenmodelle eingesetzt. Um die indirekten Effekte einbeziehen zu können, wurde ein bayesianisches Modell gerechnet.

## Ergebnisse

Mithilfe von Mehrebenenregressionen mit zufälligen Effekten wurden für jede Versuchsperson und jede Verhaltensepisode das Ausgangsniveau der Intention und des antizipierten Affekts sowie die Veränderung der Intention über die Zeit geschätzt. Das Ausgangsniveau des antizipierten Affekts war ein signifikanter Prädiktor für die Teilnahme an der Sporteinheit innerhalb der Person (OR = 9.50, 95 % CI [3.56, 25.40],  $p < 0.001$ ). Zudem war das Ausgangsniveau des antizipierten Affekts mit dem Ausgangsniveau der Intention assoziiert ( $\beta = 0.66$ , 95 % CI [0.58, 0.74],  $p < 0.001$ ) und hatte einen Einfluss auf die Veränderung der Intention ( $\beta = 0.34$ , 95 % CI [0.23, 0.45],  $p < 0.001$ ). Das bayesianische Modell zeigte einen Effekt von antizipiertem Affekt auf die Teilnahme, der sowohl über das Ausgangsniveau (OR = 2.07, 95 % CrI [0.91, 4.25]) als auch über die Veränderung der Intentionsstärke (OR = 1.56, 95 % CrI [1.21, 2.08]) mediert wurde. Der kombinierte indirekte Effekt über beide Mediationspfade war signifikant und zeigte, dass ein höherer antizipierter Affekt mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Teilnahme verbunden war (OR = 3.21, 95 % CrI [1.41, 6.76]). Der antizipierte Affekt beeinflusste die Teilnahme auch unabhängig von der Intention (OR = 5.54, 95 % CI [1.41, 16.3]), was auf eine partielle Mediation des antizipierten Affekts hindeutet.

## Diskussion und Fazit

Beim antizipierten Affekt konnte sowohl ein direkter als auch ein indirekter Effekt über die Intention auf die Teilnahme gezeigt werden. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der antizipierte Effekt einen wichtigen Beitrag zur Intentionsbildung leistet und darüber hinaus einen von der Intention unabhängigen Effekt auf das Bewegungsverhalten ausübt.

## Take-Home-Message

Die Erwartung positiver Emotionen entfaltet eine doppelte Wirkung, indem sie sowohl die Bildung von Handlungsintentionen fördert als auch unmittelbar das Bewegungsverhalten beeinflusst.

## Literatur

- Feil, K., Weyland, S., Fritsch, J., Wäsche, H., Jekauc, D. (2022): Anticipatory and Anticipated Emotions in Regular and Non-regular Exercisers – A Qualitative Study. *Frontiers in Psychology*, 13, 929380. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.929380>
- Finne, E., Englert, C., Jekauc, D. (2019): On the importance of self-control strength for regular physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 43, 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.02.007>
- Jekauc, D., Voelke, M. C., Giurgiu, M., Nigg, C. R. (2025): Unveiling the Multidimensional Nature of the Intention–Behavior Gap: Dynamics of Intentions and Behaviors. *European Journal of Health Psychology*, 2512-8442/a000162. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000162>
- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P., Conner, M. (2016): Meta-Analysis of the Reasoned Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(4), 592–612. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9798-4>

Stevens, C. J., Baldwin, A. S., Bryan, A. D., Conner, M., Rhodes, R. E., Williams, D. M. (2020): Affective Determinants of Physical Activity: A Conceptual Framework and Narrative Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 568331. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.568331>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Effekte unterschiedlich intensiver Ergometer-Trainingsprogramme auf die Leistungsfähigkeit von Lungenkrebspatienten während einer stationären Rehabilitation**

*Julian Bielenberg<sup>1</sup>; Jan-Hinnerk Stange<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hamburg;

<sup>2</sup> Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH – MZG-Westfalen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Jahr 2022 hatte Lungenkrebs eine Prävalenz von 56.577 diagnostizierten Krebsfällen in Deutschland (Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, 2024). Sporttherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen im Ausdauerbereich haben sich als wirkungsvolles Instrument erwiesen, um nach einer Tumorbehandlung durch Operation, Chemo- oder Strahlentherapie eine höhere körperliche Leistungsfähigkeit wieder zu erlangen. Postulierte Studien beziehen sich dabei auf einen Interventionszeitraum von mindestens vier Wochen oder länger (Driessen et al., 2017). Die vorliegende Untersuchung vergleicht in dem von der Rentenversicherung unterstützten Zeitrahmen von drei Wochen die Effektivität von Ausdauerinterventionen mit unterschiedlichen Intensitäten in einer stationären Rehabilitationsklinik.

### **Methoden**

Die Studie wurde in der onkologischen Rehabilitationseinrichtung „Cecilien Klinik“ in Bad Lippspringe zwischen September und Oktober 2024 über eine Gesamtstudiendauer von 8 Wochen durchgeführt. 62 an der Untersuchung teilnehmende Lungenkrebspatienten wurden randomisiert zwei Gruppen zugewiesen und durchliefen ein dreiwöchiges Ausdauertrainingsprogramm auf dem Ergometer entweder intensiven Pensums in der Interventionsgruppe (IG) oder moderaten Pensums in der Vergleichsgruppe (VG). Die IG absolvierte in jeder Woche zwei 30-minütige Einheiten mit moderater Intensität und drei 12-minütige Einheiten mit intensiver Intensität, während die VG wöchentlich fünf 12-minütige Einheiten mit moderater Intensität ausübte. Die Messung der Intensität erfolgte über eine Selbsteinschätzung der Probanden mittels einer modifizierten CR10 Borgskala. Als Trainings- und primäres Studienergebnis wurde die Entwicklung der Ausdauerleistungsfähigkeit anhand eines 6 Minuten Gehtests (6MGT) und eines auf Schnelligkeit angelegten Treppentests (TT) erfasst, welche alle Probanden jeweils zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes und am Ende der drei Trainingswochen vollzogen. Ausgewertet wurden die Ergebnisse mit dem Programm JASP 0.19.3. Dabei wurde mit einem Signifikanzniveau von 5 % gerechnet.

## Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst letztlich 44 Teilnehmer, die das Trainingsprogramm erfolgreich gemäß den Mindestumfangs- und Intensitätsanforderungen beendeten sowie wenigstens einen Ausgangs- und Abschlusstest vollständig und unter Einhaltung vorgegebener Kriterien bewältigten. Davon waren  $n = 24$  der IG und  $n = 20$  der VG zugeteilt. Bei 41 in der Auswertung des 6MGT berücksichtigten Teilnehmern (IG:  $n = 23$ , VG:  $n = 18$ ) erbrachte der unabhängige T-Test mit einem Ergebnis von  $p = 0.10$  keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, weist gemäß Bös et al. (2020) aber eine tendenzielle Signifikanz zugunsten der IG auf. Im intragruppalen Vergleich zwischen Ausgangs- und Abschlusstest zeigte der abhängige T-Test sowohl in der IG als auch in der VG mit  $P < 0.001$  eine hochsignifikante Verbesserung. Die Resultate des TT dokumentierten bei einem einseitig gerechneten Mann-Whitney U Test mit  $p = 0.6$  keine signifikanten Unterschiede zwischen IG ( $n = 24$ ) und VG ( $n = 20$ ). Der Vergleich zwischen Treppen Ausgangs- und Abschlusstest offenbarte sowohl in der IG hochsignifikante ( $p < 0.001$ ) als auch in der VG signifikante ( $p = 0.009$ ) Leistungssteigerungen.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen eine eindeutige Verbesserung im Abschlusstest beider Gruppen. Unter Einbezug aller getätigten physischen Aktivitäten während des Klinikaufenthalts kann bei einem geführten Ergometertraining somit eine Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit für Lungenkrebspatienten im Rahmen einer stationären, dreiwöchigen Rehabilitationsmaßnahme angenommen werden. Um den tendenziell höheren Leistungseffekt eines intensiveren Ergometertrainings statistisch zu manifestieren, bedarf es vergleichbare Studien mit einer Stichprobe von mindestens  $n = 268$ . Ein Kurzzeitausdauer TT scheint dabei als Messmethode ungeeignet zu sein. Gegenstand künftiger Erhebungen könnte bei vergleichbarem Studienaufbau eine Stratifizierung nach dem Leistungsniveau der Patienten, nach dem Zeitpunkt der letzten Primärbehandlung sowie nach deren Nebenwirkungen sein.

## Take-Home-Message

Im Rahmen eines dreiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalts erhöhen sporttherapeutische Maßnahmen, die ein Ergometertraining inkludieren mit hoher Wahrscheinlichkeit die Ausdauerleistungsfähigkeit von Lungenkrebspatienten, wobei die dargelegte Tendenz, dass die Trainingsintensität Einfluss auf den Grad der Leistungsentwicklung hat, in weiteren Studien zu prüfen wäre.

## Literatur

- Bös, K., Hänsel, F., Schott, N. (2020): Empirische Untersuchung in der Sportwissenschaft (3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Hamburg: Feldhaus.
- Driessen, E.J., Peeters, M.E., Bongers, B.C., Maas, H.A., Bootsma, G.P., van Meeteren, N.L., Janssen-Heijnen, M.L. (2017): Effects of prehabilitation and rehabilitation including a home-based component on physical fitness, adherence, treatment tolerance, and recovery in patients with non-small cell lung cancer: A systematic review. *Critical reviews in oncology/hematology*, 114, 63-76.
- Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (2024): Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf

Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. Mortalitätsdaten bereitgestellt vom Statistischen Bundesamt. Zugriff am 15.12.2024 unter [www.krebsdaten.de/abfrage](http://www.krebsdaten.de/abfrage).

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Status quo einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie: Erkenntnisse über die Erfahrungen von Rehabilitand\*innen und Handlungsweise von Bewegungstherapeut\*innen**

*Eva Grüne<sup>1</sup>; Johanna Popp<sup>1</sup>; David Victor Fiedler<sup>2</sup>;  
Wolfgang Geidl<sup>1</sup>; Gorden Sudeck<sup>2</sup>; Klaus Pfeifer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; <sup>2</sup> Universität Tübingen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Ein zentrales Ziel der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation ist es, Menschen zu befähigen, eigenständig körperlich aktiv zu sein. Oftmals gelingt es Rehabilitand\*innen nach einer medizinischen Rehabilitation nicht, ihre körperliche Aktivität im Alltag aufrechtzuerhalten oder zu steigern. Ein möglicher Grund dafür ist, dass bewegungstherapeutische Konzepte häufig vorrangig auf die körperliche Funktionsfähigkeit ausgerichtet sind und weniger auf eine langfristige Bewegungsförderung (Geidl et al., 2022). Die Förderung individueller Kompetenzen zur Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils in Form der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK; Carl et al., 2020) stellt eine vielversprechende Strategie der Bewegungsförderung dar und ist in Kapitel A der Klassifikation therapeutischer Leistungen als Ziel formuliert (Deutsche Rentenversicherung, 2025). Inwiefern diese Kompetenzen in der bewegungstherapeutischen Praxis Berücksichtigung finden, ist bislang unklar. Ziel des vorliegenden Beitrags im Rahmen des Projekts STABEKO ist es, den Status quo einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie in drei Rehabilitationseinrichtungen zu erörtern.

### **Methoden**

Der Status quo einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie wurde querschnittlich mithilfe von Fragebögen ermittelt. In Anlehnung an „Patient-Reported Experience Measures“ (PREMs) wurde ein Fragebogen zur Erfassung der Erfahrungen der Rehabilitand\*innen mit einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie entwickelt und eingesetzt (n = 222). Analog dazu wurden sogenannte „Therapist-Reported Action Measures“ (TRAMs) erörtert. Daraufhin wurde ein Fragebogen entwickelt und eingesetzt (n = 36), der die Handlungsweise von Bewegungstherapeut\*innen in Bezug auf die (a) Umsetzung von, (b) Haltung gegenüber und (c) Kompetenz zur Vermittlung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie erfasst. Die PREMs und jeweiligen TRAMs wurden anhand von jeweils elf Items erhoben, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet wurden (1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu). Inhaltlich bilden diese Items Aspekte der BGK, des Handlungsmodells zur BGK-Förderung (Pfeifer et al., 2013) sowie der Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie zur

Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation (Matting et al., 2025) ab. Es folgte eine deskriptive Analyse der Daten.

## **Ergebnisse**

Insgesamt zeigten sich über die drei Einrichtungen hinweg sowohl bei den Rehabilitand\*innen ( $3,54 \leq MW \leq 4,62$ ) als auch Bewegungstherapeut\*innen ( $3,00 \leq MW \leq 4,60$ ) mittlere bis hohe Zustimmungen zur Umsetzung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie. Auffallend ist, dass nach Berichten der Rehabilitand\*innen und Bewegungstherapeut\*innen Aspekte im Zusammenhang mit der Planung und Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität offenbar weniger umgesetzt wurden als solche, die die praktische Durchführung körperlicher Aktivität betreffen. Im Hinblick auf die jeweiligen Bereiche der TRAMs zeigte sich, dass nach Angabe der Bewegungstherapeut\*innen bei der Umsetzung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie (MWD = 0,61) tendenziell größere Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestehen als bei der Haltung gegenüber (MWD = 0,30) sowie Kompetenz zur Vermittlung einer (MWD = 0,32) bewegungsförderlichen Bewegungstherapie.

## **Diskussion und Fazit**

Dieser Beitrag liefert Einblicke zum Status quo einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie in drei Rehabilitationseinrichtungen aus Perspektive von Rehabilitand\*innen und Bewegungstherapeut\*innen. Die Ergebnisse ermöglichen es, die Stärken und Weiterentwicklungspotenziale in der Bewegungstherapie in Bezug auf Bewegungsförderung zu identifizieren und bei Bedarf gezielt zu adressieren, um somit die körperliche Aktivität von Rehabilitand\*innen langfristig zu fördern. Beispielsweise kann der eingeschränkte Fokus auf die Planung und Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität eine verpasste Chance darstellen, eine nachhaltige Verhaltensänderung bei Rehabilitand\*innen zu unterstützen. Darüber hinaus verdeutlicht die unterschiedliche Umsetzung in den einzelnen Einrichtungen die Notwendigkeit standardisierter und erweiterter bewegungstherapeutischer Konzepte, um die Förderung körperlicher Aktivität in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen flächendeckend zu verbessern.

## **Take-Home-Message**

Die innovative Abfrage der PREMs und TRAMs ermöglicht Einblicke in den Status quo einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie aus Sicht der Rehabilitand\*innen und Therapeut\*innen und zeigt Potenziale zur nachhaltigen Bewegungsförderung auf.

## **Literatur**

- Carl, J., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2020): Competencies for a healthy physically active lifestyle – Reflections on the Model of Physical Activity-related Health Competence (PAHCO). *Journal of Physical Activity and Health*, 17(8). 853.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2025): KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Version 2025 (7. Aufl.). Deutsche Rentenversicherung.
- Geidl, W., Sudeck, G., Wais, J., Pfeifer, K. (2022): Bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen der bundesweiten Bestandsaufnahme für die Qualitätsentwicklung. *Rehabilitation*, 61. 336-343.
- Matting, L., Pfeifer, K., Sudeck, G., Jung, A., Langhirt, F., Geidl, W. (2025): Physical activity promotion in physical therapy, exercise therapy and other movement-based therapies: a

scoping review and content analysis of intervention studies and theoretical works. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 22. 72.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Geidl, W., & Tallner, A. (2013): Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie – Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. *Neurol Rehabil*, 19(1). 7-19.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

## **Wie Intention und Gewohnheit die Teilnahme an körperlicher Aktivität vorhersagen: Eine EMA-Studie im Hochschulsportkontext**

*Jakob Hedin; Milana D'Agostino; Constantin Rausch; Darko Jekauc*

Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Dual-Prozess-Theorien gehen davon aus, dass die Aufrechterhaltung gesundheitsbezogener Aktivität – zentral in Reha und Prävention – sowohl durch reflektive als auch durch automatische Prozesse bestimmt wird (Hagger, 2016). Intention steht für bewusstes, zielgerichtetes Handeln, während Gewohnheit automatische Handlungstendenzen beschreibt, die sich durch wiederholtes Verhalten herausbilden. Bisherige Studien basierten überwiegend auf Querschnittsdaten, wodurch intraindividuelle Dynamiken und zeitliche Schwankungen unbeachtet blieben (Knapova et al., 2024).

Ziel der vorliegenden Studie war es, tägliche intraindividuelle Schwankungen der Intention sowie Veränderungen der Gewohnheit im Verlauf mehrerer Wochen zu untersuchen und deren Einfluss auf die Teilnahme an wiederkehrenden Bewegungsangeboten zu analysieren – als Ansatzpunkt für Adhärenz in Reha-, Nachsorge- und Präventionsprogrammen.

### **Methoden**

Teilnehmende (N = 45; 22 % männlich; M = 27 Jahren) wurden in Hochschulsportkursen einer deutschen Universität rekrutiert und über einen Zeitraum von vier Wochen beobachtet. Die Intention wurde täglich erfasst und mit dem Item „Wie stark ist Ihre Intention, an der nächsten Einheit teilzunehmen?“ operationalisiert (De Bruijn et al., 2014). Die Gewohnheit wurde wöchentlich mit dem Item „Wie automatisch war Ihre Entscheidung, heute teilzunehmen?“ gemessen (Gardner et al., 2012).

Da diese Gewohnheitsmessung nur bei tatsächlicher Teilnahme vorlag, wurde in den prädiktiven Analysen die vorherige Teilnahmequote als Proxy-Variable verwendet. Abschließend wurde die Intention in Within-Person (zeitlich fluktuierende) und Between-Person (individuelle Unterschiede) Komponenten getrennt.

### **Ergebnisse**

Die Gewohnheit nahm über die Zeit hinweg nicht signifikant zu, wenn zufällige Steigungen modelliert wurden ( $\beta = -0.003$ , 95 %-KI [-0.30, 0.30],  $t(28) = -0.02$ ,  $p = .985$ ). Die

Varianzschätzungen für den zufälligen Intercept und die Steigung betrugen 1.61 bzw. 0.90, was auf erhebliche interindividuelle Unterschiede in der Ausgangsgewohnheit und der Veränderungsrate hinweist. Die Korrelation zwischen Ausgangsgewohnheit und Steigung war  $r = -.63$ ,  $p < .001$ .

Tägliche Within-Person Schwankungen der Intention innerhalb der Verhaltensepisode sagten die Teilnahme signifikant voraus (OR = 1.89, 95 %-KI [1.26, 2.83],  $p < .01$ ) was zeigt, dass eine um einen Punkt höhere Intention die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme um 89 % erhöht.

Auf Verhaltensepisodenebene sagte die vorherige Teilnahmequote die Teilnahme voraus (OR = 1.31, 95 %-KI [1.08–1.58]) was einem Anstieg von 31 % für jede 10 % Erhöhung der vorherigen Teilnahmequote entspricht. Auch stabile Between-Person Unterschiede in der durchschnittlichen Intention über den Studienzeitraum sagten die Teilnahme signifikant voraus (OR = 2.45, 95 %-KI [1.35, 4.42],  $p < .01$ , sodass Personen mit einer um 1 SD höheren Intention 2.45-mal häufiger an den wöchentlichen Einheiten teilnahmen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen unterschiedliche zeitliche Dynamiken in der Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität, die für Reha und Präventionsangebote bedeutsam sind: intentionale Schwankungen zeigten kurzfristige, und vorherige Teilnahmequote längerfristige Effekte auf die Teilnahme.

Die Gewohnheitsverläufe zeigten keinen einheitlichen Anstieg über die Zeit; Teilnehmende mit niedrigen Anfangswerten neigten dazu, ihre Automatisierung zu verstärken, während bei hohen Ausgangswerten ein Rückgang zu beobachten war. Tägliche Schwankungen der Intention sagten die Teilnahme vorher und unterstreichen damit, dass kurzfristige intentionale Variabilität ein relevanter Ansatzpunkt zur Förderung von Adhärenz und Teilhabe ist.

## **Take-Home-Message**

Kurzfristige intentionale Variabilität und längerfristige Teilnahmeerfahrung tragen jeweils auf unterschiedlichen Zeitebenen zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität bei – beide Aspekte sollten in Interventionen berücksichtigt werden.

## **Literatur**

- de Bruijn, G.J., Gardner, B., van Osch, L., Sniehotta, F. F. (2014): Predicting automaticity in exercise behaviour: The role of perceived behavioural control, affect, intention, action planning, and behaviour. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 767–774. doi: 10.1007/s12529-013-9348-4
- Gardner, B., Abraham, C., Lally, P., de Bruijn, G.-J. (2012): Towards parsimony in habit measurement: Testing the convergent and predictive validity of an automaticity subscale of the Self-Report Habit Index. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9. 102.
- Hagger, M. S. (2016): Non-conscious processes and dual-process theories in health psychology. *Health Psychology Review*, 10(4), 375–380.
- Jekauc, D., Voelke, M.C., Giurgiu, M., Nigg, C.R. (2025): Unveiling the Multidimensional Nature of the Intention-Behavior Gap: Dynamics of Intentions and Behaviors. *European Journal of Health Psychology*, 32(1).



Knapova, L., Cho, Y. W., Chow, S.-M., Kuhnova, J., Elavsky, S. (2024): From intention to behavior: Within- and between-person moderators of the relationship between intention and physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 71, 102566.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Assessments in der digitalen Nachsorge – Out-of-Office Measurements als Methode zur objektiven Erfolgskontrolle**

*Monika Helme<sup>1</sup>; Michael Jöbges<sup>2</sup>; Robin Stadel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Kliniken Schmieder (Stiftung & Co.) KG; <sup>2</sup> Kliniken Schmieder Konstanz

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die digitale Nachsorge hat sich in den letzten Jahren als fester Bestandteil der rehabilitativen Versorgung etabliert. Sie ermöglicht es Patient:innen, ihren Genesungsprozess nach dem stationären Aufenthalt ortsunabhängig fortzusetzen. Studien wie Tchero et al. (2018) und Seron et al. (2021) belegen die Wirksamkeit von Telerehabilitation, weisen jedoch auf den Mangel an standardisierten Bewertungsmethoden hin.

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung und Erprobung eines „Out-of-Office Measurements“ (OoOM), das den Genesungsverlauf außerhalb der Klinik objektiv erfassen soll. Zudem wurde untersucht, ob dieses neue Verfahren bei Patient:innen mit neurologischen Erkrankungen praktikabel und akzeptiert ist.

### **Methoden**

Auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche wurden bestehende Messverfahren identifiziert, die in digitalen Nachsorgeprogrammen Anwendung finden können. Unter Berücksichtigung von Kriterien wie Validität, Benutzerfreundlichkeit und praktischer Durchführbarkeit wurde ein prototypisches OoOM konzipiert. Zur Auswahl geeigneter Tests diente die Shirley Ryan AbilityLab Rehabilitation Measures Database.

Zur Evaluation von Akzeptanz und Praktikabilität füllten Patient:innen nach der Nutzung einen standardisierten Fragebogen aus. Zusätzlich wurden nach vierwöchiger Anwendung Veränderungen der Testergebnisse analysiert. Eingeschlossen wurden 14 von 30 potenziellen Teilnehmenden mit ärztlicher Verordnung zur digitalen Nachsorge.

### **Ergebnisse**

**Akzeptanz:**

Die Verständlichkeit, Handhabung und Sicherheit wurden im Mittel als sehr gut bewertet. Besonders positiv hervorgehoben wurden die Verständlichkeit der Instruktionen (M = 5,71; SD = 0,49), die einfache Anwendung (M = 5,71; SD = 0,49) und die empfundene Sicherheit (M = 5,71; SD = 0,49). Etwas zurückhaltender fiel die Einschätzung zu erwarteten Fortschritten durch wiederholte Durchführung aus (M = 4,71; SD = 0,76).

**Wirksamkeit:**

Ein signifikanter Unterschied zeigte sich im Closed Kinetic Chain Upper Extremity Stability Test ( $t(6) = -2,52$ ;  $p = 0,045$ ). Die Teilnehmenden steigerten ihre Wiederholungszahl im Mittel von 12,14 (SD = 9,03) auf 18,57 (SD = 5,59). Für andere Tests ergaben sich keine signifikanten Veränderungen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse belegen, dass die Entwicklung von OoOMs für die digitale Nachsorge machbar und praktikabel ist. Besonders die Möglichkeit zur eigenständigen Durchführung ohne zusätzliche Geräte oder Schulungen spricht für die Alltagstauglichkeit. Gleichzeitig zeigen sich Optimierungspotenziale, etwa bei Tests mit hoher körperlicher Belastung.

Zukünftige Studien sollten prüfen, ob der Einsatz von OoOMs die Motivation zur Durchführung und die Therapieadhärenz beeinflusst und weitere Parameter integriert werden können.

## **Take-Home-Message**

Out-of-Office Measurements bieten eine vielversprechende Möglichkeit, den Therapieverlauf in der digitalen Nachsorge und anderen digitalen Therapieangeboten objektiver zu begleiten.

## **Literatur**

Seron P. et al. (2021): Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapy: A Rapid Overview. Phys Ther 101.

Tchero H. et al. (2018): Telerehabilitation for Stroke Survivors: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res 20.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Digitale Reha-Nachsorge bei onkologischen Patient\*innen: Einfluss von Alter, Geschlecht und Übergangszeit auf die Performance**

*Sebastian Knapp; Frank Merten; Jessica Huss; Filippo Martino*

Caspar Clinic. Digitales Centrum für Gesundheit.

## **Hintergrund und Zielstellung**

Digitale Reha-Nachsorgeangebote bieten eine wertvolle Datenquelle für die prognostische Einschätzung und Optimierung der Therapie. Durch die Analyse digitaler Therapiedaten können gezielte, individualisierte Therapieansätze entwickelt werden, die sowohl die Adhärenz der Patient\*innen verbessern als auch die therapeutische Wirksamkeit steigern. Diese datengestützten Ansätze ermöglichen eine präzise Anpassung der Nachsorgeprogramme (Stadel, 2024).

Die vorliegende Untersuchung untersucht, wie onkologische Patient\*innen mit einer digitalen Reha-Nachsorge umgehen und welche Personenmerkmale (Alter, Geschlecht, Übergangszeit) die Umsetzung beeinflussen. Dabei wurden die Anzahl umgesetzter Module, die Dauer der Nachsorge und die Anzahl inaktiver Wochen während der Nachsorge betrachtet.

## **Methoden**

Die Datengrundlage bilden Nutzungsdaten von 1.751 Patient\*innen mit den häufigsten onkologischen Diagnosen (C50, C61, C15–C21), die zwischen Januar 2023 und August 2025

an der digitalen multimodalen Reha-Nachsorge (IRENA) teilnahmen. Subgruppen wurden anhand der Personenmerkmale gebildet: Geschlecht, Alter (Median-Split) und Übergangszeit. Die drei Kernmaße (Anzahl umgesetzter Module, Dauer der Nachsorge, Anzahl inaktiver Wochen) wurden als Ergebnisvariablen betrachtet. Es wurden deskriptive Analysen sowie Poisson-Modelle mit Haupteffekten und Interaktionen durchgeführt ( $\alpha < 0,05$ ).

## Ergebnisse

Die Patient\*innen waren zu 76,6 % weiblich, im Durchschnitt 55,7 Jahre alt (Median: 57), und 70,6 % hatten eine C50-Diagnose. Der Beginn der digitalen Nachsorge erfolgte im Median 6 Tage nach Beendigung der vorhergehenden Reha.

### Anzahl inaktiver Wochen

Die Poisson-Regression zeigte, dass ältere Teilnehmende signifikant weniger Wochen ohne Aktivität aufwiesen ( $RR \approx 0,75$ ; 95 %-KI  $\approx [0,71-0,79]$ ;  $p < 0,001$ ). Männliche Teilnehmende hatten mehr Wochen ohne Aktivität ( $RR \approx 1,09$ ; 95 %-KI  $\approx [1,02-1,17]$ ;  $p = 0,016$ ). Eine längere Übergangszeit war tendenziell mit weniger inaktiven Wochen verbunden ( $p = 0,064$ ). Signifikante Interaktionen deuteten darauf hin, dass der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Inaktivität durch die Übergangszeit modifiziert wird (Alter $\times$ Übergangszeit:  $p = 0,008$ ). Insbesondere ältere Teilnehmende mit längerer Übergangszeit zeigten weniger Inaktivität.

### Dauer der Nachsorge

In der Poisson-Regression war die Therapiedauer bei älteren ( $RR \approx 0,97$ ; 95 %-KI  $\approx [0,96-0,98]$ ;  $p < 0,001$ ) und weiblichen Teilnehmenden kürzer ( $RR \approx 0,91$ ; 95 %-KI  $\approx [0,89-0,94]$ ;  $p < 0,001$ ). Eine längere Übergangszeit war mit einer leicht verlängerten Therapie assoziiert ( $RR \approx 1,005$ ; 95 %-KI  $\approx [1,003-1,006]$ ;  $p < 0,001$ ). Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Dauer variierte jedoch je nach Übergangszeit (Alter $\times$ Übergangszeit:  $p < 0,001$ ), wobei die Therapiedauer bei älteren Teilnehmenden mit längerer Übergangszeit weiter verkürzte.

### Anzahl umgesetzter Nachsorgemodule

Ältere und weibliche Teilnehmende setzten signifikant mehr Module um (Alter:  $RR \approx 1,05$ ; 95 %-KI  $\approx [1,03-1,08]$ ;  $p < 0,001$ , Geschlecht:  $RR \approx 1,06$ ; 95 %-KI  $\approx [1,03-1,09]$ ;  $p < 0,001$ ). Eine längere Übergangszeit hatte keinen signifikanten Haupteffekt auf die Anzahl umgesetzter Module. In der Analyse der Interaktionen zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Alter und Geschlecht ( $\beta = 0,0788$ ;  $p = 0,038$ ), der darauf hindeutet, dass sich der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Umsetzung der Module gegenseitig beeinflusst.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ältere und weibliche Teilnehmende tendenziell aktiver sind und mehr Module umsetzen. Interessanterweise zeigt sich, dass eine längere Übergangszeit bei onkologischen Patientinnen mit weniger Inaktivität und einer kürzeren Therapiedauer verbunden ist. Die Interaktionen zwischen Alter, Geschlecht und Übergangszeit unterstreichen die Notwendigkeit, individualisierte Nachsorgeprogramme anzubieten, die demographische und zeitliche Faktoren berücksichtigen.

## Take-Home-Message

Die Übergangszeit beeinflusst den Erfolg der digitalen Reha-Nachsorge, insbesondere in Wechselwirkung mit dem Alter und Geschlecht der Patient\*innen.

## Literatur

Stadel, R. (2024): Zeitreihenanalyse zur Verstetigung der konsistenten Teilnahme von Personen mit neurologischen Erkrankungen im Programm der Tele-Reha-Nachsorge. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg): Tagungsband 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen: DRV-Schriften; 2024. S. 300–2.

Interessenkonflikt: Die Autor\*innen sind Mitarbeitende der Caspar Clinic. Digitales Centrum für Gesundheit.

Förderung: -

## Erste Ergebnisse einer qualitativen Vorstudie zur Implementierung einer „DigiFlexReha Typ 1“ für den Bereich Information, Vertiefung und Empowerment

*Henrik Hülsmann<sup>1</sup>; Antje Schulenberg<sup>2</sup>; Rachel Stockley<sup>3</sup>; Felix Holl<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Neu-Ulm; <sup>2</sup> Klinik Solequelle Bad Westernkotten; <sup>3</sup> University of Lancashire

## Hintergrund und Zielstellung

Die Digitalisierung der Rehabilitation soll den Rehabilitationsprozess flexibler und individueller gestalten, indem sie Zeit- und Standortunabhängigkeit ermöglicht. Der mehrwöchige Rehabilitationsprozess umfasst ein breites Spektrum an therapeutischen, medizinischen und informellen Maßnahmen. Je nach Indikation werden unterschiedliche Leistungen erbracht, die durch ein rehabilitandenorientiertes Vorgehen geleitet und unterstützt werden, um die Ziele der Selbstbestimmung und Partizipation sicherzustellen. Dafür sind die Lebensbedingungen und die jeweils individuellen und sozialen Ressourcen der Rehabilitanden und Therapeuten im Rehabilitationsprozess zu beachten. Eine sorgfältige, durchdachte und evidenzbasierte Implementierung ist daher nötig, um mögliche Probleme wie fehlende Infrastruktur, mangelnde digitale Kompetenzen (Stark et al., 2023), fehlende Datensicherheit oder eine unkontrollierte Workflow-Integration zu vermeiden (Nicolas et al., 2024).

Ziel der qualitativen Vorstudie ist es, Förderfaktoren und Barrieren für eine mögliche Implementierung des „DigiFlexReha Typ 1“-Konzepts, welches die Digitalisierung von Informations-, Vertiefungs- und Empowerment-Modulen zu Themen wie z. B. digitaler Therapieplan, Stressmanagement, Ernährung enthält, zu identifizieren.

## Methoden

Es wurden insgesamt 18 leitfadengestützte Interviews mit Rehabilitanden (n = 5) und Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen (n = 13) einer orthopädischen Rehabilitationsklinik geführt. Die Interviewdauer betrug zwischen 20 und 60 Minuten und

wurde überwiegend in Präsenz mit einem Transkriptionsgerät aufgezeichnet; ein Interview erfolgte online.

Die Auswertung erfolgt mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2022). Der Kodierleitfaden ist deduktiv erstellt und basiert auf einem adaptierten „Rehabilitation Technologies Implementation Model“ (RiTe) (Stockley et al., 2025), welches die zentralen Domänen Gegenstand der Innovation, Beweise, Technologie, Benutzer, Team und Organisation abdeckt. Die Interviews wurden anhand von Leitfragen durchgeführt und basierten auf dem RiTe-Modell sowie den Ergebnissen und Handlungsempfehlungen zur Implementierung von digital unterstützenden Angeboten in der Rehabilitation von Stampa et al. (2024). Die Datenerhebung ist bereits abgeschlossen, die Analyse befindet sich jedoch derzeit noch in der Auswertungsphase; die dargestellten Ergebnisse sind daher als vorläufig zu betrachten.

## **Ergebnisse**

Als zentrale förderliche Faktoren werden insbesondere die zeitliche und räumliche Flexibilität der Teilnahme, die individuelle Anpassbarkeit und die Möglichkeit zur vertieften Auseinandersetzung mit den vermittelten Inhalten hervorgehoben. Darüber hinaus wird die Chance zum selbstbestimmten Lernen und zur nachhaltigen Wissensvermittlung betont. Auch die Effizienzsteigerung durch die Entlastung von Routineaufgaben sowie die erhöhte Transparenz hinsichtlich der Therapieziele und -inhalte tragen zu einer positiven Bewertung digitaler Anwendungen in der Rehabilitation bei.

Gleichzeitig werden verschiedene Barrieren identifiziert, die die Implementierung digitaler Angebote erschweren können. Dazu zählen technische Hürden, etwa in Form unzureichender Geräteausstattung oder instabiler Internetverbindungen, sowie organisatorische Herausforderungen wie begrenzte personelle und zeitliche Ressourcen und der zusätzliche Aufwand für die Einarbeitung in neue digitale Systeme und die Kommunikationswege. Auch Unsicherheiten im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit werden als Hemmfaktoren beschrieben. Ferner können eine geringe digitale Kompetenz oder mangelnde Motivation einzelner Rehabilitanden die Nutzung digitaler Angebote beeinträchtigen. Schließlich besteht bei einigen Akteuren die Befürchtung, dass der persönliche Kontakt und die therapeutische Beziehung durch den Einsatz digitaler Formate abgeschwächt werden könnten.

## **Diskussion und Fazit**

Die bisherigen Erkenntnisse verdeutlichen, dass eine erfolgreiche Implementierung der „DigiFlexReha“ eine Balance zwischen technischer Innovation und persönlicher Betreuung erfordert. Eine Kombination aus analogen und digitalen Elementen könnte die Informationsvermittlung nachhaltig verbessern, ohne den interpersonellen Austausch zu verlieren. Sie werden mehrheitlich nicht als Ersatz, sondern als unterstützende Erweiterung der persönlichen therapeutischen Interaktion verstanden. Voraussetzung dafür sind eine klare strategische Planung, Einbindung aller Berufsgruppen, Schulungen digitaler Kompetenzen und die Sicherstellung technischer Infrastruktur. Auch Akzeptanzförderung und partizipative Mitgestaltung seitens der Rehabilitanden spielen eine zentrale Rolle.

Stärken der Studie liegen in der multiperspektivischen Erhebung und der theoriegeleiteten Analyse. Limitationen bestehen in der noch nicht abgeschlossenen Auswertung und der Erhebung in nur einer Einrichtung, was die Generalisierbarkeit einschränkt.

## Take-Home-Message

Die erfolgreiche Implementierung der „DigiFlexReha“ erfordert technische und organisatorische Unterstützung sowie die Akzeptanz, den Einbezug und die Aufklärung aller Beteiligten.

## Literatur

- Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Nicolas, B., Leblong, E., Fraudet, B., Gallien, P., Piette, P. (2024): Telerehabilitation solutions in patient pathways: An overview of systematic reviews. *Digital Health*, 10, 20552076241294110. <https://doi.org/10.1177/20552076241294110>
- Stampa, S., Thienel, C., Tokgöz, P., Razum, O., Dockweiler, C. (2024): Factors Facilitating and Inhibiting the Implementation of Telerehabilitation – A Scoping Review. *Healthcare*, 12(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060619>
- Stark, A. L., Krayter, S., Dockweiler, C. (2023): Competencies required by patients and health professionals regarding telerehabilitation: A scoping review. *Digital Health*, 9, 20552076231218841. <https://doi.org/10.1177/20552076231218841>
- Stockley, R. C., Gooch, H., Jarvis, K., Watkins, C. (2025): Understanding digital health technology implementation in rehabilitation: Development of the Rehabilitation Technologies Implementation model. *medRxiv: The Preprint Server for Health Sciences*, 2025.07.11.25331266. <https://doi.org/10.1101/2025.07.11.25331266>

Interessenkonflikt: Frau Dr. Schulenberg ist Mitarbeiterin der Rehabilitationsklinik, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, und ein teilnehmender Interviewpartner. Sie ist jedoch nicht an der Analyse und Auswertung beteiligt, sondern begleitete lediglich die Organisation und Rekrutierung der Studienteilnehmer.

Förderung: -

## Kurz- und mittelfristige Effekte einer digitalen Reha-Nachsorge auf Arbeitsfähigkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

*Sebastian Knapp; Frank Merten; Jessica Huss; Filippo Martino*

Caspar Clinic. Digitales Centrum für Gesundheit.

## Hintergrund und Zielstellung

Geringe Arbeitsfähigkeit ist mit einem erhöhten Risiko für Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit assoziiert (Fauser et al., 2022).

Es wurde geprüft, welchen Effekt eine Reha-Nachsorge auf die mit dem Work Ability Score (WAS) operationalisierte Arbeitsfähigkeit und mit dem IRES-24 operationalisierte gesundheitsbezogene Leistungsfähigkeit hat (Ilmarinen, 2007; Wirtz et al., 2005).

## Methoden

Für die explorative Datenanalyse standen zu allen drei Messzeitpunkten Befragungsdaten von 449 Patient\*innen (Zeitraum von Oktober 2024 bis September 2025) zur Verfügung, die eine digitale IRENA durchführten. Neben deskriptiven Auswertungen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Zudem kamen Post-hoc-Analysen mit p-Wert Korrektur nach Bonferroni zum Einsatz. Ergänzend wurden Korrelationen nach Spearman durchgeführt ( $\alpha < 0,05$ ).

## Ergebnisse

Die Patient\*innen kamen aus 69 unterschiedlichen Reha-Einrichtungen, waren zu 69,0 % weiblich, im Durchschnitt 56,7 ( $\pm 6,5$ ) Jahre alt und hatten zu 58,4 % eine muskuloskelettale Erkrankung (M-Diagnose). Die Nachsorge begann im Median 5 Tage nach Reha-Entlassung (Übergangszeit), dauerte durchschnittlich ca. 96,7 ( $\pm 19,6$ ) Tage und 92,2 % der Patient\*innen setzten alle 24 Module um.

Über den Verlauf der Nachsorge konnten Patient\*innen ihre Arbeitsfähigkeit im Mittel signifikant um 1,6 Punkte verbessern ( $p < 0,001$ ). Zum 3-Monats-Follow-up zeigte sich keine signifikante Veränderung ( $p=0,090$ ).

Für die Domänen Schmerz, psychisches Befinden und Funktionsfähigkeit im Alltag des IRES-24 zeigten sich ebenfalls signifikante Verbesserungen im Rahmen der Nachsorge ( $p < 0,001$ ). Bis auf das psychische Empfinden, das sich während der Nachbeobachtung wieder signifikant verschlechterte ( $p < 0,001$ ), blieben die Schmerz und Funktionsfähigkeit im Alltag auf einem stabilen Niveau ( $p < 0,05$ ).

Zu Beginn der Nachsorge zeigte sich die größte prozentuale Verbesserung bei der Funktionsfähigkeit im Alltag (36,5 %). Im Zeitraum der Katamnese blieben die Verbesserungen zwischen den Domänen ähnlich (9,6 % - 10,7 %). Das psychische Befinden wies mit 16,5 % die größte Verschlechterung auf. Insgesamt zeigte sich bei Schmerz und Funktionsfähigkeit zu Beginn der Nachsorge eine stärkere Verbesserung, während das psychische Befinden weniger Fortschritt zeigte und häufiger unverändert blieb.

Die Ergebnisse zeigen über die drei Messzeitpunkte hinweg eine allgemeine Verbesserung in den drei Domänen (Schmerz, psychisches Befinden, Funktionsfähigkeit). Der Anteil der Probanden mit unauffälligen Werten stieg, während auffällige und gravierende Werte abnahmen. Besonders im Bereich Schmerz und Funktionsfähigkeit gab es deutliche Verbesserungen. Im Bereich des psychischen Befindens gab es ebenfalls eine Verbesserung, jedoch mit stärkeren Schwankungen. Auffällig ist, dass die Patienten zu Beginn der Nachsorge (t1) psychisch stark belastet waren und auch bis t3 einen relativ hohen Anteil mit gravierenden psychischen Belastungen aufwiesen. Im Gegensatz dazu zeigte sich Schmerz weniger prominent und verbesserte sich zusammen mit der Funktionsfähigkeit am deutlichsten.

Zum Zeitpunkt der Nachbeobachtung gaben 44,1 % bzw. 39,6 % der Patient\*innen an, regelmäßig körperliche Übungen bzw. erlerntes Wissen im Alltag umzusetzen (mindestens einmal bzw. mehrmals pro Woche).

Verminderter Schmerz zeigte sich schwach korreliert mit der Umsetzung von Training im Alltag ( $p=0,135$ ,  $p=0,004$ ). Ebenso schwach korreliert zeigt sich eine verbesserte



Funktionsfähigkeit mit der Umsetzung von Training ( $p=0,172$ ,  $p=0,000$ ) und erlerntem Wissen im Alltag ( $p=0,101$ ,  $p=0,032$ ). Psychisches Befinden und Arbeitsfähigkeit hingegen zeigen sich nicht korreliert.

### **Diskussion und Fazit**

Die digitale Reha-Nachsorge zeigte eine signifikante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und der gesundheitsbezogenen Leistungsfähigkeit über die Dauer der Nachsorge. Diese positiven Effekte blieben im Allgemeinen auch nach drei Monaten stabil. Das psychische Befinden konnte während des Nachsorgezeitraums nicht im selben Maße verbessert werden. Dies weist auf die Notwendigkeit hin, gezielt psychische Belastungen zu adressieren. Ein Teil der Patient\*innen konnte das erlernte Wissen und die durchgeführten Trainings erfolgreich in den Alltag integrieren, was die langfristige Wirksamkeit der Reha-Nachsorge weiter unterstützt. Zukünftig könnte der Fokus verstärkt auf die Förderung der psychischen Gesundheit und der langfristigen Integration von gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen in den Alltag gelegt werden.

### **Take-Home-Message**

Digitale Reha-Nachsorge trägt zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und gesundheitsbezogenen Leistungsfähigkeit bei, während das psychische Befinden weiterhin eine Herausforderung darstellt.

### **Literatur**

- Fauser, D., Zeuner, A.K., Zimmer J.M., Golla, A., Schmitt, N, Mau, W., et al. (2022): Work ability score as predictor of rehabilitation, disability pensions and death? A German cohort study among employees with back pain. *WOR*. 17. Oktober 2022;73(2): 719–28.
- Ilmarinen J. (2007): The work ability index (WAI). *Occup Med* 2007; 57: 160
- Wirtz, M., Farin, E., Bengel, J., Jäckel, W., et al. (2005): IRES-24-Patientenfragebogen: Entwicklung der Kurzform eines Assessmentinstrumentes in der Rehabilitation mittels der Mixed-Rasch-Analyse. *Diagnostica* 2005; 51: 75-87

Interessenkonflikt: Die Autor\*innen sind Mitarbeitende der Caspar Clinic. Digitales Centrum für Gesundheit.

Förderung: -

# **MyMEDIAN@Home: Ein digitales Nachsorgeangebot mit persönlicher Betreuung**

*Johanna Depenbusch<sup>1</sup>; Pauline Reusch<sup>1</sup>; Jakob Henschke<sup>1</sup>;  
Felicitas Stocker<sup>2</sup>; Barbara Bellmann<sup>3</sup>; Sven Schunter<sup>3,4</sup>; Judith Dittmer<sup>1,4</sup>*

<sup>1</sup> MEDIAN Unternehmensgruppe B. V. & Co. KG; <sup>2</sup> MEDIAN Buchberg-Klinik Bad Tölz;

<sup>3</sup> MEDIAN Ambulantes Gesundheitszentrum Düsseldorf; <sup>4</sup> MEDIAN ReHealth GmbH;

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Reha-Nachsorge dient zur Unterstützung bei der Verstetigung der Reha-Erfolge im Alltag. Für somatische Erkrankungen hat sich das multimodale Konzept der IRENA mit Training, Schulung und Beratung etabliert. Aufgrund geringer Verfügbarkeiten wohnortnaher Angebote und mangelnder zeitlicher Flexibilität am Arbeitsplatz nehmen jedoch nur wenige Rehabilitand:innen das Nachsorgeangebot wahr (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024). Folglich rücken ortsunabhängige und zeitlich flexible digitale Nachsorgeprogramme immer mehr in den Fokus.

Im Rahmen eines von der DRV geförderten Modellprojekts wurde das digitale Nachsorgeprogramm „MyMEDIAN@Home“ deutschlandweit implementiert und wissenschaftlich evaluiert. Ziele der vorliegenden Studie waren die Untersuchung der Machbarkeit und Wirksamkeit von MyMEDIAN@Home im Sinne der 1) Nachsorgedauer und -adhärenz, 2) in der Nachsorge erbrachten therapeutischen Leistungen, 3) Zufriedenheit mit der digitalen Nachsorge, 4) Verstetigung des in der Reha erreichten Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie 5) der Ansichten der Klinik- und Nachsorgemitarbeitenden.

## **Methoden**

Die Rehabilitand:innen-Studie wurde als einarmige Beobachtungsstudie mit zwei Messzeitpunkten konzipiert und richtete sich an alle Teilnehmenden des Nachsorgeprogramms MyMEDIAN@Home. Das digitale Angebot bietet in Anlehnung an die IRENA Inhalte aus drei Therapiefeldern (Training, Wohlbefinden und Wissen) in 24 Modulen (respektive 36 Modulen in der Neurologie) à 90 Minuten. Ein weiteres Kernelement stellt die persönliche Betreuung durch die Therapeut:innen des Digitalen Nachsorgezentrums (DNZ) von MEDIAN dar, die individuelle Therapiepläne für Nachsorgeteilnehmende erstellen und bei der Durchführung unterstützen. Die Untersuchung der Machbarkeit erfolgte durch die Erfassung der Nachsorgeadhärenz, operationalisiert als die durchschnittliche Modulzahl und Nachsorgedauer. Darüber hinaus wurde die Dauer der durch die Nachsorgetherapeut:innen erbrachten therapeutischen Leistungen pro KTL-Code und Teilnehmer:in berechnet. Die Zufriedenheit mit MyMEDIAN@Home auf Seiten der Rehabilitand:innen wurde mit einem selbstentwickelten Fragebogen mit 12 Items (Skala 1-5) erfasst. Der Fragebogen zur Erhebung der Mitarbeitenden-Ansichten umfasste sechs Fragen, davon vier mit offenem Antwortformat. Für alle quantitativen Maße wurden Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) berechnet. Die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Für die Evaluation der Wirksamkeit wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperlich und psychisch; Veterans Rand-12, VR-12) und die subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score, WAS) zu Reha-Ende und Nachsorge-Ende erfasst. Als

primärer Endpunkt wurde die Veränderung der Skalen von Reha-Ende zu Nachsorge-Ende mittels einseitigem t-Test auf einem Signifikanzniveau von  $p=0,05$  getestet.

## **Ergebnisse**

Insgesamt nahmen 997 DRV-Rehabilitand:innen an der Studie teil, die im Durchschnitt 56,0 Jahre ( $SD=6,9$ ) alt waren. Rund zwei Drittel der Teilnehmenden gaben an, sich dem weiblichen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Die häufigsten Indikationen waren Orthopädie (62 %), Kardiologie (10 %), Neurologie (7 %) und Pneumologie (7 %).

Die Analyse der Machbarkeit von MyMEDIAN@Home ergab, dass die Teilnehmenden durchschnittlich 177 Tage ( $SD=69,8$ ) zum erfolgreichen Abschluss des Nachsorgeprogramms benötigten und durchschnittlich 18,7 ( $SD=6,9$ ) Module absolvierten. Die von den Therapeut:innen erbrachten Nachsorgeleistungen wurden hauptsächlich auf die KTL-Codes B553 ( $M=16,2$  Stunden pro Teilnehmer:in), A651 ( $M=6,03$ ), H550 ( $M=2,97$ ), F609 ( $M=2,52$ ) und C600 ( $M=1,13$ ) verbucht. Insgesamt berichteten die Teilnehmenden eine hohe Zufriedenheit mit dem digitalen Nachsorgeprogramm, insbesondere mit der Verständlichkeit der App-Inhalte ( $M=1,4$ ,  $SD=0,6$ ), der Erreichbarkeit des DNZ ( $M=1,6$ ,  $SD=0,7$ ) und der Betreuung durch das DNZ ( $M=1,6$ ,  $SD=0,7$ ). Die Ergebnisse der Mitarbeitenden-Befragung ( $N=12$ ) zeigten eine überwiegend positive Einschätzung von MyMEDIAN@Home im Sinne einer hohen Benutzerfreundlichkeit, eines sinnvollen therapeutischen Nutzens und angemessenen Aufwands. Hinsichtlich der Wirksamkeit des Nachsorgeprogramms ergaben die Analysen, dass sowohl die gesundheitsbezogene Lebensqualität (VR-12) als auch die subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS) von Reha-Ende bis zum Nachsorge-Ende mindestens stabil blieb, unabhängig davon, ob die Teilnehmenden das Programm erfolgreich beendeten oder vorzeitig abbrechen (alle  $p>0,05$ ). Deskriptiv zeigten sich Verbesserungen auf der Subskala der körperlichen Gesundheit des VR-12 ( $M_{diff}=3,44$ ) und der subjektiven Arbeitsfähigkeit ( $M_{diff}=1,06$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Angesichts der großen und weitestgehend repräsentativen Stichprobe deuten die Ergebnisse auf eine große Akzeptanz von MyMEDIAN@Home im Nachsorgealltag hin. Die Nachsorgeteilnehmenden zeigten eine hohe Adhärenz zur digitalen Nachsorge und erfüllten mit einer durchschnittlichen Nachsorgedauer von 25 Wochen größtenteils das Ziel, ein Modul pro Woche zu absolvieren. Sie berichteten eine hohe Zufriedenheit mit dem digitalen Nachsorgeprogramm, wobei die positive Beurteilung des DNZ auf die Relevanz der persönlichen Betreuung schließen lässt. Darüber hinaus liefert die Studie erste positive Hinweise zur Wirksamkeit von MyMEDIAN@Home hinsichtlich der körperlichen Lebensqualität und subjektiven Arbeitsfähigkeit. Die Ergebnisse müssen jedoch unter Vorbehalt einer fehlenden Kontrollgruppe interpretiert und in Folgeanalysen weiter bestätigt werden.

## **Take-Home-Message**

Die Studie verdeutlicht die Machbarkeit und Wirksamkeit der digitalen Nachsorge mit MyMEDIAN@Home für eine breite Rehabilitand:innengruppe der somatischen Rehabilitation und legt somit den Grundstein für die Implementierung in der Regelversorgung.

## **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): Reha-Bericht 2024. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2024.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html)

Interessenkonflikt: Das Digitale Nachsorgeprogramm "MyMEDIAN@Home" ist ein Produkt der MEDIAN ReHealth GmbH. Die Autor:innen sind bei der MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG bzw. deren Tochtergesellschaften tätig.

Förderung: -

## **Der Erwerbsstatus von Menschen mit Beeinträchtigungen und Einwanderungsgeschichte – erste Ergebnisse einer Sekundäranalyse des Teilhabesurveys**

*Tonia Rambausek-Haß; Gudrun Wansing; Ulrike Peters*

Humboldt-Universität zu Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Infolge von Migration und Flucht lebt in Deutschland eine Vielzahl an Menschen mit Beeinträchtigungen und Einwanderungsgeschichte (BMAS, 2021). Qualitative Studien weisen auf spezifische Barrieren für diesen Personenkreis beim Zugang zum Arbeitsmarkt und zum Rehabilitationssystem hin (Afeworki Abay, 2023). Es fehlen jedoch repräsentative Daten zu deren Erwerbssituation und ihren Voraussetzungen beim Zugang zur beruflichen Rehabilitation, welche im Verbundprojekt „Mit Vielfalt zum inklusiven Arbeitsmarkt – Aufgaben für das Rehabilitations- und Teilhaberecht (VinkA)“ an der Humboldt-Universität zu Berlin (Wansing et al., 2025) durch eine Sekundäranalyse der „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ („Teilhabesurvey“; Steinwede, Harand, 2022) gewonnen werden. Folgende Fragen leiteten erste Analysen:

Wie stellt sich der Erwerbsstatus von Menschen mit Beeinträchtigungen und Einwanderungsgeschichte (im Vergleich zu anderen Gruppen) dar?

Welche Faktoren beeinflussen ihren Erwerbsstatus?

### **Methoden**

Es wurde der Datensatz der ersten Befragungswelle (2017-2021) für 22.065 Personen in Privathaushalten mithilfe der Statistiksoftware SPSS durch uni-, bi- und multivariate Analyseverfahren ausgewertet. Aus den Variablen „Geburtsland“ und „Geburtsort der Eltern“ wurde in Anlehnung an den Mikrozensus (Canan, Petschel, 2023) ein Index „Einwanderungsgeschichte“ gebildet.

Im ersten Schritt wurde der Erwerbsstatus von Menschen mit Beeinträchtigungen und Einwanderungsgeschichte im erwerbsfähigen Alter (16-65 Jahre) ausgewertet und mit anderen Gruppen verglichen. Der „Erwerbsstatus“ gibt an, ob jemand bspw. Vollzeit arbeitet, geringfügig beschäftigt oder nicht erwerbstätig ist. Zur Untersuchung von Einflussfaktoren auf den Erwerbsstatus wurden anschließend in zwei multinomialen logistischen Regressionsmodellen explorativ unabhängige Variablen getestet.

### **Ergebnisse**

Der Vergleich des Erwerbsstatus von Personen mit Beeinträchtigungen mit Einwanderungsgeschichte mit jenem von Personen ohne diese Merkmale (siehe Tab. 1), zeigt bei der ersten Gruppe einen deutlich höheren Anteil an Nicht-Erwerbstätigen (28 %, n = 1.535; 16 %, n = 7.964). Personen mit Beeinträchtigungen ohne Einwanderungsgeschichte liegen

bei 24 % (n = 5.766). Die Beeinträchtigung wirkt sich etwas stärker auf den Erwerbsstatus aus (n = 17.637, Chi2 = 568,498, df = 12, p < 0,001; Cramérs V = 0,104, p < 0,001) als die Einwanderungsgeschichte (n = 16.631, Chi2 = 138,243, df = 12, p < 0,001; Cramérs V = 0,053, p < 0,001).

Tabelle 1: Anteile der Nicht-Erwerbstätigen in den Vergleichsgruppen

| Vergleichsgruppen                                                           | Anteil der Nicht-Erwerbstätige n in % | Stichproben-größe n |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Personen <i>mit</i> Beeinträchtigungen <i>mit</i> Einwanderungsgeschichte   | 28                                    | 1.335               |
| Personen <i>mit</i> Beeinträchtigungen <i>ohne</i> Einwanderungsgeschichte  | 24                                    | 5.766               |
| Personen <i>ohne</i> Beeinträchtigungen <i>ohne</i> Einwanderungsgeschichte | 16                                    | 7.964               |
| Personen <i>ohne</i> Beeinträchtigungen <i>mit</i> Einwanderungsgeschichte  | 23                                    | 1.787               |

Folgende Variablen erweisen sich als signifikant für den Erwerbsstatus von Menschen mit Beeinträchtigungen mit Einwanderungsgeschichte: Geschlecht, Alter, Kinder, Sichtbarkeit der Beeinträchtigung, Ausbildungsabschluss, Erwerbsminderung, Stärke der Beeinträchtigung und Zeitpunkt des Zuzugs (Reihenfolge nach Effektstärke; McFaddens R2 = 0,334; p < 0,001; korrekte Vorhersage = 65 %). Die gesprochene Sprache im Haushalt trägt zwar zur Modellanpassung bei, ist aber nicht signifikant.

Im ersten Modell zeigt sich der Einfluss des Geschlechts u.a. daran, dass Frauen in dieser Gruppe im Vergleich zu Männern deutlich geringere Chancen haben (-88,5 %), in Vollzeit statt nicht erwerbstätig zu sein (B = -2,159; Exp(B) = 0,115). Im zweiten Modell, das Daten von Personen mit Beeinträchtigungen ohne Einwanderungsgeschichte einbezieht, haben Frauen ebenfalls signifikant geringere Chancen als Männer auf eine Vollzeit- gegenüber einer Nicht-Erwerbstätigkeit (B = -1,005; Exp(B) = 0,366).

Im Vergleich zu allen untersuchten Gruppen (siehe Tab. 2) weisen Frauen mit Beeinträchtigungen mit Einwanderungsgeschichte die geringste Vollzeitquote auf.

Tabelle 2: Anteile der Vollzeit-Erwerbstätigen in den Vergleichsgruppen nach Geschlecht

| Vergleichsgruppen                                                           | Anteil Vollzeit Männer in % | Anteil Vollzeit Frauen in % | Stichprobe n-größe n |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Personen <i>mit</i> Beeinträchtigungen <i>mit</i> Einwanderungsgeschichte   | 71                          | 29                          | 1.492                |
| Personen <i>mit</i> Beeinträchtigungen <i>ohne</i> Einwanderungsgeschichte  | 66                          | 34                          | 5.694                |
| Personen <i>ohne</i> Beeinträchtigungen <i>ohne</i> Einwanderungsgeschichte | 64                          | 36                          | 7.693                |
| Personen <i>ohne</i> Beeinträchtigungen <i>mit</i> Einwanderungsgeschichte  | 69                          | 31                          | 1.738                |

## Diskussion und Fazit

Der hohe Anteil an Nicht-Erwerbstätigen unter Personen mit Beeinträchtigungen mit Einwanderungsgeschichte wirft Fragen nach spezifischen Barrieren, bspw. am Arbeitsmarkt

und im System der beruflichen Rehabilitation auf. Für Frauen mit diesen sozialen Merkmalen stellt sich die Frage nach Gründen für die niedrige Vollzeitquote. Die Ergebnisse legen Interaktionseffekte zwischen mindestens zwei der genannten Merkmale nahe, welche im laufenden Projekt „VinkA“ näher untersucht werden. Die quantitativen Analysen werden durch qualitative Daten ergänzt.

### **Take-Home-Message**

Die geringe Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen mit Einwanderungsgeschichte verlangt Analysen zu spezifischen Barrieren am Arbeitsmarkt und in der beruflichen Rehabilitation, die vor allem die Situation von Frauen betrachten.

### **Literatur**

- Afeworki Abay, R. (2023): Dekolonialisierung des Wissens. Eine partizipative Studie zu Diskriminierung und Teilhabe von BIPoC mit Behinderungserfahrungen an Erwerbsarbeit. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Forschungsbericht A125-21.
- Canan, C., Petschel, A. (2023): Die Umsetzung des Konzepts „Einwanderungsgeschichte“ im Mikrozensus 2022. *Wirtschaft und Statistik*, 4/2023, 61-74.
- Steinwede, J., Harand, J. (2022): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Forschungsbericht 598. BMAS, infas (Hrsg.).
- Wansing, G., Peters, U., Rambauser-Haß, T. (2025): Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit (Schwer-)Behinderung und Einwanderungsgeschichte. *RP Reha*, 2/2025, 20-25.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Führungskräfte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen – Eine Analyse von Offenlegungsdynamiken und organisationalen Rahmenbedingungen**

*Mathilde Niehaus; Irina Volvakov*

Universität zu Köln

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Transformation der Arbeitswelt verlangt nicht nur technologische Anpassung, sondern angesichts von Fachkräftemangel, Individualisierung und steigender psychischer Belastung auch neue Formen von Führung und Zusammenarbeit. Eine Schlüsselrolle spielen die Führungskräfte. Sie selbst stehen vor besonderen Herausforderungen, wenn sie mit einer eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigung umgehen müssen. Gerade nicht-sichtbare Beeinträchtigungen bergen ein hohes Risiko für Rückzug und zusätzliche langfristige

Belastungen. Wie gestaltet sich die berufliche Realität von Führungskräften mit eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

## **Methoden**

Die Datengrundlage bildete eine Online-Befragung im Rahmen des Projekts „Arbeiten, Zusammenarbeiten und Führen mit Behinderungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen“. Es wurden N = 849 Beschäftigte im Bereich Verwaltung, Technik, Wissenschaft, darunter n = 65 Führungskräfte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Fk mgB) befragt. Deskriptiv und inferenzstatistisch analysiert wurden Zusammenhänge zwischen Offenlegung, psychologischer Sicherheit, wahrgenommener Unterstützung und organisationalen Rahmenbedingungen.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen u. a., dass Führungskräfte mit nicht sichtbaren Beeinträchtigungen ihre Beeinträchtigung nur sehr zurückhaltend offenlegen. Die Offenlegung gesundheitlicher Beeinträchtigungen hängt signifikant mit der wahrgenommenen Unterstützung durch das Umfeld zusammen. Trotz des hohen Unterstützungsbedarfs werden formale Unterstützungsangebote nur selten genutzt, was auf eine Diskrepanz zwischen Bedarf und Akzeptanz hinweisen könnte.

## **Diskussion und Fazit**

Für die Förderung einer gesundheitsförderlichen Arbeitskultur ergeben sich aus der Befundlage mehrere Handlungsfelder: Präventive Maßnahmen sollten an der Führungsebene ansetzen, da Führungskräfte sowohl Vorbilder für ihre Teams sind als auch selbst eine vulnerable Gruppe darstellen. Zudem sollten betriebliche Programme wie das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) auch gezielt auf die Bedürfnisse von Führungskräften mit nicht-sichtbaren Beeinträchtigungen ausgerichtet werden. Hier ist insbesondere eine sensible Ansprache erforderlich, um Barrieren in der Inanspruchnahme abzubauen. Darüber hinaus zeigt die Studie, dass psychologische Sicherheit ein Schlüsselfaktor für den Verbleib im Erwerbsleben ist. Für die Praxis bedeutet dies, dass Sensibilisierungskampagnen, Führungskräfeschulungen und institutionelle Kommunikationsstrategien nicht nur Wissen vermitteln, sondern Vertrauen und Akzeptanz schaffen müssen.

## **Take-Home-Message**

Die Analysen der Befragungsergebnisse von Führungskräften mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leisten einen Beitrag zur Rehabilitationsforschung, indem sie die Rolle von Führungskräften mgB im Spannungsfeld von Gesundheit, Leistungsansprüchen und Offenlegungsbereitschaft beleuchten – eine bislang wenig beachtete Feld. Insgesamt wird deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle von individueller Selbstfürsorge und organisationaler Verantwortung ansetzen müssen, um den langfristigen Verbleib im Arbeitsleben zu sichern.

## **Literatur**

Lülf, I., Bauer, J., Chakraverty, V., Groth, S., Niehaus, M. (2023): Inklusiver arbeiten, zusammenarbeiten und führen – Erfahrungen mit einer Sensibilisierungskampagne an einer Hochschule. RP Reha – Recht und Praxis der Rehabilitation, 1(2023), 5-9.



Niehaus, M., Groth, S., Buchholz, V., Bauer, J., Chakraverty, V., Greifenberg, A. (2020):  
Befragung: Vielfalt ist Stärke. mituns - Zeitschrift für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter  
der Universität zu Köln 6/2020, 29-30.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Geschlechtsunterschiede bei Abbrüchen der ambulanten Phase II Rehabilitation**

*Andreas Spary; Dominik Garber; Caroline Stumpf-Knaus;  
Monika Mustak-Blagusz; Doreen Stöhr*

Pensionsversicherung (PV)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Vorzeitige Rehabilitationsabbrüche im ambulanten Setting kosten die Patient\*innen Therapieminuten und dadurch oft den erhofften Rehaerfolg (Proctor et al., 2005; Stollenga et al., 2022). Mit der Auswertung dieser Routinedaten des Zentrums für ambulante Rehabilitation Graz der Pensionsversicherung (PV ZAR Graz) aus dem Jahr 2024 sollen Muster für das Abbruchverhalten ermittelt werden.

### **Methoden**

Routinedaten von 638 Patient\*innen der Phase II Indikation Stütz- & Bewegungsapparat (STB), inkl. der medizinisch-berufsorientierten Reha PV RehaJet®, mit einem Durchschnittsalter von 50,6 Jahren aus dem PV ZAR Graz des Jahres 2024 wurden mittels deskriptiver Sekundärdatenanalyse und der Software SAS® ausgewertet. Da für abbrechende Rehabilitand\*innen per Definition gestutzte Daten vorliegen, beziehen sich alle Analysen auf die Werte bei Aufnahme, um die Vergleichbarkeit zu wahren.

### **Ergebnisse**

Insgesamt betrug die Abbruchquote 10,8 %, zusätzlich gab es 1,8 % „erfolglos Eingeladene“. Besonders auffällig war die Heilverfahrensdauer von acht Wochen (berufsbegleitend), bei der 16,8 % der Teilnehmenden abbrachen.

Frauen stellten die Mehrheit der Rehabilitand\*innen (57,4 %) aber auch fast drei Viertel der Abbrechenden (71,4 %).

Die Altersgruppe der 46- bis 55-Jährigen war am stärksten betroffen (44,3 % aller Abbrechenden), unabhängig vom Geschlecht. Bemerkenswert ist jedoch, dass kein Mann zwischen 36–45 und ab 66 Jahren im Jahr 2024 abbrach.

Bezüglich der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit zeigte sich, dass beim 6-Minuten-Gehtest abbrechende Frauen generell etwas bessere Werte als Männer aufwiesen, jedoch blieben auch sie deutlich unter den Absolvierenden:

- Abbrechende Frauen: Ø 325 m (±250 m)

- Abbrechende Männer: Ø 208 m ( $\pm 280$  m)
- Absolvierende Frauen: Ø 541 m ( $\pm 105$  m)

Frauen wiesen im Durchschnitt niedrigere Body-Mass-Index (BMI)-Werte als Männer auf, jedoch hatten abbrechende Frauen einen höheren BMI als Absolvierende:

- Abbrechende Frauen: Ø 28,0 kg/m<sup>2</sup>
- Absolvierende Frauen: Ø 25,9 kg/m<sup>2</sup>
- Absolvierende Männer (zum Vergleich): Ø 28,4 kg/m<sup>2</sup>

Interessanterweise waren 50 % aller Teilnehmenden übergewichtig (WHO, 2000), unabhängig vom Abbruchstatus und Geschlecht.

Der Anteil der rauchenden Abbrecherinnen (34,3 %) war doppelt so hoch wie bei den Absolvierenden (15,4 %).

Frauen wiesen insgesamt eine niedrigere subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L) auf als Männer:

- Abbrechende Frauen: 0,68  $\pm$  0,23
- Abbrechende Männer: 0,81  $\pm$  0,16
- Absolvierende Frauen: 0,77  $\pm$  0,20

Abbrechende Frauen zeigten moderat höhere psychosoziale Belastungswerte (Küch et al., 2013) anhand des Ultra-Kurz-Screenings (UKS):

- Abbrechende Frauen: Ø 4,0  $\pm$  2,2 Punkte → moderate Belastung (4-9 Punkte)
- Absolvierende Frauen: Ø 3,5  $\pm$  2,3 Punkte → unauffällig (< 4 Punkte)
- Abbrechende Männer (zum Vergleich): Ø 3,5  $\pm$  2,1 Punkte

Der deutlichste Unterschied zwischen den Gruppen zeigte sich bei der subjektiven Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index, WAI), wo abbrechende Frauen im kritischen Bereich lagen (Hasselhorn & Freude 2007):

- Abbrechende Frauen: Ø 26,7  $\pm$  9,6 Punkte → kritischer Bereich (< 27 Punkte)
- Abbrechende Männer: Ø 28,4  $\pm$  10,2 Punkte → mäßiger Bereich (28-36 Punkte)

## **Diskussion und Fazit**

Die Daten deuten darauf hin, dass abbrechende Frauen im Hauptfokus STB Phase II einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Männer.

Besonders häufig brechen Frauen ihr Heilverfahren im Alter zwischen 46–55 Jahre mit

- erhöhtem BMI,
- reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit,
- niedrigerer gesundheitsbezogener Lebensqualität,
- erhöhter psychosozialer Belastung und
- kritischer subjektiver Arbeitsfähigkeit

ab.

Diese Risikokonstellation lässt vermuten, dass mehrdimensionale Belastungsfaktoren (körperlich, psychisch, sozial) den Therapieerfolg beeinträchtigen. Viele dieser Frauen befinden sich in einer Lebensphase mit familiären und beruflichen Mehrfachbelastungen, die mit gesundheitlichen Einschränkungen zusammentreffen.

### **Take-Home-Message**

Ein Reha-Abbruch scheint nicht für alle Rehabilitand\*innen gleich wahrscheinlich zu sein, sondern tritt vermehrt bei Frauen zwischen 46–55 Jahre mit stärkeren gesundheitlichen Belastungen auf.

### **Literatur**

- Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Wirtschaftsverlag NW.
- Küch, D., Becker, J., Roßband, J., Herbold, D., Franke, G. H. (2013): Wie gut eignet sich der UKS als Screening-Instrument zur Erfassung psychosozialer Belastung. In Tagungsband zum 22. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquium in Mainz (Vol. 101, pp. 90-92). Berlin: DRV-Schriften.
- Proctor, T. J., Mayer, T. G., Theodore, B., Gatchel, R. J. (2005): Failure to complete a functional restoration program for chronic musculoskeletal disorders: a prospective 1-year outcome study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86(8), 1509-1515. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.02.010>
- Stollenga, D., Schiphorst Preuper, H. R., Dijkstra, P. U., Boonstra, A. M., Reneman, M. F. (2022): Early termination in interdisciplinary pain rehabilitation: numbers, timing, and reasons. A mixed method study. Disability and Rehabilitation, 44(8), 1321-1327. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1800839>
- World Health Organization. (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation.

Interessenkonflikt: Die Studienautor\*innen sind bei der Pensionsversicherung angestellt.

Förderung: -

## **Reha-Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen nach Scheidung gleichgeschlechtlicher und verschiedengeschlechtlicher Ehen – ein bundesweiter Vergleich mit DRV-Daten**

*Frederike Basedow; Martin Brünger; Jennifer Marie Burchardi; Paul Gellert*

Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Ehescheidung ist ein einschneidendes Lebensereignis mit oftmals negativen Folgen für die mentale Gesundheit (Booth, Amato, 1991). Personen in gleichgeschlechtlichen (GG) Beziehungen sind durch Minderheitenstress häufig besonderer psychischer Belastung

ausgesetzt (Frost, LeBlanc, 2018). Wie sich das auf die mentale Gesundheit nach Scheidung dieser Paare auswirkt, ist bisher kaum untersucht.

In Deutschland fehlt eine strukturelle Erhebung von Daten zu Diversitätsmerkmalen, die Analysen zur Gesundheit von Personen in GG-Partnerschaften auf nationaler Ebene erlauben. In dieser Studie werden erstmals GG-Paare in deutschlandweiten Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) identifiziert und die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für psychische Erkrankungen vor und nach Scheidung mit der von Personen aus verschiedengeschlechtlichen (VG) Paaren verglichen.

## **Methoden**

Für diese Studie wurden Daten aus dem Versorgungsausgleich, der Aktivversichertenstatistik und der Rehabilitationsstatistik der DRV verknüpft. Anhand von dyadischen Merkmalen von Scheidungen (und bis 2017 Lösungen von eingetragenen Partnerschaften) wurden Ehepartner:innen identifiziert und zwischen GG- und VG-Paaren unterschieden. Berücksichtigt wurden alle Personen mit Scheidung in den Jahren 2014 bis 2022, mit Beitragszahlungen bei der DRV in den 3 Jahren vor Scheidung (t-1, t-2, t-3) und dem Jahr nach Scheidung (t+1), vollständigen Angaben zu Einkommen, Geburtsland, Staatsbürgerschaft, Wohnort und Bildung im Jahr der Scheidung. Die Gruppen von GG- und VG-Geschiedenen wurden in Bezug auf soziodemografische Merkmale beschrieben und Inzidenzraten mit 95 %-Konfidenzintervallen der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für eine psychische Erkrankung (ICD-Kapitel F außer F00-05, F09, F7-9) in t- 1 bis 3 und t+1 verglichen.

## **Ergebnisse**

Personen aus GG-Ehen (N=5113) waren bei Eheschließung älter und bei Scheidung jünger als Personen aus VG-Ehen (N=949945). Der Anteil von Personen mit Abitur und Hochschulabschluss war in GG-Ehen höher, insbesondere bei Frauen. Das individuelle Einkommen war in GG-Ehen insgesamt etwas niedriger als in VG-Ehen, wobei Männer aus GG-Ehen weniger und Frauen mehr verdienten als ihre VG-Pendants. Ehen zwischen zwei Männern zeigten häufiger unterschiedliche Nationalitäten und größere Altersunterschiede als VG-Ehen und Ehen zwischen zwei Frauen.

Die Inzidenz von Reha-Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen war im Jahr nach der Scheidung, jedoch nicht in den Jahren davor höher in GG-Ehen als in VG-Ehen. Während der Unterschied zwischen Frauen aus GG- und VG-Ehen besonders ausgeprägt war, zeigte sich kein Unterschied zwischen GG und VG-Ehen bei Männern.

## **Diskussion und Fazit**

In dieser Studie wurden erstmals deutschlandweit geschiedene GG-Paare umfassend beschrieben. Hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und Eigenschaften der Ehe sind die Ergebnisse für geschiedene GG-Ehen vergleichbar mit denen aus anderen Ländern (Einiö, Ponkilainen, 2025).

Frauen aus GG-Ehen nehmen im Jahr nach der Scheidung häufiger eine Reha aufgrund psychischer Erkrankungen in Anspruch als Frauen aus VG-Ehen. Diese Ergebnisse deuten auf eine stärkere psychische Belastung von Frauen in GG-Ehen im Kontext von Scheidung. Minderheiten-spezifische Belastungen wie Stigmatisierung können einerseits Beziehungen

destabilisieren und andererseits in Folge einer GG-Scheidung besonders ausgeprägt sein (Balsam et al., 2017; Frost, LeBlanc, 2018). Gleichzeitig haben Frauen in GG-Ehen ggf. mehr Ressourcen (gerechter verteilte Care-Arbeit, größeres soziales Netzwerk, seltener Kinder) (Einiö, Ponkilainen, 2025; Fischer, 2021), um eine Reha zu beantragen und in Anspruch zu nehmen als Frauen in VG-Ehen. Zur Verbesserung der Versorgung sollten Diversitätsmerkmale systematischer erfasst und Reha-Angebote an die spezifischen Belastungs- und Lebenslagen von Personen in gleichgeschlechtlichen Ehen angepasst werden.

### **Take-Home-Message**

Geschiedene Personen aus gleichgeschlechtlichen Ehen unterscheiden sich sozio-ökonomisch von Personen aus verschiedengeschlechtlichen Ehen und nehmen nach Scheidung häufiger eine Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen in Anspruch.

### **Literatur**

- Balsam, K.F., Rostosky, S.S., Riggle, E.D.B. (2017): Breaking up is hard to do: Women's experience of dissolving their same-sex relationship. *Journal of Lesbian Studies*, 21(1), 30–46.
- Booth, A., Amato, P. (1991): Divorce and Psychological Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4), 396–407.
- Einiö, E., Ponkilainen, M. (2025): Divorce in same-sex and opposite-sex couples: The roles of intermarriage, religious affiliation, and income. *Advances in Life Course Research*, 64, 100669.
- Fischer, M.M. (2021): Social Exclusion and Resilience: Examining Social Network Stratification among People in Same-Sex and Different-Sex Relationships. *Social Forces*, 100(3), 1284–1306.
- Frost, D.M., LeBlanc, A.J. (2018): Stress in the Lives of Same-Sex Couples: Implications for Relationship Dissolution and Divorce. In A. E. Goldberg & A. P. Romero (Eds.), *LGBTQ Divorce and Relationship Dissolution: Psychological and Legal Perspectives and Implications for Practice* (pp. 0). Oxford University Press.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

## **Subjektiver sozialer Status: Ein einfaches Maß zur Erfassung wahrgenommener sozialer Unterschiede zwischen Versichertengruppen**

*Sebastian Bernert; Martin Brünger*

Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Neben dem objektiven sozialen Status wurde in den letzten Jahren immer häufiger der subjektive soziale Status (SSS) in Studien herangezogen, um Unterschiede in Morbidität und Mortalität in Populationen zu untersuchen (Hegar, Mielck, 2010; Singh-Manoux et al., 2005).

Mit dem subjektiven sozialen Status wird die Selbsteinschätzung der sozialen Stellung im Vergleich zu anderen Personen in einer Bezugsgruppe gemessen, häufig im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung. Dies erweitert die Perspektive einer auf objektiven Maßzahlen beruhenden Einschätzung. Die subjektive Einschätzung der sozialen Stellung ist dabei oft stärker mit Indikatoren von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität korreliert als objektive Maße der sozialen Stellung und kann helfen, weitere Varianz in diesen Indikatoren aufzuklären. In der Rehabilitationsforschung wird das Konzept noch selten genutzt.

Ziel der vorliegenden Analyse war es, zu untersuchen, ob sich der SSS zwischen verschiedenen Versichertengruppen der Deutschen Rentenversicherung unterscheidet.

## **Methoden**

In einer Querschnittsstudie zur Validierung des sog. Ü45-Screenings zur Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf (Brünger, Bernert, 2025) wurde eine geschichtete Stichprobe von DRV-Versicherten gezogen (1. Gruppe: Personen ohne Leistungsbezug, 2. Gruppe: Personen mit einer bewilligten medizinischen Rehabilitationsleistung und 3. Gruppe: Personen mit einer bewilligten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)). In die Auswertung gingen Daten von 4.519 Versicherten ein (1. Gruppe = 952, 2. Gruppe = 3.116, 3. Gruppe = 451). Der SSS wurde mittels der deutschen Version der MacArthur Scale erfasst (Hoebel et al., 2015). Die Skala umfasst mit einem Item, wie sich die Versicherten in ihrer aktuellen Lebensphase im Verhältnis zu den Menschen in Deutschland im Hinblick auf ihren Job, ihre finanzielle Situation und ihre Bildung einschätzen. Die Skala reicht von 1 (niedrige) bis 10 (hohe soziale Stellung).

Zur Analyse wurden sowohl deskriptive als auch inferenzstatistische Analysemethoden eingesetzt. Zur Deskription der Versichertengruppen-Unterschiede werden die Mittelwerte betrachtet. Lineare Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um auch den Einfluss ausgewählter soziodemographischer Variablen beurteilen zu können.

## **Ergebnisse**

Die Mittelwerte des SSS unterscheiden sich zwischen den Versichertengruppen. Die höchsten Werte zeigen sich in der 1. Gruppe der Versicherten ohne Leistungsbezug (MW: 6,1, Std. Er.: 0,05), gefolgt von der 2. Gruppe mit einer bewilligten medizinischen Rehabilitationsleistung (MW: 5,5, Std. Er.: 0,03) und der 3. Gruppe mit einer bewilligten LTA (MW: 4,5, Std. Er.: 0,08). In einer linearen Regressionsanalyse mit den Merkmalen Alter, Geschlecht (Referenz: männlich) und Versichertengruppe (Referenz: keine Leistung) als unabhängige Variablen zeigten sich signifikante Effekte der Versichertengruppe. Personen mit einer bewilligten medizinischen Rehabilitationsleistung berichteten im Mittel einen um 0,62 Punkte niedrigeren subjektiven sozialen Status als Versicherte ohne Leistungen ( $p < 0.001$ ,  $\beta = -0.173$ ) und Versicherte mit einer bewilligten LTA berichten einen um 1,62 Punkte ( $p < 0.001$ ,  $\beta = -0.293$ ) niedrigeren subjektiven sozialen Status. Alter und Geschlecht hatten keinen signifikanten Einfluss.

## **Diskussion und Fazit**

Der subjektive soziale Status differiert signifikant zwischen den untersuchten DRV-Versichertengruppen. Versicherte mit bewilligter Leistung berichteten einen deutlich niedrigeren SSS als Versicherte ohne Leistungsbezug. Auch ohne objektive

Statusinformationen liefert der SSS wertvolle Informationen, da dieser die individuelle Wahrnehmung der eigenen gesellschaftlichen Position abbildet und reale Statusunterschiede auf erlebter Ebene widerspiegelt. Aufgrund seiner einfachen Erhebungsmethode kann der SSS als ein valider Prädiktor für Gesundheit und Teilhabe in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung berücksichtigt werden.

### **Take-Home-Message**

Der subjektive soziale Status lässt sich einfach mithilfe eines Items erfassen und kann Hinweise auf wahrgenommene soziale Unterschiede sowie mögliche Unterschiede in Gesundheit und Teilhabe geben.

### **Literatur**

- Brünger, M., Bernert, S. (2025): Validierung eines Screenings zur Identifikation von Präventions- und Rehabilitationsbedarf bei über 45-Jährigen (Ü45-Screening). ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 60: 676–683.
- Hegar, R., Mielck, A. (2010): „Subjektiver sozialer Status“. Prävention und Gesundheitsförderung, 75: 389–400.
- Hoebel, J., Müters, S., Kuntz, B., Lange, C., Lampert, T. (2015): Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. Bundesgesundheitsblatt 58, 749–757.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M. G., Adler, N. E. (2005): Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? Psychosom Med, 67, 855–861.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

**„Wenn's Hinterland nicht stimmt, bringt auch die Therapie nichts“ –  
Begleitende Angehörigenarbeit als Bestandteil des Therapieprozesses**

*Kerstin Thümmler*

Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e. V.

**Hintergrund und Zielstellung**

Pflegende Angehörige sind nicht nur eine unverzichtbare Ressource für Patient:innen, sondern auch eine tragende Säule des Gesundheitssystems (Wetzstein et al., 2015). Sie müssen sich in ein komplexes, sich stetig veränderndes Aufgabenspektrum einarbeiten, auf das sie kaum vorbereitet sind. Dennoch wird ihre Bedeutung im Versorgungssystem bislang unzureichend abgebildet – sie sind „hidden in plain sight“ (Wolff, Roter, 2008; Becker et al., 2010). Eine besondere Teilgruppe sind pflegende Angehörige, die in einem Gesundheitsberuf arbeiten (z. B. Therapeut:innen) und auch privat pflegebedürftige Angehörige versorgen. Diese international als „Double-Duty Carer“ (DDC) bezeichnete Gruppe (Ward-Griffin, 2004) verfügt neben persönlichen Erfahrungen der privaten Angehörigenpflege gleichzeitig über berufsspezifische Kenntnisse zum professionellen (therapeutischen) Versorgungsprozess.

Ausgangspunkt des Beitrages ist eine Mixed-Methods-Studie zur „Privaten Angehörigenpflege bei Beschäftigten in therapeutischen Gesundheitsberufen“, in welcher diese Doppelperspektive vertiefend untersucht wurde. Er geht speziell der Frage nach, welche Veränderungspotentiale die DDC-Therapeut:innen aus ihrer Rollenerfahrung als pflegende Angehörige und Gesundheitsfachkraft für die eigene Berufspraxis ableiten.

**Methoden**

Das Forschungsvorhaben folgte einem Explanatory Sequential Mixed-Methods Design. Im quantitativen Teil wurden 64 DDC-Therapeut:innen aus den Berufsgruppen Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie mittels standardisiertem Fragebogen befragt. Aufbauend darauf wurden im qualitativen Teil zehn leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden aus der quantitativen Stichprobe durchgeführt. Der Beitrag präsentiert Teilergebnisse der qualitativen Untersuchung, deren Auswertung mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz erfolgte.

**Ergebnisse**

Aus ihrer Doppelperspektive als pflegende Angehörige und therapeutische Fachkräfte formulieren die DDC-Therapeut:innen Anregungen für eine inhaltliche und strukturelle Neuausrichtung der Angehörigenarbeit. Sie stellen sich eine berufliche Angehörigenarbeit weniger punktuell, sondern in Form einer begleitenden Angehörigenarbeit als integralen Bestandteil des Therapieprozesses vor. Diese sollte empathisch, zugewandt, situationsorientiert, individuell und prozessorientiert ausgerichtet sein. Die pflegenden Angehörigen sollten dabei als Teil der Therapie gesehen werden.



Sie benennen Empfehlungen zur inhaltlichen Umsetzung einer therapieintegrierten Angehörigenarbeit. Diese fokussieren auf die Notwendigkeit eines verbesserten Verständnisses seitens aller Therapeut:innen für pflegende Angehörige. Es impliziert sowohl ein vertieftes Verständnis für die Lebensrealitäten, Belastungen als auch das Wahrnehmen und Beachten der unterschiedlichen Rollen, die die Angehörigen einnehmen können.

Die DDC-Therapeut:innen betonen zudem die Relevanz einer systematischen Einbindung der pflegenden Angehörigen als integraler Bestandteil der Therapie und identifizieren berufsgruppenübergreifende Elemente für die inhaltliche Ausgestaltung der beruflichen Angehörigenarbeit.

Für die Weiterentwicklung der beruflichen Angehörigenarbeit erachten sie ebenfalls eine Schärfung der eigenen professionellen Rolle als notwendig. Diese bezieht sich auf das Wahrnehmen, Ausloten und Setzen eigener Grenzen als wichtige professionelle Kompetenzen der Therapieberufe.

Darüber hinaus formulieren die DDC-Therapeut:innen Vorschläge zur Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen, um zeitliche, finanzielle und organisatorische Voraussetzungen für eine kontinuierliche Angehörigenbegleitung zu schaffen.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass pflegende Angehörige als bedeutsame Partner:innen im Therapieprozess stärker berücksichtigt werden sollten. Für einen langfristig wirksamen Therapieerfolg sind deren Unterstützung, Entlastung und Kompetenzförderung unverzichtbar. Daraus ergeben sich Impulse für Ausbildung, Fortbildung und Praxisentwicklung: Angehörigenarbeit sollte bereits in der beruflichen Ausbildung von Therapeuten verankert und im therapeutischen Alltag als professioneller Auftrag verstanden werden.

Der Beitrag liefert empirisch Ansatzpunkte für die konzeptionelle Weiterentwicklung einer begleitenden, therapieintegrierten Angehörigenarbeit. Diese kann dazu beitragen, Versorgungsergebnisse zu verbessern, therapeutische Rollen zu erweitern und die Versorgungsrealität in den Gesundheitsberufen nachhaltiger zu gestalten.

### **Take-Home-Message**

Der Unterstützungsbedarf und die Förderung der Kompetenzen pflegender Angehöriger sollten in der therapeutischen Versorgung stärker berücksichtigt werden, was sowohl die Inhalte der Therapie als auch die therapeutische Aus- und Weiterbildung umfasst.

### **Literatur**

- Becker, G., Kempf, D. E., Xander, C. J., Momm, F., Olschewski, M., Blum, H. E. (2010): Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital. *BMC health services research*, 10. 94.
- Ward-Griffin, C. (2004): Nurses as Caregivers of Elderly Relatives: Negotiating Personal and Professional Boundaries. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36. 92–114.
- Wetzstein, M., Rommel, A., Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt*, 6. 3–11.
- Wolff, J. L., Roter, D. L. (2008): Hidden in plain sight. Medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of Internal Medicine*, 168. 1409–1415.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **Akzeptanz einer Intervention für Eltern mit Abhängigkeitserkrankung in der stationären Rehabilitation**

*Ananda Stullich; Johannes Stephan; Jan Gehrmann; Laura Hoffmann; Matthias Richter*

Technische Universität München (TUM)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bisherige Erkenntnisse deuten auf einen hohen Bedarf an einer elternschaftsbezogenen Intervention während der stationären Rehabilitation von Eltern mit Abhängigkeitserkrankung in Deutschland. Dieser Notwendigkeit Rechnung tragend, wurde im Modellprojekt KontextSucht eine Intervention (KSI), die Eltern mit und ohne Begleitkinder in ihrer Erziehungskompetenz, ihrem elterlichen Verhalten und ihrer Eltern-Kind-Beziehung stärken soll, entwickelt und erprobt. Der vorliegende Beitrag widmet sich der Frage der Akzeptanz der KSI während der Erprobungsphase aus der Perspektive der betroffenen Eltern mit und ohne Begleitkinder sowie der durchführenden Fachkräfte.

### **Methoden**

In zwei stationären Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland wurden insgesamt 20 semi-strukturierte Interviews durchgeführt. Teilgenommen haben 16 Eltern mit Abhängigkeitserkrankung mit und ohne Begleitkinder sowie vier Fachpersonen, die an der Umsetzung der KSI beteiligt waren. Ziel war es, die subjektive Einschätzung der Teilnehmenden zur praktischen Durchführung und zu den Inhalten der Intervention zu erfassen und daraus die Akzeptanz abzuleiten. Die Interviews wurden transkribiert und mittels inhaltlich-strukturierter induktiver Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2015; Pohontsch, 2019). Zur theoretischen Rahmung und Einordnung diente das Theoretical Framework of Acceptability (TFA) (Sekhon et al., 2017), das sieben Dimensionen der Akzeptanz beschreibt. Entsprechende Schlussfolgerungen wurden entlang der sieben Dimensionen des TFA gezogen.

### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen eine insgesamt hohe Akzeptanz der KSI bei Eltern und Fachkräften. Eltern äußerten eine starke intrinsische Motivation, an der Intervention teilzunehmen, die vor allem aus dem Wunsch resultierte, ihren Kindern eine positive Zukunft zu ermöglichen und die familiären Beziehungen zu verbessern.

Sowohl Eltern als auch Fachkräfte bewerten die Gestaltung (z. B. Inhalt, Methode der Durchführung) der KSI-Module als passend und relevant. Eltern und Fachkräfte nehmen erste positive Effekte wahr, die sie darin bestärken, der KSI subjektiven Wert beizumessen. Die Einordnung der Ergebnisse in die sieben Dimensionen des TFA zeigt sowohl bei Eltern als auch bei Fachkräften eine gute Passung, sodass von einer hohen Akzeptanz der KSI ausgegangen werden kann.

Kritische Rückmeldungen betreffen vor allem organisatorische Aspekte, wie den zeitlichen Umfang und die teilweise eingeschränkte personelle Verfügbarkeit. Verbesserungsbedarf wird in Form von Anpassungen an den Ablauf und an die Anschlussbetreuung nach der Entlassung für Eltern mit Abhängigkeitserkrankung formuliert. Darüber hinaus werden Empfehlungen hinsichtlich der Ergänzung von weiteren Inhalten gegeben. Insgesamt wird die Intervention als realistisch umsetzbar und den therapeutischen Prozess bereichernd beschrieben.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz und Relevanz der KSI im stationären Rehabilitationskontext. Das Programm adressiert zentrale Bedürfnisse der Zielgruppe, die elterliche Kompetenzen stärkt, die Eltern-Kind-Beziehung fördert und damit eine wichtige Brücke zwischen individueller medizinischer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung und familiärer Stabilisierung schlägt.

Die Anwendung des TFA auf die Ergebnisse ermöglichte eine systematische Einordnung der wahrgenommenen Faktoren der Akzeptanz und zeigte eine gute Passung einschließlich der positiven Bewertung. Sowohl Eltern als auch Fachkräfte sprechen sich dafür aus, die KSI dauerhaft in die reguläre Rehabilitation zu integrieren. Die Befunde liefern damit eine wichtige Grundlage für nachfolgende Nutzenabschätzungen durch die Evaluation der KSI. Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die KSI als hoch akzeptiert und praxisnah umsetzbar gilt und einen bedeutsamen Beitrag zur Verbesserung elterlicher Kompetenzen im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen leisten kann.

### **Take-Home-Message**

Die Akzeptanz der entwickelten und erprobten KSI aus der Perspektive von Eltern und Fachkräften kann als positiv beurteilt werden.

### **Literatur**

- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage). Wiesenburg: Beltz Verlagsgruppe.
- Pohontsch, N. J. (2019): Die Qualitative Inhaltsanalyse. Die Rehabilitation, 58(6), 413–418. <https://doi.org/10.1055/a-0801-5465>
- Sekhon, M., Cartwright, M., Francis, J. J. (2017): Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Services Research, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales – rehapro

# **Ambulantes Rehabilitationsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Adipositas: Qualitative Tagebuchanalyse zu Erfahrungen der Teilnehmenden**

*Marie Utsch, Lucia Schlottner, Rosa Röhm, Judith Stumm*

Charité – Universitätsmedizin Berlin

## **Hintergrund und Zielstellung**

Übergewicht und Adipositas zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen und sind mit physischen und psychischen Gesundheitsfolgen verbunden (Schienkiewitz et al., 2018, Baumgarten et al., 2019). In Deutschland werden 15,4 % der KiJu zwischen 3 und 17 Jahren als übergewichtig, 5,9 % als adipös und 1 % als schwer adipös begriffen (Schienkiewitz et al., 2018). Ambulante Versorgungsprogramme ermöglichen in diesem Zusammenhang eine niedrighschwellige, alltagsnahe Unterstützung (S3-Leitlinie Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2019).

Im Rahmen eines durch die Deutsche Rentenversicherung Bund geförderten Projektes wird ein ambulantes Rehabilitationsprogramm für Kinder und Jugendliche (KiJu) mit Übergewicht und Adipositas in vier Rehazentren aus Deutschland hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Optimierungsmöglichkeiten und der Zufriedenheit der Teilnehmenden evaluiert.

Das untersuchte ambulante Rehabilitationsprogramm richtet sich an KiJu mit Übergewicht und Adipositas (6–18 Jahre) und bindet jeweils ein Elternteil aktiv als Co-Rehabilitand\*in in den 13-wöchigen Behandlungsverlauf ein. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde durch die Erhebung von Tagebucheinträgen vor allem die Integration des Gelernten in den Alltag der Familien näher beleuchtet.

## **Methoden**

Zur Erfassung der Erfahrungen der teilnehmenden KiJu und ihrer Eltern über den Rehaverlauf hinweg wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit Audio- und schriftbasierten Tagebucheinträgen durchgeführt. 17 KiJu und 16 Elternteile nahmen teil. Die Teilnehmenden füllten die Tagebücher jeweils zu vier verschiedenen Zeitpunkten im Rehaverlauf aus. Die Tagebucheinträge basierten auf offenen Fragen zum Wohlbefinden, zu Reha-Erfahrungen und zur Integration der Reha-inhalte in den familiären Alltag. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch kombiniert deduktiv und induktiv mittels der Framework-Analyse (Gale et al., 2013).

## **Ergebnisse**

Die Teilnehmenden ordnen ihre Erfahrungen im Rahmen des Rehabilitationsprogramms insgesamt positiv ein. Besonders hervorgehoben werden eine gesteigerte Motivation, ein gestärktes Selbstwirksamkeitserleben sowie die soziale Unterstützung innerhalb der Gruppe. Die Leistungen des Rehabilitationsprogramms haben dazu beigetragen Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie in der Alltagsgestaltung anzustoßen. Im Vordergrund stehen dabei vor allem die Reduktion des Körpergewichts und die nachhaltige Umsetzung der vermittelten Inhalte. Trotz der neuen Freude an Bewegung wurde ein

gesteigertes Erschöpfungsgefühl beschrieben. Einzelne KiJu gaben an, dass keine Veränderungen im Alltag stattgefunden hätten.

Als zentrale Herausforderung wurde die Vereinbarkeit der im Rehabilitationsprogramm angestoßenen Veränderungen mit Schule, Beruf und Alltag benannt. Zeitliche Belastungen und eingeschränkte Freizeit stellten für viele Familien eine Hürde dar, wurden jedoch häufig als notwendiger Teil des Prozesses interpretiert. Zudem zeigte sich, dass die Umstellung bestehender Routinen und die Etablierung neuer Gewohnheiten teilweise als schwierig erlebt wurden. Einige Eltern äußerten die Sorge, nach der Reha wieder in alte Muster zurückzufallen. Die Unterstützung durch die Eltern erwies sich für die KiJu als zentrales Element für den Erfolg des Programms. So benannten die KiJu ihre Eltern als wesentliche Unterstützungsinstanz. Der Austausch mit anderen Eltern wurde als entlastend und motivierend erlebt. Zudem wurde die Wahrnehmung geteilt, dass KiJu Ratschläge und Anregungen von Fachkräften eher annahmen als von ihren Eltern.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass das ambulante Rehabilitationsprogramm von Familien überwiegend positiv wahrgenommen wird. Besonders die Kombination aus fachlicher Anleitung, sozialer Unterstützung und Elternbeteiligung fördert Motivation und Verhaltensänderungen. Insbesondere die Rolle der Eltern konnte deutlich herausgearbeitet werden. Die genannten Herausforderungen sollten in dem ambulanten Rehabilitationsprogramm zukünftig thematisiert und integriert werden, um einerseits den Transfer in den Alltag zu vereinfachen und andererseits erlernte Verhaltensveränderungen nachhaltig zu fördern.

### **Take-Home-Message**

Um das ambulante Rehaprogramm optimiert in den Familienalltag einzubetten und den Transfer des Gelernten ins häusliche Umfeld zu stärken, sollten Herausforderungen wie Zeitdruck, Erschöpfung und eingeschränkte Freizeit Berücksichtigung finden.

### **Literatur**

- Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, A., Thamm, R., Meyrose, A. K., Ravens-Sieberger, U. (2019): Lebensqualität bei adipösen Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt, 62(10): 1268–1276.
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., Redwood, S. (2013): Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Medical Research Methodology, 13(1): 117.
- S3-Leitlinie Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2019): AWMF-Leitlinienregister Nr. 050/002.
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A. K., Damerow, S., Schaffrath, Rosario, A. (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Einbezug von An- und Zugehörigen in die berufliche Rehabilitation – Ergebnisse eines Scoping Reviews

*Franziska Weißenstein, Eileen Wengemuth, Larissa Fink, Lukas Kühn,  
Kyung-Eun (Anna) Choi*

Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

## Hintergrund und Zielstellung

An- und Zugehörige – darunter (Ehe-)Partner:innen, Familienmitglieder und Freund:innen – spielen eine zentrale Rolle für Gesundheit, Genesung und berufliche Teilhabe von Menschen mit chronischen Erkrankungen und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Blundell Jones et al., 2017; Brongers et al., 2020). Sie können emotionale Stabilität, Motivation und praktische Hilfe leisten, zugleich aber durch Überfürsorglichkeit, Konflikte oder eigene Belastungen hinderlich wirken (Blundell et al., 2017).

Trotz der hohen Relevanz sozialer Unterstützung ist bislang wenig darüber bekannt, wie An- und Zugehörige systematisch in die berufliche Rehabilitation einbezogen werden. Ziel dieses Scoping Reviews war es daher, die bestehende deutsch- und englischsprachige Forschungsliteratur systematisch zu erfassen und zu beschreiben.

## Methoden

Das Scoping Review wurde nach dem Framework von Arksey und O'Malley (2005) durchgeführt und gemäß PRISMA-ScR berichtet. Eingeschlossen wurden Studien, die berufliche Rehabilitationsprogramme oder Interventionen mit explizitem Einbezug von An- und Zugehörigen beschrieben oder evaluierten. Theoretische Arbeiten, Reviews und Studien ohne klaren Bezug zur beruflichen Rehabilitation wurden ausgeschlossen.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in MEDLINE (PubMed), Web of Science und PsycInfo. Nach Entfernung von Duplikaten wurden 948 Abstracts gescreent, 16 Volltexte geprüft und acht Studien in die finale Analyse eingeschlossen. Die Datenauswertung erfolgte anhand einer strukturierten Charting-Tabelle (in Anlehnung an die TIDieR-Rehab Checkliste), ergänzt um Kategorien zu Zielgruppen, Interventionsmerkmalen, Rollenverständnis, theoretischer Fundierung und Outcome-Messungen.

## Ergebnisse

Die acht eingeschlossenen Studien (1985 - 2024) decken unterschiedliche Rehabilitationskontexte ab – darunter psychische, neurologische, körperliche und entwicklungsbedingte Einschränkungen – und stammen überwiegend aus Europa und Nordamerika.

Der Einbezug von An- und Zugehörigen erfolgte überwiegend in informativ-educativer Form, z. B. durch Beratungen, Schulungen oder Informationsmaterialien. Nur wenige Studien setzten auf partizipative oder kooperative Ansätze, bei denen Angehörige aktiv in Zielvereinbarungen oder Reha-Planung einbezogen wurden, etwa im Rahmen von Family Group Conferences (Brongers et al., 2020) oder in Kooperation mit Arbeitsmediziner:innen (Snippen et al., 2022). Interventionen, die Angehörige selbst als Zielgruppe adressierten – etwa durch Coaching oder Peer-Support – blieben die Ausnahme.

Die Programme richteten sich vorwiegend an Rehabilitand:innen mit chronischen Erkrankungen, körperlichen oder geistigen Behinderungen, erworbenen Hirnverletzungen oder psychischen Störungen. Eingebunden waren primär (Ehe-)Partner:innen und Eltern; Freund:innen oder Kolleg:innen wurden kaum berücksichtigt.

Das Rollenverständnis variierte: Angehörige wurden meist als Ressource konzeptualisiert – zur Förderung von Motivation, emotionaler Stabilität und praktischer Unterstützung. Einzelne Studien beschrieben sie auch als Mitbetroffene oder Barrieren, etwa durch Überfürsorglichkeit oder eigene Überlastung (Snippen et al., 2022). Eine mehrdimensionale Sichtweise, die Angehörige zugleich als Ressource, Mediator:innen und Betroffene einbezieht, blieb selten.

Nur wenige Studien verfügten über eine theoretische Fundierung (z. B. Empowerment-Ansätze, soziale Netzwerktheorien, Vygotskys Konzept der „Zone of Proximal Development“). Die meisten begründeten den Einbezug pragmatisch.

Erhoben wurden vor allem psychosoziale und arbeitsbezogene Outcomes, wie Wahrnehmung sozialer Unterstützung, Selbstwirksamkeit, psychische Stabilität und Rückkehr in den Beruf. Quantitative Ergebnisse zeigten positive Trends in Wissen, Motivation und Selbstwirksamkeit von Fachkräften (Snippen et al., 2023), während qualitative Befunde die Bedeutung klarer Kommunikation und Rollenklärung betonten. Systematische Evidenz zur Wirksamkeit auf Reha-Erfolg oder Beschäftigungsstatus liegt bislang nicht vor.

## **Diskussion und Fazit**

Der Einbezug von An- und Zugehörigen in der beruflichen Rehabilitation erfolgt bislang unsystematisch und meist psychoedukativ statt interaktiv. Während Angehörige als wichtige Ressource anerkannt werden, fehlt es an Konzepten, die sie aktiv und strukturiert in Reha-Prozesse integrieren.

Zukünftige Forschung sollte prüfen, wie Angehörige bedarfsgerecht und theoriegeleitet eingebunden werden können – etwa durch partizipative oder digital gestützte Formate – und dabei auch deren Belastungen und Unterstützungsbedarfe berücksichtigen. Die Ergebnisse zeigen, dass berufliche Rehabilitation ganzheitlich gedacht werden sollte: als Prozess, der Rehabilitand:innen und ihr soziales Umfeld gemeinsam stärkt.

## **Take-Home-Message**

Der Einbezug von An- und Zugehörigen in die berufliche Rehabilitation ist bislang selten und kaum systematisch – dabei bietet ihre aktive Beteiligung ein großes Potenzial, Teilhabeprozesse nachhaltig zu fördern.

## **Literatur**

- Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Blundell Jones, J., Walsh, S., Isaac, C. (2017). The Relational Impact of Multiple Sclerosis: An Integrative Review of the Literature Using a Cognitive Analytic Framework. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(3–4), 316–340. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9506-y>
- Brongers, K. A., Cornelius, B., Roelofs, P. D. D. M., Van Der Klink, J. J. L., Brouwer, S. (2020). Feasibility of Family Group Conference to promote return-to-work of persons receiving work

disability benefit. *Disability and Rehabilitation*, 42(22), 3227–3236. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1590468>

Snippen, N. C., De Vries, H. J., Bosma, A. R., Van Der Burg-Vermeulen, S. J., Hagedoorn, M., Brouwer, S. (2022). Workers' views on involving significant others in occupational health care: A focus group study among workers with a chronic disease. *Disability and Rehabilitation*, 44(26), 8252–8263. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2011435>

Snippen, N. C., De Vries, H. J., Hagedoorn, M., Brouwer, S. (2023). Training for occupational health physicians to involve significant others in the return-to-work process of workers with chronic diseases: A randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation*, 45(17), 2861–2871. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2107091>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

## **Sozialraumorientierte Rehabilitation für Menschen mit kognitiver und/oder mehrfacher Beeinträchtigung als alternative Versorgungsmöglichkeit zur medizinischen Rehabilitation**

*Judith Gartmann; Andrea Bökel; Tatjana Levin; Thilo Busche; Christian Sturm;  
Christoph Egen*

Medizinische Hochschule Hannover

### **Hintergrund und Zielstellung**

Menschen, welche z. B. mit einer kognitiven und / oder mehrfachen Beeinträchtigung leben, erleben unterschiedlichste Barrieren in der Gesundheitsversorgung (Wetzel, Rathmann, 2020). Medizinische Angebote im Gesundheitswesen sind häufig nicht an die Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen adaptiert (BMAS, 2025). Anstelle einer medizinischen Rehabilitation aufgrund unzureichender Rehabilitationsfähigkeit erfolgt die Versorgung in der Regel über eine monodisziplinäre Heilmittelversorgung (Egen et al., 2024; BMAS, 2025). Die sozialraumorientierte Rehabilitation für Menschen mit kognitiven und /oder mehrfachen Beeinträchtigungen fokussiert den Bedarf einer interdisziplinären rehabilitativen Versorgung von Menschen mit kognitiven und / oder mehrfachen Beeinträchtigungen in einem mobil-ambulantem Setting (Gartmann et al., 2025).

Das Ziel der Pilotstudie war die Erprobung einer medizinischen Rehabilitation im Sozialraum für Menschen mit kognitiven und / oder mehrfachen Beeinträchtigungen. Die ökonomische Machbarkeit wurde beispielhaft anhand von Heilmittelverordnungen evaluiert.

### **Methoden**

In der prospektiven monozentrischen Pilotstudie wurde an 2-3 Wochentagen über einen geplanten Zeitraum von 4 bis 6 Wochen vor eine intensive therapeutische Versorgung über ergo- und physiotherapeutische Heilmittelverordnungen, ärztlicher Betreuung mit ggf. einer Hilfsmittel-versorgung geplant. Die Machbarkeit und Ökonomie wurden evaluiert.



## Ergebnisse

Im Durchschnitt dauerte die rehabilitative Maßnahme für die 15 Teilnehmenden 7 Wochen (Min.: 5 Wochen; Max: 10 Wochen; SD:  $\pm 1,34$ ). Durchschnittlich wurden pro Teilnahme 15 Besuche in der Ambulanz der Universitätsklinik (SD:  $\pm 3,7$ ) und 6 Hausbesuche (SD:  $\pm 3,8$ ) durchgeführt. Besuche am Arbeitsplatz fanden einmalig bei zwei Teilnehmenden statt. Im Durchschnitt erhielten die Teilnehmenden 100,8 Therapieeinheiten (inkl. Vierfacheinheiten, Co-Therapien und ärztlicher Untersuchungen) (SD:  $\pm 34,2$ ).

Die ersten Ergebnisse der ökonomischen Analyse untermauern die prinzipielle Realisierbarkeit dieser Form der rehabilitativen Versorgung.

## Diskussion und Fazit

Die sozialraumorientierte Rehabilitation stellt eine mögliche Alternative zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit kognitiven und/oder mehrfacher Behinderung dar, die über Heilmittelverordnungen realisiert werden kann. Da Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen einen langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) gemäß § 32 Abs: 1a SGB V aufweisen, also die verordnende Praxis keine Wirtschaftlichkeitsprüfung befürchten muss, ist bei entsprechend vorhandener Infrastruktur eine solche Versorgung umsetzbar.

## Take-Home-Message

Die sozialraumorientierte Rehabilitation ist eine innovative Alternative und/oder Ergänzung der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen.

## Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Gesundheit (BMAS) (2025): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Teilhabesurvey – Welle 2. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-661-abschlussbericht-repraesentativbefragung-teilhablesurvey.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-661-abschlussbericht-repraesentativbefragung-teilhablesurvey.pdf?__blob=publicationFile&v=1), Abruf: 09.10.2025
- Egen, C., Busche, T., Bethge, M., Bassler, M., Gutenbrunner, C. (2024): Ist das Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit in seiner Anwendung durch DRV und GKV ausgrenzend? Ein Diskussionsbeitrag. *Rehabilitation* 2024; *Rehabilitation*, 63: 74–77 DOI: 10.1055/a-2263-2627
- Gartmann, J., Bökel, A., Wassermann, T., Busche, T., Sturm, C., Plewnia, I., Philipp, L., Ohse, M., Egen, C. (2025): Herausforderungen in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit geistiger und / oder Mehrfachbehinderung - ein Erfahrungsbericht aus einer Pilotstudie. *Das Gesundheitswesen*, DOI: 10.1055/a-2675-0855
- Wetzel, L.D., Rathmann, K. (2020): Inanspruchnahme und wahrgenommenen Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15: 332-339. DOI: 10.7007/s11553-020-00768-y

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

## **Allgemeine und digitale Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung und soziale Unterstützung von Studierenden**

*Gabriele Helga Franke<sup>1</sup>; Melanie Jagla-Franke<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal; <sup>2</sup> Hochschule Neubrandenburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Wissen, Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu identifizieren, zu verstehen, einzuordnen und umzusetzen bilden die allgemeine Gesundheitskompetenz (health literacy; Sørensen et al., 2013). Digitale Gesundheitskompetenz verortet Recherche, Analyse und Verhaltensaspekte im Internet. Ob und inwieweit die Konstrukte allgemeine und digitale Gesundheitskompetenz voneinander abgrenzbar sind und welche Zusammenhänge zur sozialen Unterstützung und der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung bestehen, ist noch wenig erforscht. Daher soll dies in einer Stichprobe von Studierenden untersucht werden, die als digital Natives mit mittlerer Gesundheitskompetenz (Dastan et al., 2023) gelten können.

### **Methoden**

In einer studentischen Stichprobe wurden eine 12-Item Version des Health Literacy Survey Questionnaire (Finbraten et al., 2018) zur Erfassung der Gesundheitskompetenz und eine 18-Item Version für die digitale Gesundheitskompetenz (Marsall et al., 2022) zusammen mit je drei Fragen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit und zur Sozialen Unterstützung eingesetzt. Weiterhin wurden Fragen zur Soziodemografie und zum Gesundheitsverhalten gestellt; die Datenerhebung fand vom SoSe 2024 bis SoSe 2025 (bei pos. Ethik-Votum) online an verschiedenen Hochschulen statt.

### **Ergebnisse**

Es fanden sich 447 Studierende (28 % männlich) im Durchschnittsalter von 24.1 Jahren ( $\pm 5.6$ , 18 - 66). 68 % wohnten mit anderen zusammen, 70 % arbeiteten (im Durchschnitt 15.4 Stunden pro Woche  $\pm 11.4$ ), 31 % bekamen Bafög. 39 % studierten gesundheits-, 25 % sozialwissenschaftliche und 36 % MINT-Fächer.

Zur Auswertung der Gesundheitskompetenz wurden die Schwellen niedrig ( $\leq 50$  %), mittel (50 bis  $\leq 83$  %) sowie hoch ( $> 83$  %) gewählt. Es fanden sich 163 Studierende (37 %) mit niedriger, 153 (34 %) mit mittlerer und 131 (29 %) mit hoher allgemeiner Gesundheitskompetenz. In Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz lagen 170 (38 %) im niedrigen, 158 (35 %) im mittleren Bereich und 119 (27 %) wiesen eine hohe digitale Gesundheitskompetenz auf. Die Unterschiede zwischen diesen jeweiligen Gruppen in Bezug auf soziodemografische Variablen ähnelten sich, wobei sie bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz deutlicher ausfielen. Eine hohe Gesundheitskompetenz ging mit höherem Alter und altersabhängigen Variablen (Arbeiten, Finanzen, Familienstand) einher.

Zusammengefasst unterschied sich vor allem die Gruppe mit hoher Kompetenz von der mit niedriger und z. T. auch von der mit mittlerer.

Eine explorative Faktorenanalyse (Varimax-Rotation) trennte die Items der allgemeinen (41 % Varianzaufklärung) und der digitalen Gesundheitskompetenz (14 %) vollständig. Betrachtete man zusätzlich die Selbstwirksamkeitserwartung und die soziale Unterstützung, dann klärte die allgemeine Gesundheitskompetenz 32 % Varianz auf, die digitale 12 %, die Selbstwirksamkeitserwartung 9.5 % und die soziale Unterstützung noch 5 % (hier luden nur 2 der drei Items). Zusammengefasst lassen sich die beiden Kompetenzkonstrukte ebenso voneinander trennen wie diese von der Selbstwirksamkeitserwartung bei einem schwächeren Faktor soziale Unterstützung.

## **Diskussion und Fazit**

Sowohl bei der allgemeinen als auch bei der digitalen Gesundheitskompetenz fanden sich 37 bzw. 38 % Studierende mit niedriger, 34 bzw. 35 % mit mittlerer und 29 bzw. 27 % mit hoher Ausprägung. Die Gruppen mit hoher Ausprägung ließen sich deutlich charakterisieren (höheres Alter, höhere Bildung, höheres Einkommen; höhere Selbstwirksamkeitserwartung). Gleichzeitig können die allgemeine und die digitale Gesundheitskompetenz voneinander abgegrenzt werden und gehen nicht ineinander über. Dies macht deutlich, dass es sich - zumindest in dieser Altersgruppe - um zwei voneinander unabhängige Konstrukte handelt, auch wenn die digitale Gesundheitskompetenz als Teil der allgemeinen Gesundheitskompetenz verstanden wird (Dratva et al., 2024). Selbstwirksamkeitserwartung und soziale Unterstützung sind wiederum unabhängige Konstrukte, obwohl ihre hohe Ausprägung mit hoher Gesundheitskompetenz zusammenhängt. Noch bleibt unklar, wie die niedrige Gesundheitskompetenz nachhaltig gefördert werden kann, auch wenn Gruppenangebote zur Steigerung der sozialen Einbettung zu höherer Selbstwirksamkeitserwartung führen sollten.

## **Take-Home-Message**

Allgemeine und digitale Gesundheitskompetenz erscheinen als zwei verschiedene Konzepte, die sich weiterhin von allgemeiner Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung unterscheiden.

## **Literatur**

- Dastan, B. et al. (2023): Wie gesund sind Studierende der Freien Universität Berlin? Ergebnisse der Befragung 01/23 (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Nr. 01/P23). Berlin: Freie Universität Berlin.
- Finbraten, H. (2018): Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: Latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. BMC Health Services Research, 18, 506.
- Marsall, M. et al. (2022): Measuring electronic health literacy: Development, validation, and test of measurement invariance of a revised German version of the eHealth Literacy Scale. Journal of Medical Internet Research, 24 (2), e28252.
- Sørensen, K. et al. (2013): Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health, 13, 948.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

# **Gesundheit und Gesundheitskompetenz von Studierenden an Würzburger Hochschulen: Ergebnisse einer hochschulübergreifenden Befragung**

*Silvan Renz<sup>1</sup>; Sophie Leuchtenberg<sup>1</sup>; Vanessa Heßdörfer<sup>2</sup>; Rebecca Löbmann<sup>1</sup>;  
Silke Neuderth<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt (THWS);

<sup>2</sup> Julius-Maximilians-Universität Würzburg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Um für potenziell vulnerable Gruppen spezialisierte Angebote bereitstellen zu können, wurde an der Technischen Hochschule Würzburg-Schweinfurt (THWS) und an der Julius-Maximilians-Universität (JMU) eine Online-Befragung der Studierenden durchgeführt.

## **Methoden**

Die Befragung war sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache verfügbar und bestand aus mehreren validierten Instrumenten zur Erfassung der Gesundheit (u.a. PHQ-4, MBI-Student-Survey), des Gesundheitsverhaltens (u.a. ASSIST Lite, Ernährungs- und Bewegungsverhalten) und der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q12, HLS19-DIGI, HLS19-NAV). Vor der Umsetzung des Forschungsvorhabens wurde ein positives Ethikvotum eingeholt (GEHBa-202407-V-206). Die Datenerhebung fand zwischen Oktober und November 2024 statt. Auswertungen fanden in Form deskriptiver und inferenzanalytischer Analysen statt.

## **Ergebnisse**

Insgesamt beteiligten sich N = 2.440 Studierende an der Befragung (78,6 % JMU und 21,4 % THWS), was einer Rücklaufquote von etwa 6 % entsprach. Die Studierenden waren im Schnitt 23,7 Jahre alt, wobei sich knapp ein Drittel (29,6 %) dem männlichen Geschlecht zuordnete. Innerhalb der Stichprobe war ein breites Fächerspektrum ersichtlich. 7,9 % der Studierenden hatten eine Nicht-deutsche Muttersprache, 18,9 % berichteten von finanziellen Schwierigkeiten und 32,0 % von einer Behinderung oder chronischen Erkrankung. Mehr als ein Drittel (37,4 %) der Studierenden zeigten im PHQ-4 moderate bis starke Symptome einer Depression bzw. Angststörung. Bei den Studierenden war eine moderate Erschöpfung (M = 2,75, SD = 1,35) im MBI-Student-Survey ersichtlich, während sich Werte für eingeschränkte Leistungsfähigkeit (M = 2,32, SD=1,38) und Zynismus (M = 1,63, SD = 1,33) der Studierenden auf einem niedrigen Niveau befanden. Problematische bis unzureichende Werte zeigten 60,1 % der Studierenden für die allgemeine (HLS-EU-Q12), 66,2 % für die digitale (HLS19-DIGI) und 87,9 % für die navigationale Gesundheitskompetenz (HLS19-NAV).

## **Diskussion und Fazit**

Das Niveau der psychischen Belastung fällt sowohl im Vergleich zu Studierenden anderer Hochschulen, als auch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höher aus (Eissler et al., 2019; Löwe et al., 2009). Zudem weisen die befragten Studierenden in allen Bereichen der Gesundheitskompetenz (allgemein, digital, navigational) eine niedrige Ausprägung auf. Eine

Erhebung von Kolpatzik et al. (2025), die ebenfalls auf den HLS-EU-Q12 zurückgriff, verdeutlicht, dass die allgemeine Gesundheitskompetenz (ausreichend und exzellent) bei den Studierenden aus dieser Erhebung um 17,9 % höher ausfällt als bei der entsprechenden Vergleichsgruppe der 18 bis 29-Jährigen aus der Allgemeinbevölkerung. Die entsprechende Vergleichsstudie von Schaeffler et al. (2021) zu den anderen Bereichen der Gesundheitskompetenz legt nahe, dass die digitale Gesundheitskompetenz höher und die navigationale etwas niedriger ausfällt als bei den 18 bis 29-Jährigen aus der Allgemeinbevölkerung. Anzumerken ist allerdings, dass zur Erfassung der letztgenannten Gesundheitskompetenzbereiche der HLS-EU-Q47 herangezogen wurde und die direkte Vergleichbarkeit damit eingeschränkt ist. Obwohl sich ausschließlich Studierende der Würzburger Hochschulen an der Befragung beteiligten, kann hinsichtlich der Studienfach- und Semesterverteilung von einer Generalisierbarkeit ausgegangen werden. Studierendengruppen mit niedriger Gesundheitskompetenz sollten mithilfe verschiedener Präventionsmaßnahmen gezielt angesprochen werden.

### **Take-Home-Message**

Ein erheblicher Anteil der Studierenden zeigt psychische Belastungen und niedrige Gesundheitskompetenz, was den Bedarf an gezielten Präventions- und Unterstützungsangeboten unterstreicht.

### **Literatur**

- Eissler, C., Sailer, M., Walter, S., Jerg-Bretzke, L. (2019): Psychische Gesundheit und Belastung bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(3), 242–249. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-0>
- Kolpatzik, K., Bollweg, T., Fretian, A., Okan, O. (2025): Gesundheitskompetenz in Deutschland 2024. Ergebnisbericht. Technische Universität München. School of Medicine and Health. Department of Health and Sport Sciences. WHO Collaborating Center for Health Literacy. München. DOI: <https://doi.org/10.14459/2025md1772956>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., Brähler, E. (2009): A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal Of Affective Disorders*, 122(1–2), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Gesundheitsförderung und psychologische Unterstützung in der Beruflichen Rehabilitation – Herausforderungen, Ressourcen und Bedarfe**

*Jana Pötschke; Rebecca Dächert; Nadine Tscharaktschiew; Udo Rudolph*

Technische Universität Chemnitz

## **Hintergrund und Zielstellung**

Berufliche Rehabilitation ist darauf ausgerichtet, Menschen mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen, die ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können, durch passende Unterstützung die Rückkehr ins Arbeitsleben zu ermöglichen. Laut Rehabericht 2023 gingen mehr als 60 % der beruflichen Bildungsleistungen auf die Diagnosegruppen orthopädische und rheumatische Erkrankungen zurück. Diese Diagnosen stehen oftmals in Zusammenhang mit chronischen Schmerzen. Patienten, die unter chronischen Schmerzen leiden, sind häufig von einer komorbiden Insomnie betroffen (Sun et al., 2021). Beide Störungsbilder mindern die Lebensqualität und schränken die Leistungsfähigkeit sowie die Teilhabe am Arbeitsleben ein (Wörz et al., 2022).

Diese Studie ist Teil eines übergeordneten Forschungsprojektes zur bedarfsgerechten Adaptation und Integration des Chemnitzer Schlaf-Schmerz-Trainings zur Gesundheitsförderung in die Berufliche Rehabilitation. Kooperierender Leistungserbringer beruflicher Rehamaßnahmen ist die faw (Fortbildungsakademie der Wirtschaft) mit verschiedenen Standorten in Mittel- und Westsachsen.

Von Mai bis September 2025 wurde zunächst eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Wir verfolgten das Ziel, den Prozess der beruflichen Reha sowie die Rehabilitand\*innen mit ihren Ressourcen, Herausforderungen und Unterstützungswünschen kennenzulernen. Dabei stellten wir uns folgende Fragen:

- Welche Herausforderungen ergeben sich im beruflichen Reha-Prozess aus Sicht der Fachkräfte?
- Welche Rolle spielen Gesundheitsförderung und psychologische Unterstützung bisher?
- Wer sind die Rehabilitand\*innen und wie viele Teilnehmende leiden unter chronische Schmerzen und Schlafstörungen?
- Wie hoch ist die Motivation zur Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung und wie kann diese gefördert werden?

## **Methoden**

Die Bedarfsanalyse wurde anhand eines Mixed-Methods-Designs untersucht. Durch quantitative und qualitative Datenerhebung fließen Perspektiven von Rehabilitand\*innen und Expert\*innen ein. Hierzu führten wir 5 leitfadengestützte Interviews (45 bis 75 min) mit verschiedenen Reha-Fachkräften (1-25 Dienstjahre, Seminarleitung, psychologischer Dienst sowie Leitungsebene mit Personalverantwortung). Das Material wurde transkribiert und mithilfe der Software MAXQDA (2024) systematisch ausgewertet. Wir führten eine strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) durch.

Zudem haben wir online-Fragebögen von N=62 Rehabilitand\*innen ausgewertet.

## Ergebnisse

An der Befragung nahmen 62 Rehabilitand\*innen teil, 25 (40 %) Frauen und 37 (60 %) Männer. Das Alter betrug durchschnittlich  $M = 51.3$  Jahre (19-61 Jahre). Etwa 75 % der Befragten haben einen mittleren Bildungsabschluss, rund 5 % einen höheren Abschluss. Erkrankungen, die zur Reha führten, betrafen in knapp zwei Drittel der Fälle das Muskel/Skelett-System. 70 % waren vor Reha-Beginn arbeitsunfähig (seit durchschnittlich 18 Monaten). 40 % der Teilnehmenden gaben zusätzlich Diagnosen im psychischen Bereich an. Unter chronischen Schmerzen litten 79 % der Rehabilitand\*innen. 71 % gaben schlechte Schlafqualität an bzw. erfüllten die Kriterien einer chronischen Insomnie.

Die Hälfte der Befragten wünschten sich mehr Informationen zu den Themen Ernährung und mentale Gesundheit. Die Motivation zur Umsetzung im Alltag erschien etwas höher als die Wirkerwartung (Abbildung 1). An einem Schlaf-Schmerz-Training würden 69 % gern teilnehmen.

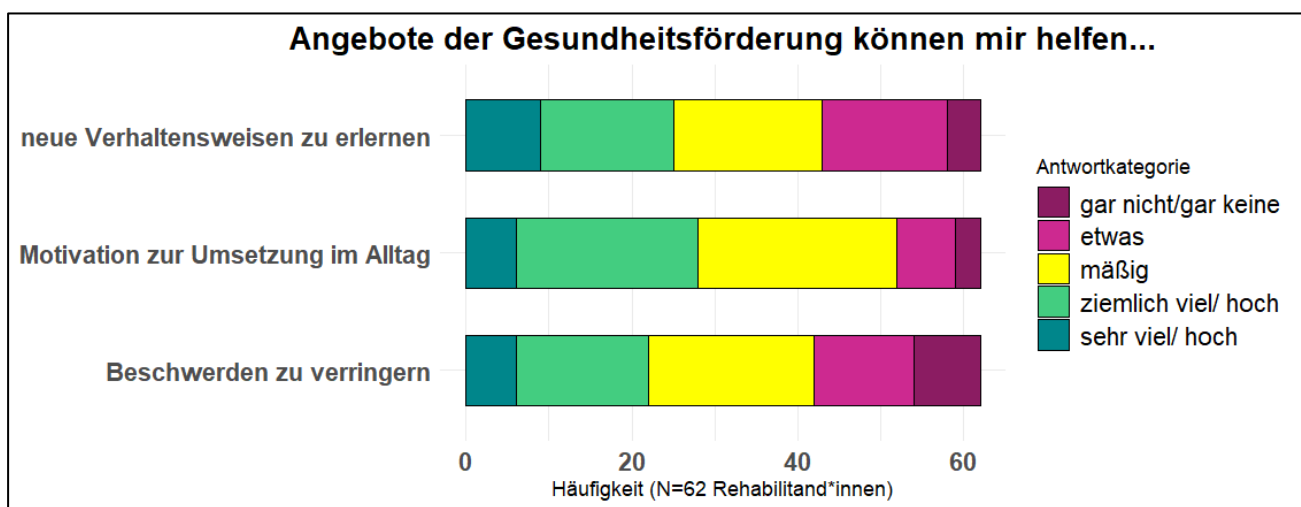


Abbildung 1: Wirkerwartungen von Angeboten der Gesundheitsförderung

Sorgen machten sich Teilnehmende besonders bezüglich einer gesundheitlichen Verschlechterung, Versagensängsten, fehlender Akzeptanz seitens neuer Kollegen und Arbeitgeber sowie unzureichender Computerkenntnisse und eines finanziellen Abstiegs.

Dies korrespondiert mit strukturellen und personenbezogenen Herausforderungen aus Sicht der Fachkräfte, welche in Tabelle 1 zusammengefasst sind.

Psychologische Unterstützung wird schwerpunktmäßig in Einzelgesprächen realisiert und ist vom eingangs festgestellten Bedarf abhängig. Jedoch wurden auch Gruppenaustausch und Vermittlung zu externen Angeboten (z. B. Rehasport) als bedeutsam herausgestellt. Gesundheitsförderung obliegt v.a. den Präferenzen und Erfahrung der Mitarbeiter\*innen.

Tabelle 1: Herausforderungen im beruflichen Rehabilitationsprozess aus Sicht der Fachkräfte (N = 5)

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>auf<br/>organisatorisch-<br/>struktureller Ebene</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturelle Vorgaben (bspw. Vollzeit, Anwesenheitspflicht)</li> <li>• Zielkonflikte (Erfolgsleistungsdruck)</li> <li>• Zeitdruck</li> <li>• aktuelle Entwicklungen und Grenzen des regionalen Arbeitsmarktes</li> <li>• fehlende Passgenauigkeit bei Zuweisungen</li> <li>• Abnahme der Zuweisungszahlen</li> <li>• räumliche und materielle Ausstattung</li> </ul>                                                                                                      |
| <b>auf personen-<br/>bezogener<br/>Ebene</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zunehmende Komplexität der Krankheitsbilder und fehlende Kenntnisse</li> <li>• Heterogenität der Gruppen und Teilnehmenden</li> <li>• mehr psychische Belastungen</li> <li>• Motivation der Teilnehmenden (hohes Frustrationslevel)</li> <li>• Sorgen im Zusammenhang mit den Veränderungen und neuen Situationen sowie Schwierigkeiten, diese zu akzeptieren</li> <li>• Einschränkung in Fähigkeiten und Ressourcen (Computerkenntnisse und Digitalkompetenz)</li> </ul> |

## Diskussion und Fazit

Die Daten verdeutlichen einen erhöhten Bedarf an psychologischer Unterstützung, welche ausgebaut werden sollte, um die Ziele der beruflichen Reha nachhaltig zu erreichen. Dabei sollten bspw. die Krankheitsakzeptanz und der Umgang mit chronischen Schmerzen besonders in den Blick genommen werden. Die explizierten Herausforderungen im Reha-Prozess finden sich auch in anderen Studien wieder (Reims et al., 2023).

Als Tipps für die Durchführung von Gesundheitsförderung wurden benannt: „Transparenz, Relevanz erklären, Gruppenkontext kann sich positiv auf Motivation auswirken, Alltagstransfer im Hinterkopf behalten.“ Wir gewannen neue Erkenntnisse für die Erweiterung und künftige Durchführung des Schlaf-Schmerz-Trainings.

Limitationen ergeben sich hinsichtlich der Stichprobengröße. Die Ergebnisse sind kontext-bezogen. Für die Verallgemeinerbarkeit sollten mehr Leistungserbringer und Standorte untersucht werden.

## Take-Home-Message

Durch zunehmend komplexe Ausgangslagen der Rehabilitand\*innen steigt der Bedarf an psychologischer Unterstützung und Gesundheitsförderung in der beruflichen Rehabilitation. Rehabilitand\*innen zeigen Interesse und Motivation zur Teilnahme.

## Literatur

Reims, N., Rauch, A., Nivorozhkin, A. (2023): Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. Die Rehabilitation, 62(4), 207–215.



- Sun, Y., Laksono, I., Selvanathan, J., Saripella, A., Nagappa, M., Pham, C., Englesakis, M., Peng, P., Morin, C. M., Chung, F. (2021): Prevalence of sleep disturbances in patients with chronic non-cancer pain: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 57, 101467.
- Wörz, R., Horlemann, J., Müller-Schwefe, G. H. H. (2022): Auswirkungen, Chronifizierung, Epidemiologie, zeitgemäße Diagnostik. *Schmerzmedizin*, 38(4), 46–50.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: ESF Plus und Freistaat Sachsen (ESF Plus Promotionsstipendium)

## **Prävention – Wer will das schon? Bedarfsabfrage unter Versicherten zu vier verschiedenen Präventionsmaßnahmen**

*Carolin Fremer<sup>1</sup>; Meike Pfennig<sup>1</sup>; Amelie Lehnhoff<sup>1</sup>; Nils Feuerhahn<sup>1</sup>;  
Paul-Gerrit Velthuysen<sup>2</sup>; Axel Kobelt-Pönicke<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover;

<sup>2</sup> Universität Hildesheim

### **Hintergrund und Zielstellung**

Zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen sind präventive Angebote notwendig. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hält für ihre Versicherten bundesweit mit dem Programm RV-Fit eine einwöchige stationäre Präventionsmaßnahme im Gruppensetting vor mit anschließend ambulanter Fortführung. Erweitert wird dieses Angebot durch innovative Präventionsansätze im Rahmen des Bundesprogrammes rehapro. Die DRV Braunschweig-Hannover (DRV-BSH) führt die Angebote Prävensiv (zweiwöchiges stationäres Gruppenangebot mit ambulanter Fortführung) und Prävention-Online (3-6 Monate individualisiert, berufsbegleitend, online) durch. Zudem soll ein neues ambulantes Zentrum das Präventionsangebot in Hannover erweitern. Im Unterschied zu RV-Fit legen die drei letztgenannten Präventionsmaßnahmen neben einem körperlichen Training ihren Fokus auf die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Unklar bleibt jedoch, welche Präventionskonzepte von Versicherten bevorzugt werden. Bisherige Präventionsangebote beschränken sich überwiegend auf stationäre Maßnahmen, teilweise ergänzt durch digitale Anwendungen. Ziel der Untersuchung ist eine Stichprobencharakterisierung von Versicherten in Bezug auf ihre Präferenzen hinsichtlich vier verschiedener Präventionsangebote.

### **Methoden**

Es handelt sich um eine prospektive Fragebogenerhebung zu der 3140 Versicherte mit mittlerem Risikoindex im Großraum Hannover postalisch aufgefordert wurden. Erhoben wurden demografische Daten sowie Informationen zu psychischer Belastung, Depressivität, somatische Beschwerden, Angstsymptomen und der sozialmedizinischen Prognose zur Erwerbstätigkeit (SPE) mit Hilfe von standardisierten Fragebögen. Nach Vorstellung der vier verschiedenen Präventionsmaßnahmen wurden die Teilnehmenden gebeten, ihr Interesse für eine oder mehrere der vier Maßnahmen anzugeben. Zunächst erfolgte eine deskriptive

Auswertung und anschließend wurden die vier Interessensgruppen auf Unterschiede mit Hilfe von Chi<sup>2</sup>-, T- und Mann-Whitney-Tests untersucht.

## **Ergebnisse**

Insgesamt nahmen 650 Versicherte (20,7 %) an der Befragung teil. Aufgrund mehrfach fehlender Werte in den Fragebögen wurden 64 Versicherte ausgeschlossen, sodass die Datenanalyse mit 586 Versicherten (Alter: M=51 Jahre, SD=6,36 Jahre, Frauen: n=193, 32,94 %) durchgeführt wurde. Insgesamt gaben 430 Versicherte (73,38 %) an, dass sie sich psychisch belastet fühlen.

Zwei Drittel der Versicherten (n=391, 66,72 %) gaben an, sich für RV-Fit zu interessieren, über die Hälfte präferierte Prävensiv (n=328; 55,97 %), über ein Viertel (n=171; 29,18 %) interessierte sich für ein ambulantes Präventionszentrum und ca. 13,65 % (n=80) gaben Interesse an Online-Prävention an. Frauen entschieden sich häufiger für Online-Prävention ( $p > .001$ ), Männer hingegen häufiger für das ambulante Präventionszentrum ( $p=.008$ ). Für Online-Prävention entschieden sich vor allem jüngere Versicherte ( $p < .001$ ). Die Werte für depressive Beschwerden, Ängste oder somatoforme Beschwerden waren bei Versicherten, die sich für eines der Präventionsangebote für psychische Belastungen entschieden, gegenüber denen, die sich für RVFit entschieden, erhöht. Die Interessensgruppe Prävensiv zeigte zudem signifikante Unterschiede hinsichtlich der SPE ( $p=.013$ ), wobei sich v. a. Versicherte mit einer schlechteren Prognose für Prävensiv interessierten.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen eine subjektive psychische Belastung bei knapp drei Viertel der untersuchten Stichprobe und ein deutliches Interesse an stationären Präventionsangeboten. Längere stationäre Präventionsangebote erregen Interesse, wenn zeitgleich somatische und depressive Beschwerden, Ängste und eine schlechtere SPE vorliegen. Ähnlich erhöhte Belastungswerte in den Bereichen Ängste sowie depressive und somatische Beschwerden weisen Versicherte auf, die sich vor allem für Online-Prävention interessieren. Dies betrifft vorrangig Frauen und jüngere Versicherte. An einem ambulanten Präventionsformat sind vorrangig Männer interessiert, die vor allem depressive und/oder angstbezogene Beschwerden berichten.

Die Stichprobe zeichnet sich durch überwiegend ältere und männliche Versicherte aus. Dies könnte zu einer Verzerrung der Daten geführt haben, da das Online-Präventionsangebot auf das geringste Interesse stieß, jedoch zum überwiegenden Teil von Frauen und jüngeren Versicherten gewählt wurde. Hier könnte die Vereinbarkeit einer solchen Maßnahme mit dem beruflichen und familiären Alltag dieser Versicherten ausschlaggebend gewesen sein, da bspw. Care-Arbeit im privaten Umfeld noch immer hauptsächlich von Frauen geleistet wird (Gärtner, 2025).

Die Untersuchung zeigt deutlich die Notwendigkeit stationärer und auch ambulanter Präventionsangebote für Versicherte mit beginnenden psychischen Belastungen, die vor allem dann ausgeweitet werden sollten, wenn mehrere Belastungsfaktoren zusammenkommen. Eine Förderung von Online-Präventionsangeboten sollte jedoch vor allem im Zusammenhang mit der beruflichen und familiären Vereinbarkeit für Frauen und jüngere Menschen in den Vordergrund rücken, da sich diese vergleichbar stark belastet zeigen, wie Versicherte, die sich für eine längere stationäre Prävention interessieren. Im Sinne der

Vorbeugung und eines ökonomischen Handelns erscheint es ebenso vorteilhaft, Prävention auf eine jüngere Zielgruppe auszurichten, um die Notwendigkeit längerer stationärer Angebote aufgrund hoher Belastungen zu reduzieren.

### **Take-Home-Message**

Stationäre, aber auch ambulante Präventionsangebote für Versicherte mit beginnenden psychischen Belastungen erfreuen sich eines großen Interesses, vor allem dann, wenn mehrere Belastungsfaktoren zusammenkommen, wobei Online-Prävention besonders für belastete Frauen und jüngere Menschen von Interesse sind und ambulante Prävention vor allem von Männern präferiert wird.

### **Literatur**

Gärtner, M. (2025): Care-Arbeit, Gleichstellung und der Blick auf Männer. Bundesstiftung Gleichstellung. URL: [https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de/wp-content/uploads/2025/01/Care-und-Maennlichkeit-Langfassung\\_aktualisiert\\_13012025.pdf](https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de/wp-content/uploads/2025/01/Care-und-Maennlichkeit-Langfassung_aktualisiert_13012025.pdf), Abruf: 30.10.2025.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Übersicht über allgemeine Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen in Europa: Ein Scoping Review**

*Linda Kalski; Charleen Pächter; Laura Völkel; Senta-Severine Fuhrmeister; Bernd Wolfarth*

Charité – Universitätsmedizin Berlin / Humboldt-Universität zu Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Gesundheits-Check-ups sind ein etabliertes Instrument der Prävention und Früherkennung in Europa (Krogsboll et al., 2012; Liss et al., 2021). Ihre Strukturen und Inhalte unterscheiden sich jedoch deutlich zwischen den Ländern, und eine gemeinsame empirische Grundlage zur Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit fehlt bislang. Während manche Länder zentral koordinierte Programme wie den NHS Health Check (NHS, 2025) einsetzen, erfolgen Untersuchungen andernorts im hausärztlichen Setting. Ziel dieses Scoping Reviews war es, wissenschaftliche und graue Literatur zu europäischen Gesundheitsuntersuchungen systematisch zu analysieren, um Strukturen, Zielgruppen und Wirksamkeit zu erfassen und eine Grundlage für evidenzbasierte Präventionspolitik zu schaffen.

### **Methoden**

Die Literaturrecherche erfolgte gemäß den PRISMA-ScR-Leitlinien (Liberati et al., 2009; Tricco et al., 2018) in fünf elektronischen Datenbanken (MEDLINE, Embase, Scopus, Cochrane Library und ClinicalTrials.gov) im Zeitraum von 08/24 – 07/25. Eingeschlossen wurden Studien zu allgemeinen präventiven Gesundheitsuntersuchungen bei Erwachsenen in europäischen Ländern, die den definierten Einschlusskriterien entsprachen. Die Studienauswahl und das Datenmanagement erfolgten mithilfe der Software Covidence. Drei

unabhängige Gutachterinnen führten die Auswahl, Datenextraktion und Qualitätsbewertung durch. Ergänzend wurde eine strukturierte Suche nach grauer Literatur durchgeführt, um nationale Programme und Richtlinien in 42 europäischen Ländern zu erfassen und mit wissenschaftlichen Befunden abzugleichen. Die Ergebnisse wurden in einer Europakarte visualisiert, die die Verteilung präventiver Gesundheitsuntersuchungen darstellt.

## **Ergebnisse**

Von insgesamt 16.904 identifizierten Publikationen erfüllten 134 die Einschlusskriterien. Die Mehrheit der eingeschlossenen Studien waren Querschnittserhebungen (52,2 %) aus 20 europäischen Ländern, überwiegend aus dem Vereinigten Königreich, Dänemark und den Niederlanden. In 74,6 % erfolgte eine öffentliche Finanzierung. Die Inhalte, Zielgruppen und Durchführungsformen präventiver Check-ups variierten stark. Häufig untersucht wurden Adipositas (n = 80, 59,7 %), Diabetes mellitus (n = 79, 59,0 %), arterielle Hypertonie (n = 71, 53,0 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (n = 58, 43,3 %) und Hyperlipidämie (n = 50, 37,3 %). Die ergänzende Analyse grauer Literatur bestätigte erhebliche Unterschiede in nationalen Präventionsstrukturen; die Tschechische Republik wies dabei das umfassendste und vielfältigste Angebot an präventiven Gesundheitsuntersuchungen auf.

## **Diskussion und Fazit**

Präventive Gesundheitsuntersuchungen in Europa sind heterogen strukturiert und unterschiedlich implementiert. Zwischen den Ländern bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich Zielgruppen, Untersuchungsinhalten und Versorgungsstrukturen. Einheitliche Definitionen, Qualitätsstandards und vergleichbare Evaluationskriterien fehlen weitgehend, was internationale Vergleiche und evidenzbasierte Weiterentwicklungen erschwert. Die Ergebnisse zeigen erhebliche strukturelle und methodische Unterschiede zwischen europäischen Präventionssystemen. Die vorhandene Evidenz bleibt überwiegend beschreibend, wodurch Wirksamkeit und Effizienz nur begrenzt beurteilbar sind. Zukünftig sind vergleichende, qualitativ hochwertige Studien und europäisch abgestimmte Qualitätsstandards notwendig, um Präventionsstrategien gezielt zu evaluieren und Ressourcen wirkungsvoller einzusetzen.

## **Take-Home-Message**

Präventive Gesundheitsuntersuchungen sind in Europa weit verbreitet, jedoch kaum standardisiert. Eine europaweite Harmonisierung von Strukturen, Zielgruppen und Qualitätskriterien ist erforderlich, um evidenzbasierte Präventionsstrategien effektiv umzusetzen.

## **Literatur**

- Krogsboll, L. T., Jorgensen, K. J., Gronhoj Larsen, C., Gotzsche, P. C. (2012): General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e7191. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7191>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., Moher, D. (2009): The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

- Liss, D. T., Uchida, T., Wilkes, C. L., Radakrishnan, A., Linder, J. A. (2021): General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. *Jama*, 325(22), 2294–2306. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6524>
- NHS. (2025): NHS Health Check. Department of Health. Retrieved 25 Jul 2025 from <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/nhs-health-check/>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Straus, S. E. (2018): PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Evaluation einer digitalen Lehrplattform (Reha-Wiki) für Lehrende aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation**

*Kathleen Rechlin; Julia-Marie Zimmer; Thorsten Meyer-Feil*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Reha-Wiki ist eine kostenfreie, zugangsgeschützte Online-Datenbank, die speziell für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Themengebiet der medizinischen Rehabilitation im universitären Kontext entwickelt wurde. Die Datenbank bietet eine umfassende Sammlung von rehabilitationsbezogenen und lernzielorientierten Materialien, einem sozialmedizinischen Glossar sowie didaktischen Empfehlungen zur Gestaltung interaktiver und kompetenzbasierter Lehrveranstaltungen. Alle Inhalte wurden durch rehabilitationserfahrendes Lehrpersonal aus unterschiedlichen Hochschulen bereitgestellt. Bei der letzten umfangreichen Aktualisierung im Jahr 2018 wurde das Reha-Wiki hinsichtlich der revidierten Fassung des kompetenzbasierten rehabilitationsbezogenen Lernzielkatalogs für Dozent:innen im Studiengang Medizin und anderer rehabilitationsbezogener Professionen für die Ausbildung überarbeitet (Schmidt et al., 2018). Im Rahmen einer Evaluation wurde nun die Anwendbarkeit der Plattform aus Perspektive unterschiedlicher, rehabilitationsrelevanter Berufsgruppen überprüft. Die Schwerpunkte lagen dabei auf der allgemeinen Nutzerfreundlichkeit, den verfügbaren Inhalten sowie deren Praxisrelevanz für die Planung von Fort- und Weiterbildungen im Rehabilitationsbereich.

### **Methoden**

Es wurden insgesamt sieben Lehrtätige mit Bezug zur ärztlichen Versorgung (n=2 Fachärzt:innen Physikalische und Rehabilitative Medizin), sozialmedizinischen Gutachtertätigkeit (n=1 ärztlicher Gutachter Rehabilitationsträger), Psychologie (n=2), Rehabilitationswissenschaften (n=1) und Physiotherapie (n=1) unter Verwendung der Think-Aloud-Methode (Ericsson, Simon, 1980) befragt. Hierbei wurden die Teilnehmenden bei der Nutzung des Reha-Wikis beobachtet und gebeten, alle Eindrücke und Gedanken bewusst zu kommunizieren. Die begleitete Testung wurde digital aufgezeichnet und inhaltsanalytisch ausgewertet.

### **Ergebnisse**

Die Teilnehmenden bewerteten das Reha-Wiki insgesamt als ein übersichtliches und umfangreiches Unterstützungsinstrument für die Lehre mit klarer Perspektive zur Anwendbarkeit für den intendierten Zweck. Vor allem die grundlegende Orientierung über grafische Darstellung der Themenbereiche als Kachelsystem und die Aufbereitung und Beschreibung der didaktischen Methoden wurden als positiv bewertet. Die bereitgestellten Lehrfilme seien für das Erlernen von ärztlicher Gesprächsführungen und kommunikativer

Aspekte methodisch gut geeignet. Positiv wurden zudem die bereitgestellten Prüfungsfragen sowie deren schnelle Integrierbarkeit für Lehrzwecke erwähnt.

Als optimierbar wurden die Navigation auf der Plattform eingestuft, wobei dies in Zusammenhang mit der Menüführung und der geringen Schriftgröße gebracht wurde. Auch wurde auf eine fehlende Kategorisierung der Inhalte nach Wissensniveau (für Studierende oder Personen in der Fort- und Weiterbildung) hingewiesen. Zudem wurde kritisiert, dass Dokumententitel teilweise keinen Aufschluss über die beinhaltenden Themen geben, was eine gezielte Materialrecherche und -auswahl erschwere.

Bezüglich der Inhalte zur Methodenkompetenz wurde angeregt, Materialien zur Evidenz von Therapiemethoden (z. B. Assessments) zu ergänzen. Das Fehlen interaktiver Lehrmethoden und Blended Learning-Formate wurde bemängelt. Es fehle für die eher praktisch veranlagte Fortbildung in der Physiotherapie an Inhalten und geeignete didaktische Methoden. Aus Sicht der Befragten müssten zudem einige Inhalte für die Fort- und Weiterbildung vertieft oder ergänzt werden, v.a. im Themengebiet Heilverfahren, § 10 SGB IX im Speziellen (Klärung der Erforderlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und eine Einführung in die SGB-Bücher, oder auch die Definition von Rehabilitation in den verschiedenen Berufsgruppen.

### **Diskussion und Fazit**

Die Evaluation des Reha-Wiki zeigt, dass die Plattform als eine hilfreiche und übersichtliche Ressource für die Lehre zu rehabilitationsrelevanten Themen wahrgenommen wird, insbesondere im Kontext einer studentischen Ausbildung. Gleichzeitig wird deutlich, dass eine Weiterentwicklung des Reha-Wikis für die Nutzung in der Fort- und Weiterbildung für weitere Berufsgruppen notwendig ist. Die Befragten fordern explizit mehr Materialien zur Evidenz von Therapiemethoden, einschließlich praktischer Assessments und evidenzbasierten Entscheidungsunterstützungen. Zur Anpassung des Reha-Wikis an die aktuellen Bedarfe in der Lehre für die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist die Integration von interaktiven Lehrmethoden, Blended-Learning-Formate und digitaler Lernmodule bei den Lehrmethoden notwendig. Die angesprochen technischen Kritikpunkte werden bei der aktuellen Überarbeitung der Reha-Wiki-Plattform, hinsichtlich einer besseren Usability, angepasst.

Die aktuellen Inhalte im Reha-Wiki eignen sich primär für die studentische Lehre und nicht für die Fort- und Weiterbildung. Dies macht eine Erweiterung der Lehrmaterialien für diese Zielgruppe notwendig. Die Verwendung von digitalen Lehrmethoden ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen, deshalb sollte sie auch bei der Überarbeitung des Reha-Wikis mit aufgenommen werden.

### **Take-Home-Message**

Das Reha-Wiki ist eine solide Grundlage für die rehabilitationsbezogene Lehre, aber um sie als eine zentrale Plattform für die Fort- und Weiterbildung zu stärken ist eine differenzierte Weiterentwicklung notwendig.

### **Literatur**

Ericsson, K. A., Simon, H. A. (1980): Verbal Reports as Data. In: Psychological Review, Jg. 87, 215–251.

Schmidt, S., Schwabe, S., Wichmann, D., Mau, W. (2018): Anpassung des MediaWiki für kompetenzbasierte rehabilitationsbezogene Lehre (EDgar-Projekt) an den revidierten Lernzielkatalog 2017 der DGRW und DGPMR. In: DRV-Schriften (113), 162-163

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland und Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

## **Implementierung einer verpflichtenden interprofessionellen Reha-Modulwoche: Mapping des Curriculums mit dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin**

*Swantje Wienand<sup>1</sup>; Mira-Kristin William<sup>1</sup>; Tobias Steinmann<sup>1</sup>; Julian Großstück<sup>2</sup>;  
Alexandra Zemke<sup>1</sup>; Götz Dimanski<sup>1</sup>; Gunda Krochmann-Saad<sup>1</sup>; Arnd Steffen Böhle<sup>3</sup>;  
Jana Jünger<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> RehaZentrum Bremen GmbH;

<sup>2</sup> UCAN-Institut für Kommunikations- und Prüfungsforschung; <sup>3</sup> Klinikum Links der Weser

### **Hintergrund und Zielstellung**

Obwohl die Rehabilitation als die wichtigste Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts bezeichnet wird (Stucki et al., 2018), ist die Rehabilitation nur sehr gering in den Lehrplänen der medizinischen Fakultäten abgebildet. Die Rehabilitations- und Präventionsmedizin soll entsprechend ihrem hohen Stellenwert künftig auch praktisch in der Ausbildung von Medizinstudierenden gestärkt werden. Dazu wurde ein Curriculum für eine interprofessionelle Reha-Modulwoche (ReMo) erstellt. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie soll diese Reha-Modulwoche im Praktischen Jahr (PJ) von Medizinstudierenden beispielhaft in das chirurgische Tertial verbindlich integriert werden.

### **Methoden**

Die konsentierten Lernziele wurden in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) abgeglichen (gemappt). Ein spezieller Fokus wurde auf die im NKLM eingegliederten Lernziele für das Querschnittsfach „Physikalische und Rehabilitative Medizin, Naturheilverfahren“ (PRM-NHV) gelegt (Mau et al., 2023).

### **Ergebnisse**

Es wurde interprofessionell in einem Expertenteam ein interaktiver Lehrplan mit praxis-bezogenen Lehreinheiten operationalisiert und erstellt.

Ca. 65-75 % der Lernziele der „PRM-NHV“ konnten auf die Reha-Modulwoche gemappt werden. Je nach Reha-Ausrichtung ist eine adaptive Ausgestaltung der Anwendungsbeispiele (z. B. orthopädische, chirurgische, onkologische Reha etc.) möglich. Zahlreiche weitere Lernziele der Reha-Modulwoche wurden zusätzlich gemappt und fanden sich in den



restlichen Abschnitten des NKLM wieder (z. B. Aufnahme eines Patienten, körperliche Untersuchung etc). Vor dem diesem Hintergrund, ist es wesentlich, sich aufbauend auf die Lernziele anderer Fächer, in der Reha-Modulwoche primär auf die Reha-Lernziele zu fokussieren (z. B. ICF-Diagnostik, funktionelle Untersuchungen und Arbeitsplatzanalyse). Diese reha-spezifischen Lernziele werden im medizinischen Studium kaum abgebildet.

### **Diskussion und Fazit**

Seitens des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland sind 80 Prozent des NKLM als Kerncurriculum für alle medizinischen Fakultäten vorgesehen (Medizinischer Fakultätentag, 2023). Die Implementierung des beschriebenen Curriculums mit integrierter ReMo in das PJ-Tertial könnte ein Weg sein, diese Ausbildungsziel zu erreichen und zu sichern. Es konnte gezeigt werden, dass bereits mit einer verpflichtenden curricular integrierten Modulwoche im PJ 65-75 % der Reha-Lernziele abdeckbar sind. Perspektivisch ist es für jeden Studierenden möglich, während des PJ-Jahres an einer Reha-Modulwoche teilzunehmen, da die Remo gut adaptierbar auf die meisten klinischen Fächer adaptierbar ist.

Es zeigte sich, dass die interprofessionelle Zusammensetzung der Reha-Teams gut geeignet ist, um interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zu vermitteln.

### **Take-Home-Message**

Die Integration der ReMo in das PJ-Tertial ermöglicht es, ca. 80 % der Lernziele aus dem Querschnittsbereich PRM-NHV zu erreichen.

### **Literatur**

- Mau, W., Bethge, M., Liebl, M. E., (2023): Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog 2.0 für das Fach „Physikalische und Rehabilitative Medizin, Naturheilverfahren“. Konsentiert Ergebnisse beteiligter Fachgesellschaften der AWMF. Phys Med Rehab Kuror 2023; 33: 319–326; DOI 10.1055/a-2118-063
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (2023): Kompetenzbasierte Lernzielkataloge (NKLM, NKLZ). Online: <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/nklm-nklz/>; Stand: 08.05.2023
- Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., Melvin, J. L. (2018): Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. J Rehabil Med; 50(4), 309–316. DOI: 10.2340/16501977-2200

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Inklusive Kommunikation als Grundlage für Teilhabe: Partizipative Entwicklung einer Online-Kommunikationsschulung**

*Kristina Ottersbach; Rebecca Lätzsch; Larissa Kühnel; Claudia Hornberg*

Universität Bielefeld

## **Hintergrund und Zielstellung**

Kommunikation ist eine zentrale Voraussetzung für gelingende medizinische Versorgung und Teilhabe. Sie trägt wesentlich zum Gelingen therapeutischer Prozesse, zur Förderung aktiver Teilnahme und zur gemeinsamen Zielvereinbarung bei. Menschen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen (MmksB) erleben jedoch häufig Barrieren auf physischer, kommunikativer und struktureller Ebene (Wellkamp, 2023). Insbesondere eine barrierefreie Kommunikation und Interaktion stellt eine besondere Herausforderung dar (Burns et al., 2015; Bösebeck, 2017; Jacobi, 2020). Vielen Gesundheitsfachkräften fehlt es in diesem Bereich an spezifischem Wissen und Kompetenzen, da geeignete Kommunikationsstrategien und -techniken in Ausbildung und Praxis oft unzureichend vermittelt werden (Mainz et al., 2024).

Daran knüpft das Forschungsprojekt OptiKomm (Optimierte Kommunikation bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit leichtgradigen kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Sprach(entwicklungs)störungen) an. Zentrales Ziel war die Entwicklung einer Online-Kommunikationsschulung für medizinisches Personal, um eine gleichberechtigte und bedarfsgerechte Interaktion mit Menschen mit Beeinträchtigungen zu fördern. Dazu wurde die Schulung partizipativ in Zusammenarbeit mit einem Inklusiven Beirat (IB) entwickelt, um die Perspektiven der Betroffenen systematisch einzubeziehen und Inhalte an realen Kommunikationsbedarfen auszurichten.

Der Beitrag stellt die partizipative Entwicklung und Evaluation der Schulung OptiKomm vor und diskutiert den Mehrwert partizipativer Ansätze für praxisnahe Kommunikationsbildung.

## **Methoden**

Zu Projektbeginn wurde eine umfassende Bedarfsanalyse durchgeführt, bestehend aus zwei qualitativen Interviewstudien (Expert\*inneninterviews, n = 10; leitfadengestützte Interviews mit MmksB, n = 19) sowie einer bundesweiten quantitativen Ärzt\*innenbefragung (n = 150). Die Ergebnisse wurden gemeinsam mit dem IB reflektiert und bildeten die Grundlage für die Konzeption der Online-Kommunikationsschulung OptiKomm.

Die Schulung kombiniert interaktive Module mit praxisnahen Fallbeispielen und Reflexionsübungen sowie Videosequenzen mit MmksB, die Einblick in deren Erfahrungen und kommunikative Bedürfnisse geben. Unterstützende Kommunikationsmaterialien (z. B. Kommunikations-Merkblätter, Bildkarten für medizinische Untersuchungen, Gesprächsleitfäden und weiteren Materialien) wurden gemeinsam mit dem IB entwickelt, mehrfach überarbeitet und in die Schulung integriert.

Die Entwicklung erfolgte in einem partizipativen Forschungsdesign, bei dem der IB, bestehend aus 4 MmksB mit unterschiedlichen Kommunikationsbeeinträchtigungen, in allen zentralen Phasen der Materialerstellung eingebunden war. Die Schulung wurde in Open-Moodle umgesetzt, pilotiert, evaluiert und von der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit 10 Fortbildungspunkten zertifiziert.

## Ergebnisse

Die Online-Kommunikationsschulung OptiKomm wurde in einer Pilotphase evaluiert. Die Rückmeldungen zeigen, dass die Schulung als praxisnah, anschaulich und direkt anwendbar bewertet wurde. Positiv hervorgehoben wurden der modulare Aufbau, die klare Struktur sowie die flexible, selbstständige Bearbeitung. Besonders geschätzt wurde die Einbindung authentischer Videosequenzen und Fallbeispiele mit MmksB, die den Perspektivwechsel der Teilnehmenden förderten.

Inhaltlich zeigte sich, dass die Schulung auf mehreren Ebenen wirksam war:

- Wissensaufbau und Sensibilisierung: Teilnehmende berichteten von einem verbesserten Verständnis kommunikativer Barrieren und geeigneter Strategien im Umgang mit MmksB.
- Anwendungsorientierung: Die Kombination aus Fallbeispielen, Videos und Reflexionsübungen unterstützte den Transfer in den klinischen und rehabilitativen Versorgungsalltag.

## Diskussion und Fazit

Die Erfahrungen aus OptiKomm verdeutlichen, dass die partizipative Entwicklung von Schulungskonzepten fachlich wertvoll ist, da sie bislang übersehene Barrieren und Bedarfe sichtbar macht. Eine Schulung, die gemeinsam mit Betroffenen erarbeitet wird, reflektiert deren tatsächliche Kommunikationsbedürfnisse und Prioritäten. Das erhöht die Relevanz, Akzeptanz und Praxistauglichkeit der Inhalte und fördert eine authentische Sensibilisierung der Teilnehmenden.

Die Ergebnisse von OptiKomm unterstreichen, dass die enge Zusammenarbeit mit Betroffenen entscheidend dazu beiträgt, Schulungsinhalte praxisnah, verständlich und an den realen Kommunikationsanforderungen des Versorgungsalltags auszurichten. Das Projekt bietet ein exemplarisches Beispiel, wie partizipative Ansätze zur bedarfsorientierten und barrierearmen Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsangeboten im Gesundheitswesen beitragen – auch über die Rehabilitation hinaus.

## Take-Home-Message

Partizipative Ansätze machen Gesundheitsversorgung verständlicher, zugänglicher und wirksamer.

## Literatur

- Bösebeck, F. (2017): Ambulante und stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. Zeitschrift für Epileptologie, 30(4), 258–265. <https://doi.org/10.1007/s10309-017-0139-9>
- Burns, M. I., Baylor, C. R., Dudgeon, B. J., Starks, H., Yorkston, K. (2015): Asking the Stakeholders: Perspectives of Individuals With Aphasia, Their Family Members, and Physicians Regarding Communication in Medical Interactions. American journal of speech-language pathology, 24(3), 341–357. [https://doi.org/10.1044/2015\\_AJSLP-14-0051](https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0051)
- Jacobi, P. (2020): Barrierefreie Kommunikation Im Gesundheitswesen: Leichte Sprache und Andere Methoden Für Mehr Gesundheitskompetenz. Springer Berlin / Heidelberg.
- Mainz, A., Meister, S., Budroni, H., Hasseler, M., Schmidt, P., Stockmann, J., Schulte, A. G., Kersting, C., Mortsiefer, A., Schmidt, A. (2024): Schnittstellenkommunikation und Informationstransfer in der medizinischen Versorgung von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung: Qualitative Expert\*innen-Interviews [Interface Communication and

Information Transfer in Medical Care for People with Intellectual Disabilities: Qualitative Expert Interviews]. Gesundheitswesen, 86(5), 380–388. <https://doi.org/10.1055/a-2167-2245>

Wellkamp, R., Cruppé, W. de, Schwalen, S., Geraedts, M. (2023): Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB) in der ambulanten medizinischen Versorgung: Barrieren beim Zugang und im Untersuchungsablauf. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03655-x>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Dr. med. Helene-Charlotte Wolf-Stiftung

## **Interprofessionelle rehabilitationsbezogene Lehre: Interprofessionelle Kompetenzen und Vorerfahrungen von Studierenden und Auszubildenden von 8 Berufsgruppen**

*Julia-Marie Zimmer; Kathleen Rechlin; Laura Schmiljun; Thorsten Meyer-Feil*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Um den Nachwuchs in den Gesundheits- und Sozialberufen auf die spätere interprofessionelle Zusammenarbeit in der medizinischen Rehabilitation vorzubereiten, ist ein frühzeitiges Kennenlernen der jeweiligen Berufsgruppen bereits in der Ausbildung /im Studium von Vorteil. Daher wurde ein neues interprofessionelles rehabilitationsbezogenes Lehrkonzept (Reha-IPL) für bis zu zehn Berufsgruppen des Reha-Teams entwickelt und pilotiert (Rechlin et al., 2025). Welche interprofessionellen Kompetenzen und Vorkenntnisse zur Rehabilitation weisen Lernende der acht teilnehmenden Berufsgruppen der Reha-ILP auf?

### **Methoden**

Die Pilotierung fand im Mai 2025 in Kooperation mit dem Dorothea-Erxleben-Lernzentrum Halle statt. Die Evaluation mittels eines Papierfragebogens, der u. a. die bisherigen Vorerfahrungen mit Rehabilitation (praktisch/theoretisch) erfragte. Weiterhin wurde die interprofessionelle Kompetenz der Teilnehmenden mittels des UWE-IP-Fragebogens (Pollard et al., 2004, 2005) erhoben. Berichtet werden die vier Subskalen Kommunikation/Teamarbeit, Interprofessionelles Lernen, Interprofessionelle Interaktionen und Interprofessionelle Beziehungen.

### **Ergebnisse**

An den Blockveranstaltungen (2x2h) in drei aufeinander folgenden Wochen nahmen insgesamt 84 Personen aus 8 Berufsgruppen teil. Die Teilnahme war für die Ernährungswissenschaften und Psychotherapie freiwillig, da eine Integration in den Lehrplan nicht umsetzbar war. Die anderen Berufsgruppen nahmen verpflichtend teil. Die Teilnahme an der Evaluation und UWE-IP-Fragebogenerhebung sind in Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: Teilnehmenden (TN)-Anzahl (n) für die Veranstaltung, Evaluation und Fragebogen.

| <b>Studien<sup>1</sup> - und<br/>Ausbildungsgang<sup>2</sup></b> | <b>TN an<br/>Veranstaltung</b> | <b>TN an<br/>Evaluation</b> | <b>TN an UWE-IP<br/>Fragebogen</b> |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Humanmedizin <sup>1</sup>                                        | 14                             | 14                          | 14                                 |
| Evidenzbasierte Pflege <sup>1</sup>                              | 7                              | 6                           | 5                                  |
| Physiotherapie <sup>2</sup>                                      | 19                             | 18                          | 19                                 |
| Ergotherapie <sup>2</sup>                                        | 12                             | 12                          | 11                                 |
| Logopädie <sup>2</sup>                                           | 20                             | 16                          | 18                                 |
| Sprechwissenschaften <sup>1</sup>                                | 7                              | 1                           | 7                                  |
| Ernährungswissenschaften <sup>1</sup>                            | 4                              | 4                           | 3                                  |
| Psychotherapie <sup>1</sup>                                      | 1                              | 1                           | 1                                  |
| <b>Gesamte Teilnehmende:</b>                                     | <b>84</b>                      | <b>72</b>                   | <b>78</b>                          |

Bei der Auswertung der UWE-IP-Skalen gruppiert nach Berufsgruppen (vgl. Tabelle 2) deuten sich einige Unterschiede an: Die Teilnehmenden schätzten ihre eigenen Kompetenzen zur Kommunikation und Teamarbeit relativ ähnlich ein. Hierbei zeigt sich zwischen den Teilnehmenden der Pflege und der Logopädie ein großer Effekt. Hinsichtlich der Offenheit gegenüber interprofessioneller Lehre zeigten sich: Während Teilnehmende der Medizin, Physiotherapie und Logopädie eher eine geringere Offenheit angaben, waren die freiwilligen Teilnehmenden sowie Teilnehmende der Ergotherapie positiver eingestellt. Interprofessionelle Interaktionen wurden durch Teilnehmende der Ergotherapie und Ernährungswissenschaft/Psychotherapie negativer wahrgenommen, während die Sprechwissenschaft und Pflege hier eine positivere Wahrnehmung angaben. Die eigenen interprofessionellen Beziehungen wurden vor allem durch Teilnehmende der Medizin sehr positiv wahrgenommen, während Teilnehmende der Logopädie und Pflege die negativsten Werte zeigten.

Tabelle 2: UWE-IP Skalen gruppiert nach teilnehmenden Berufsgruppen (t0), MW (SD)

|                                                                                                            | <b>Kommunikation<br/>/Teamarbeit<br/>(9-36)*</b> | <b>Interprof.<br/>Lernen<br/>(9-45)*</b> | <b>Interprof.<br/>Interaktionen<br/>(9-45)*</b> | <b>Interprof.<br/>Beziehungen<br/>(8-40)*</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <i>* niedrigere Werte (je nach Skala unter 21 bzw. 23) bedeuten positivere Einstellungen/Wahrnehmungen</i> |                                                  |                                          |                                                 |                                               |
| Physiotherapie                                                                                             | 19,8 (4,0)                                       | 21,9 (5,9)                               | 22,1 (2,9)                                      | 17,9 (3,1)                                    |
| Ergotherapie                                                                                               | 19,7 (3,3)                                       | 17,0 (2,7)                               | 24,8 (2,2)                                      | 18,5 (2,9)                                    |
| Logopädie                                                                                                  | 22,0 (4,5)                                       | 21,4 (4,9)                               | 23,1 (3,7)                                      | 20,7 (5,6)                                    |
| Sprechwissenschaft                                                                                         | 18,4 (4,0)                                       | 17,7 (3,1)                               | 21,1 (6,5)                                      | 19,4 (3,0)                                    |
| Medizin                                                                                                    | 18,3 (3,8)                                       | 22,0 (7,8)                               | 23,9 (4,0)                                      | 15,4 (3,4)                                    |
| Pflege                                                                                                     | 17,4 (3,4)                                       | 18,8 (9,0)                               | 21,8 (9,0)                                      | 21,4 (4,6)                                    |
| Ernährungswissenschaft/<br>Psychotherapie                                                                  | 19,5 (1,3)                                       | 14,8 (3,4)                               | 24,0 (2,8)                                      | 18,3 (1,0)                                    |
| <b>Gesamt</b>                                                                                              | <b>19,7 (4,0)</b>                                | <b>20,2 (5,9)</b>                        | <b>23,0 (4,2)</b>                               | <b>18,6 (4,2)</b>                             |

Die Vorerfahrungen (theoretisch/praktisch) mit Rehabilitation waren unter den Teilnehmenden heterogen ausgeprägt. So stimmte ein Großteil (83,3 %) der Pflege-Studierenden (überwiegend/völlig) zu, dass das Thema Rehabilitationsmedizin bereits umfassend in der Theorie behandelt worden sei. Dieser Anteil war unter den Teilnehmenden der Logopädie (50,1 %), Medizin (42,8 %) und Ergotherapie (41,6 %) weitaus geringer. Hinsichtlich praktischer Erfahrungen mit Rehabilitand:innen war die Zustimmung bei den Pflege-Studierenden (50 %) und Ergotherapie-Auszubildenden (41,7 %) am höchsten. Geringe Vorerfahrungen gab es besonders unter den Teilnehmenden der Ernährungswissenschaft (0 %), Physiotherapie (11,1 %) und Humanmedizin (35,8 %).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass die frühzeitige Einbindung von Lernenden aus unterschiedlichen Berufsgruppen des Reha-Teams in eine gemeinsame, praxisnahe Lehrveranstaltung eine vielversprechende Strategie zur Vorbereitung auf die spätere interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt. Die relativ ähnlichen Bewertungen der eigenen Kompetenzen in Kommunikation und Teamarbeit deuten darauf hin, dass die meisten Berufsgruppen eine vergleichbare Selbstwahrnehmung ihrer sozialen und kooperativen Fähigkeiten haben. Die vergleichsweise geringere Offenheit gegenüber IPL bei Medizin, Physiotherapie und Logopädie zu Veranstaltungsbeginn kann auf Unsicherheiten bezüglich der Rolle und des Nutzens interprofessioneller Lernformate zurückzuführen sein. Das theoretische und praktische Vorwissen über Rehabilitation variierte unter den Teilnehmenden erwartungsgemäß. Neben dem vermittelten Lernstoff in den verschiedenen Ausbildungs- und Studiengängen dürfte zugleich die Interpretation dessen, was eine „umfassende“ Behandlung des Themas Rehabilitationsmedizin bedeute, mit bedingen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass interprofessionelle Lehrkonzepte nicht nur als fachliche, sondern auch als kulturelle und soziale Lernprozesse verstanden werden müssen. Die unterschiedlichen Einstellungen und Wahrnehmungen der Berufsgruppen zeigen, dass ein „standardisiertes“ Lehrkonzept nicht ausreicht. Die Reha-IPL ist ein erster Schritt, um Brücken zwischen den Berufsgruppen zu schlagen. weitere, zeitlich und inhaltlich umfassendere Angebote sollten entwickelt und getestet werden.

## **Take-Home-Message**

Die Reha-IPL zeigt ein hohes Potenzial, um die Zusammenarbeit in der Rehabilitation zu stärken – doch ihre Bedeutung dürfte vom Einbezug der unterschiedlichen Vorerfahrungen und interprofessionellen Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen abhängen.

## **Literatur**

- Pollard, K.C., Miers, M.E., Gilchrist, M. (2004): Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health Soc Care Community* 12, 346–358.
- Pollard, K., Miers, M.E., Gilchrist, M. (2005): Second year scepticism: pre-qualifying health and social care students' midpoint self-assessment, attitudes and perceptions concerning interprofessional learning and working. *Journal of Interprofessional Care* 19, 251–268.
- Rechlin, K.; Zimmer, J.-M.; Schmiljun, L.; Stoevesandt, D.; Meyer-Feil, T. (2025): „Interprofessionelle Fallbesprechung im Reha-Team“- Pilotierung und Evaluation einer interprofessionellen rehabilitationsbezogenen Lehrveranstaltung für bis zu zehn

Berufsgruppen des Reha-Teams. In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Düsseldorf, 08.-10.09.2025. Düsseldorf: GMS Publishing House; 2025. DocV-12-01. DOI: 10.3205/25gma087

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland und Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

## **Teilhabeorientierte Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten in Reha-Kliniken nach der Gesetzesreform**

*Christopher Arnold; Beate Muschalla*

Technische Universität Braunschweig

### **Hintergrund und Zielstellung**

Mit dem im Jahr 2020 reformierten Psychotherapeutengesetz wurde die Ausbildung zum Psychotherapeuten grundlegend angepasst. Bis 2032 kann die Aus- bzw. Weiterbildung sowohl nach der neuen Regelung als auch – für Studierende, die ihr Studium vor dem 01.09.2020 aufgenommen haben – nach der alten Gesetzesordnung absolviert werden. Die Gesetzesänderung sowie die damit verbundenen Anpassungen für Psychologie-Studierende, -Absolventen und Fachpsychotherapeuten hinsichtlich Praktika, Studieninhalten in Aus- und Weiterbildung hat auch Auswirkungen auf die Reha-Kliniken. Bereits im Studium können Pflichtpraktika auch in Reha-Kliniken absolviert werden. Zudem ist erstmals das Fach „Prävention und Rehabilitation“ fester Bestandteil des Curriculums (BMG, 2020; Worringen et al., 2023).

Absolventen in der Gebietsweiterbildung zum Fachpsychotherapeuten können auch Teile der Weiterbildung in Reha-Einrichtungen absolvieren. Sowohl inhaltliche Neuerungen als auch die formalen Umstellungen und viele weitere neue Regularien stellen für Reha-Einrichtungen potenzielle Herausforderungen dar.

Während Studierende bereits seit einigen Jahren Pflichtpraktika unter anderem in Reha-Einrichtungen absolvieren, werden künftig zunehmend auch approbierte Absolventen ihre berufliche Tätigkeit deutschlandweit in Reha-Kliniken aufnehmen. Die damit im Zusammenhang stehenden Herausforderungen und Chancen sollen mit der folgenden Erhebung erfasst und diskutiert werden. Ziel ist es, Strukturdaten zu Praktika sowie zu Aus- und Weiterbildung zu erheben.

### **Methoden**

Rehakliniken in Deutschland wurden mittels eines Onlinefragebogens befragt. Mithilfe der von der Deutschen Rentenversicherung bereitgestellten Kontaktdaten wurden die Leitungen der Einrichtungen angeschrieben und gebeten, den Fragebogen für die jeweilige Fachabteilung auszufüllen.

Erfasst wurden sowohl qualitative als auch quantitative Daten. Inhaltlich umfasste die Befragung Angaben zur Beschäftigung und zu den Einsatzbereichen von Psychologiestudierenden, Psychologen und Psychotherapeuten sowie zur Bewertung rehaspezifischer Vorkenntnisse der einzelnen Abschlussgruppen. Darüber hinaus wurden klinikspezifische Informationen zu bereits erworbenen oder geplanten Gebietsweiterbildungen, deren Umsetzbarkeit, den Kosten der Weiterbildung, der Vergütung der einzelnen Psychologengruppen und zur Reha-Indikation erhoben. Zuletzt wurden Daten zur Zufriedenheit mit den gesetzlichen Umstellungen sowie zu möglichen Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Fachpersonal erfasst.

## **Ergebnisse**

Etwa zwei Drittel der 146 Reha-Kliniken die die Befragung beantworteten beschäftigen weiterhin Ausbildungspsychotherapeuten (PiAs) nach dem alten Psychotherapiegesetz: Die meisten Kliniken bieten sowohl die PT1 als auch PT2 (55,6 %) an, oder ausschließlich die PT2 (41,4 %).

Die meisten Kliniken (65,8 %) bieten bereits studentische Praktika nach der neuen Gesetzesordnung an, dabei vorrangig das Bachelor-Orientierungspraktikum (54,8 %) und -BQT I (50,7 %), gefolgt vom stationären BQT III Praktikum im Masterstudium (39 %).

Gebietsweiterbildungen werden von den meisten Kliniken (52,1 %) nicht geplant und befinden sich nur in etwa einem Viertel der Fälle in Überlegung (28,8 %). Die wenigsten Reha-Einrichtungen haben bereits die Zulassung als Weiterbildungsstätte beantragt (10,3 %) oder gaben an, bereits Weiterbildungsstellen anzubieten (8,9 %).

Die häufigsten Gründe gegen die Entscheidung, die psychotherapeutische Weiterbildung nach der neuen Gesetzesordnung anzubieten, waren ein zu hoher Aufwand (52,6 %) und keine Mitarbeitenden für die Weiterbildungsbefugnis zu haben oder finden zu können (47,4 %). Weitere häufig ausgewählte Gründe waren zu hohe Kosten (28,9 %), bislang zu wenig informiert zu sein (25 %) und sich auf die bereits bestehenden PiAs konzentrieren zu wollen (21,1 %).

Zusätzlich gaben etwa 66,4 % der Reha-Kliniken an große oder sehr große Probleme zu haben, psychotherapeutisches Fachpersonal zu gewinnen. Exakt die Hälfte (50 %) der befragten Reha-Einrichtungen gab an eher unzufrieden mit den Umstellungen der Gesetzesordnung zu sein. Etwa ein Viertel (26 %) gab hierbei sogar an, sehr unzufrieden zu sein. Nur etwa ein Viertel ist mit den bisherigen Umstellungen eher zufrieden (20,5 %) oder sogar sehr zufrieden (3,4 %).

## **Diskussion und Fazit**

Die Reha-Kliniken befinden sich bezüglich der Aus- und Weiterbildung von Psychologen und Psychotherapeuten im Umbruch. Während viele Kliniken bereits weitreichend begonnen haben studienbegleitende Pflichtpraktika anzubieten, ist der Anteil an Kliniken, die eine Weiterbildungsstelle nach der neuen Gesetzesregelung zur Verfügung stellen noch gering. Etwa 4 von 5 Kliniken haben keine Gebietsweiterbildungen geplant oder befinden sich lediglich in der Planungs- bzw. Überlegungsphase. Der hohe Aufwand und fehlendes Personal zur Erfüllung der formalen Anforderungen erschweren aktuell noch die Umstellung auf das neue Weiterbildungssystem.



## **Take-Home-Message**

Die Rehakliniken sind aktiv in der Umsetzung der Psychotherapeutenausbildungsreform und tragen mit der Einrichtung von Praktikumsplätzen für Psychotherapie-Studierende ihren Teil zum Erhalt der Fachkräftequalifikation bei, wobei die Einrichtung von Weiterbildungsstellen jedoch im Vergleich zum bisherigen Status Quo (PiA) zusätzliche Ressourcen erfordert.

## **Literatur**

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020): Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) vom 4. März 2020. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 11, ausgegeben zu Bonn am 12. März 2020. Im Internet: <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/BJNR044800020.html>; Stand: 16.10.2024

Worringen, U., Lindenmeyer, J., Vogel, H., Kobelt-Pönicke, A., Küch, D., Muschalla, B. (2023): Reform der Psychotherapieaus- und -weiterbildung – Welche Bedeutung hat sie für die medizinische Rehabilitation? Die Rehabilitation, 62, 249-254.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Analyse der Zielsetzungen von Patient\*innen in der stationären berufsdermatologischen Rehabilitation**

*Frauke Scheufler; Marc Rocholl; Annika Wilke; Swen Malte John*

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm)  
an der Universität Osnabrück

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Rahmen der quasi Cluster-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie TecNaP-RCT („Technologiebasierte Nachbetreuung in der berufsdermatologischen Prävention der BK Nr. 5101“) wird evaluiert, inwieweit die Kombination aus individuellem Zielgespräch und technologiebasierter Nachbetreuung mit der MiA-App („Mein Hautschutz im Alltag“) das Hautschutzverhalten von Patient\*innen mit berufsbedingten Hauterkrankungen nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme stabilisieren bzw. fördern kann. Ziel ist, die Wirksamkeit der stationären Maßnahme durch eine gezielte Nachbetreuung zu verbessern, indem die Integration von Hautschutz- und Hautpflegeverhaltensweisen in den beruflichen sowie privaten Alltag gefördert wird (Rocholl et al., 2025).

Die individuellen Zielgespräche umfassen die Bereiche „Hautreinigung“, „Hautschutz“, „Hautpflege“, „Unterstützung“ und „Sonstiges“. Da die Gespräche bereits während des stationären Aufenthalts stattfinden, können die Patient\*innen gezielt auf die Herausforderungen der poststationären Phase vorbereitet werden und ihre persönlichen Vorhaben formulieren.

Dieser Beitrag gibt Einblicke, welche Ziele Patient\*innen sich hinsichtlich ihres persönlichen Hautschutzverhaltens der Reha setzen und welche Prioritäten sie verfolgen.

### **Methoden**

Mithilfe eines strukturierten und erprobten Gesprächsleitfadens (Ludewig et al., 2023; Ristow et al., 2025), orientiert am SMART-Ansatz, wurden am 15. bzw. 16. Tag des Aufenthalts individuelle Zielgespräche geführt. Patient\*innen konnten dabei bis zu fünf „Hautschutzziele“ formulieren.

Für die Auswertung der Zielgespräche wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt. Die Analyse der Themenbereiche (Schutzziele) erfolgte mittels qualitativ-inhaltlicher Auswertung. Entlang des Konzepts des systematischen Hautschutz fand eine deduktive Kategorienbildung statt. Die Subkategorien wurden anhand des Datenmaterials induktiv gebildet. Die Auswertung erfolgte mit MAXQDA 24.

Zur Bewertung der Konkretheit der Zielformulierungen wurde ein evaluatives Vorgehen gestützt auf den SMART-Ansatz und unter Verwendung von Signalwörtern angewendet.

## **Ergebnisse**

Im Zeitraum von Mai bis August 2025 wurden 35 Zielgespräche mit Patient\*innen der stationären Individualprävention durchgeführt (19 Männer und 16 Frauen, Durchschnittsalter: 42 Jahre). Im Durchschnitt dauerte ein Zielgespräch 18 Minuten, insgesamt wurden 115 Ziele formuliert.

Die Patient\*innen benannten eine Kombination aus hautschutzbezogenen Maßnahmen (Hautreinigung, -schutz, -pflege) und psychologischen Selbstmanagementzielen. Die häufigsten gesetzten Ziele sind der Kategorie Hautschutz (38 %, z. B. Einsatz von Handschuhen, Erhöhung der Anwendungsfrequenz von Hautschutzprodukten) zuzuordnen. Die Verteilung der anderen Schutzbereiche umfasst Hautreinigung (21 %, z. B. Produktaustausch, Reduktion des Händewaschens), Hautpflege (25 %, z. B. Erhöhung der Cremefrequenz, Platzierung von Pflegeprodukten) und Unterstützung (17 %, z. B. Kommunikation mit Kolleg\*innen und Vorgesetzten, Einholen von Hilfe). Zielsetzungen, der Kategorie Sonstiges (28 %), beziehen sich auf verschiedene Lebensbereiche und Aspekte des Wohlbefindens. Die Subkategorien Selfcare (22 %) und Wahrnehmung des Hautzustands (17 %) spiegeln ein Bedürfnis nach Selbstbestimmung, emotionaler Regeneration, Selbstwirksamkeit und Kontrolle über den eigenen Hautzustand wider.

Die Ziele wurden überwiegend unspezifisch und nicht klar messbar formuliert. Lediglich etwa 10 % der Ziele weisen eine hohe Spezifität und klare Messbarkeit auf. Die geringe Messbarkeit ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass ca. 30 % der Ziele vorwiegend unspezifische intendierte qualitative Signalwörter (wie „bewusster“, „achtsamer“, „gezielter“, „anders“) enthalten, jedoch keine Messgröße.

## **Diskussion und Fazit**

Die Analyse der im Rahmen der TecNaP-RCT-Studie geführten Zielgespräche verdeutlicht, dass Patient\*innen ihre Aufmerksamkeit auf die Schwerpunkte Lebensstil, Stress, Selbstfürsorge und Hautgesundheit lenken. Mehrheitlich betreffen die formulierten Ziele langfristige Strategien für Hautschutz und Gesundheitsförderung, sind jedoch oft noch wenig spezifisch und schwer messbar. Perspektivisch könnte durch standardisierte Verfahren und interprofessionelle Zusammenarbeit die Ziellarbeit weiter optimiert werden.

## **Take-Home-Message**

Die Integration von konkreten Zielvereinbarungen in die berufsdermatologische Rehabilitation könnte das Potenzial bieten, zur langfristigen Verbesserung des Hautschutzverhaltens beizutragen.

## **Literatur**

- Ludewig, M., Wilke, A., Wilken-Fricke, L., Buse, A.S., Bill, V., Skudlik, C., John, S.M., Ristow, N. (2023): Konzeption und Pilotierung individueller Zielgespräche zur Vorbereitung einer Veränderung von Gesundheitsverhalten in der berufsdermatologischen, stationären Rehabilitation. URL: <https://doi.org/10.48693/402>, Abruf: 06.11.2025
- Ristow, N., Wilke, A., Skudlik, C., John, S.M., Ludewig, M. (2025): User Experience of and Adherence to a Smartphone App to Maintain Behavior Change and Self-Management in Patients With Work-Related Skin Diseases: Multistep, Single-Arm Feasibility Study. JMIR Form Res 2025;9:e66791 doi:10.2196/66791

Rocholl, M., Ristow, N., Scheufler, F., Nordheider, K., Skudlik, C., John, S.M., Ludewig, M., Wilke, A. (2025): Evaluation of a smartphone app to maintain skin protection behaviour in patients with work-related hand eczema as part of a maintenance programme: protocol for the quasi-randomised controlled trial 'TecNaP-RCT'. Trials (under review)

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

## **Bedeutung und Möglichkeiten zur Stärkung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen in der medizinischen Rehabilitation**

*Michelle Jandl<sup>1</sup>; Betje Schwarz<sup>2</sup>; Nadine Sängler<sup>2</sup>; Annika Wilke<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm)  
an der Universität Osnabrück;

<sup>2</sup> iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH  
an der Deutschen Sporthochschule Köln

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Klimawandel ist ein bedeutsamer Kontextfaktor, der die funktionale Gesundheit insbesondere vorerkrankter Menschen negativ beeinflussen und damit auch ihre Erwerbsfähigkeit und -teilhabe beeinträchtigen kann (Reusch et al., 2025). Die Kompetenz, klimawandelbezogene Gesundheitsrisiken zu (er)kennen und diesen mit geeigneten Strategien zu begegnen, gewinnt damit zunehmend an Bedeutung (Ludewig et al., 2025). Dieser Beitrag fokussiert die Frage, wie die medizinische Rehabilitation zur Stärkung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen beitragen kann.

### **Methoden**

Zur Beantwortung dieser Frage wurden im Rahmen des DRV-Bund-geförderten Projekts „Klima@Reha“ drei methodische Zugänge kombiniert:

(a) Es erfolgte ein Scoping Review nach Elm et al. (2019) in sechs gesundheits- und einer bildungswissenschaftlichen Datenbank, um den Stand der Forschung zu komplexen edukativen Interventionen zum Thema „Klimawandel und Gesundheit“ zu identifizieren und diese hinsichtlich ihrer didaktischen und methodischen Gestaltung zu analysieren.

(b) Es wurde eine Online-Befragung von Reha-Praktiker:innen durchgeführt, d. h. Personen, die in der medizinischen Reha tätig sind (z. B. Therapeut:innen). Im Fokus stand u. a. die Einschätzung zur Ausprägung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz von Rehabilitand:innen, zu potenziellen edukativen Tools und Umsetzungsbarrieren. Der Fragebogen wurde iterativ entwickelt und enthielt überwiegend geschlossene sowie einzelne offene Fragen.

(c) Parallel fanden zur vertieften Erfassung von Meinungen, Ansichten und Einschätzungen jeweils zwei leitfadengestützte Fokusgruppen mit Reha-Praktiker:innen, Rehabilitand:innen

und Expert:innen statt. Im Mittelpunkt der Fokusgruppen standen klimawandelbezogene Gesundheitsrisiken, der aktuelle Umgang mit diesen, Ansatzpunkte zur Stärkung klimawandelbezogener Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation sowie Wünsche und Anforderungen an den im Projekt zu entwickelnden edukativen Ansatz. Die von den Tonaufnahmen der Diskussionen angefertigten Transkripte wurden qualitativ-inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) ausgewertet.

## **Ergebnisse**

(a) Im Rahmen des Scoping Reviews wurden 2.492 Artikel gescreent und 56 relevante Studien identifiziert. Die Mehrheit der darin beschriebenen Interventionen richtet sich an Multiplikator:innen im Gesundheitswesen und beinhaltet sowohl aktive (z. B. Gruppenarbeit) als auch passive Lernformen (z. B. Vorträge). Die Lehr-Lernsettings waren synchron, asynchron oder Blended Learning Formate.

(b) Die Mehrheit der n = 417 Reha-Praktiker:innen der Online-Befragung war weiblich, älter als 51 Jahre und in der Orthopädie sowie Rheumatologie tätig. Das Thema „Klimawandel und Gesundheit“ wurde von den Befragten mehrheitlich als relevant für die medizinische Reha eingeschätzt, die klimabezogene Gesundheitskompetenz der Rehabilitand:innen jedoch als gering. Zugleich betrachteten sie es als Teil ihrer beruflichen Tätigkeit, Rehabilitand:innen zum Umgang mit gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels zu befähigen. Hingegen gaben sie an, dass es derzeit an passendem Material fehle. Als hilfreiche Unterstützung werden insbesondere Broschüren, Infozepte oder Fallbeispiele angesehen.

(c) In den Fokusgruppendifkussion beurteilten die Reha-Praktiker:innen sowie die Expert:innen die klimabezogene Gesundheitskompetenz der Rehabilitand:innen als ausbaufähig, identifizierten jedoch erhöhte Gesundheitsrisiken infolge des Klimawandels. Sie betonten, dass edukative Tools an den Lebenswelten und individuellen Risiken der Rehabilitand:innen anknüpfen sollten. Die Tools sollten sich flexibel in bestehende Angebote einfügen und in unterschiedlichen Formaten, Medien und Sprachen bereitstehen. Den sogenannten „Co-Benefits“ wurde eine besondere Bedeutung beigemessen.

## **Diskussion und Fazit**

Aus Sicht von Reha-Praktiker:innen und Expert:innen ist die Förderung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation relevant. Allerdings fehlt es bislang an geeigneten edukativen Tools, um Rehabilitand:innen dabei zu unterstützen, mit den Folgen des Klimawandels (z. B. Hitzeperioden) umzugehen. Für deren didaktische und methodische Gestaltung zeigen die Ergebnisse, dass diese an die Lebenswelt der Rehabilitand:innen anknüpfen sollten. Das Scoping Review verdeutlicht, dass bisherige Ansätze vorwiegend auf der Multiplikator:innenebene angesetzt haben. Das Projekt „Klima@Reha“ wird daran anknüpfen und auf Basis der bisherigen Erkenntnisse praxisnahe edukative Tools spezifisch für die Anforderungen und mögliche Umsetzungsbarrieren der medizinischen Reha entwickeln.

## **Take-Home-Message**

Es werden praxisorientierte Tools und Schulungen benötigt, die an der Lebenswelt und individuellen (gesundheitlichen) Situation der Rehabilitand:innen ansetzen und sich niederschwellig und flexibel in bestehende Therapie- und Schulungsangebote integrieren

lassen, um Rehabilitand:innen zum Erwerb klimabezogener Gesundheitskompetenz zu befähigen.

## **Literatur**

- Elm, E. von, Schreiber, G., Haupt, C. C. (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 143. 1-7.
- Ludewig, M., Wilke, A., Reusch, A., Schwarz, B. (2025): Ansätze zur klimasensiblen Weiterentwicklung von Schulungsprogrammen in der medizinischen Rehabilitation. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 38. 154-163.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Reusch, A., Schwarz, B., Worringer, U., Küffner, R., Dohm, L., Wilke, A., Ludewig, M., Lippke, S., Parthier, N., Häbel, T., Habberger, S., Burchardi, J. M., Weimann, E., Becker, P. (2025): Positionspapier der Arbeitsgruppe „Klima und Nachhaltigkeit“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Die Rehabilitation, 64. 32-39.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Prävalenz und spezifischer Behandlungsbedarf von Frauen mit peri-/postmenopausalen Beschwerden in der orthopädischen Rehabilitation (FReha)**

*Alina Jungkenn; Alina Bechstädt; Annett Salzwedel*

Universität Potsdam

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Inanspruchnahmerate der orthopädischen Rehabilitation (OR) steigt bei Frauen exponentiell mit dem Alter; zudem stellen Frauen im menopausalen Alter (ca. 45-55 Jahre) in der OR die größte Patientinnengruppe dar (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024). Die hormonelle Umstellung in der Lebensmitte einer Frau (Peri-/Postmenopause; „Wechseljahre“) ist häufig von vielfältigen Symptomen wie Knochen- und Gelenkschmerzen, verstärktem Schmerzempfinden, verminderter Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sowie Depressivität begleitet (Talaulikar et al., 2022). Eine spezifische Adressierung von Beschwerden im Zusammenhang mit der Menopause erfolgt in der OR bislang in der Regel nicht. Im Projekt 'Frauengesundheit in der orthopädischen Rehabilitation' (FReha) sollten die Prävalenz von menopausalen Beschwerden bei Frauen in der OR abgeschätzt und Anhaltspunkte für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der OR gewonnen werden.

## **Methoden**

Querschnitterhebung anhand einer anonymen Online-Befragung (04-08/2025) von Patient:innen aller Altersstufen (> 18 Jahre, n = 345) in der OR (allgemeines Antragsverfahren) sowie OR-Mitarbeitenden (n = 40) in fünf Kliniken. Erhoben wurden Daten zur allgemeinen und

frauenspezifischen Gesundheit, Wechseljahresbeschwerden (Menopause Rating Scale (MRS) II), psychoemotionalem Befinden (z. B. Stresserleben: PSS-10, gesundheitsbezogene Lebensqualität: IRES-24) sowie Erfahrungen und Wünschen zur Rehabilitation. Die Auswertung erfolgte quantitativ-deskriptiv bzw. qualitativ-thematisch.

## Ergebnisse

Von den Teilnehmerinnen gaben  $n = 33$  (10 %;  $42 \pm 8$  Jahre) an, in der fruchtbaren Lebensphase zu sein. 81 Frauen (23 %;  $52 \pm 6$  Jahre) ordneten sich den „Wechseljahren“ und 231 (67 %;  $59 \pm 4$  Jahre) der Postmenopause zu. In allen Gruppen waren menopausale Beschwerden gemäß MRS II erheblich ausgeprägt mit dem höchsten Score wie auch Anteil von starken Symptomen betroffener in der Gruppe der Frauen in den Wechseljahren (Tabelle 1). Dabei korrelierte der MRS-Score statistisch signifikant mit PSS-10 ( $r = 0,518$ ,  $p < 0,001$ ) und IRES-24 ( $r = -0,520$ ,  $p < 0,001$ ).

Tabelle 1: Wechseljahresbeschwerden bei Frauen ( $n = 345$ ) in der orthopädischen Rehabilitation

| Menopause Rating Scale                | Fruchtbare Phase<br>$n = 33$     | Wechseljahre<br>$n = 81$         | Postmenopause<br>$n = 231$     |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <b>Summen-Score (0-44)</b>            | <b>13,5 <math>\pm</math> 6,4</b> | <b>20,7 <math>\pm</math> 7,8</b> | <b>18,9 <math>\pm</math> 7</b> |
| Keine Beschwerden (0-4)               | 4 (12,1 %)                       | 1 (1,2 %)                        | 2 (0,9 %)                      |
| Leichte Beschwerden (5-8)             | 5 (15,2 %)                       | 4 (4,9 %)                        | 16 (7 %)                       |
| Mäßige Beschwerden (9-16)             | 12 (36,3 %)                      | 19 (23,3 %)                      | 70 (30,6 %)                    |
| Starke Beschwerden (17+)              | 12 (36,4 %)                      | 57 (70,4 %)                      | 141 (61,6 %)                   |
| Somatovegetative Symptome: stark (9+) | 3 (9,1 %)                        | 31 (38,2 %)                      | 76 (42,9 %)                    |
| Psychologische Symptome: stark (9+)   | 8 (24,3 %)                       | 41 (50,6 %)                      | 79 (34,2 %)                    |
| Urogenitale Symptome: stark (5+)      | 7 (21,2 %)                       | 38 (46,9 %)                      | 118 (51,6 %)                   |

Angaben als Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung bzw. absolute und relative Häufigkeiten

Ein Viertel bis über ein Drittel der peri-/postmenopausalen Rehabilitandinnen sahen sich zudem (sehr) stark durch körperliche (25 %), mentale (34 %), psychisch-emotionale (41 %) bzw. soziale (32 %) Veränderungen im Kontext der Wechseljahre belastet. Zur Linderung der Symptomlast nahmen die Frauen insbesondere Angebote zur Entspannung (67 %), der Sporttherapie (53 %), Ernährungstherapie (41 %) oder der psychologischen Beratung (37 %), aber auch den Austausch mit anderen Patientinnen (53 %) im Rahmen der OR wie auch den allgemeinen Erholungseffekt durch die OR (73 %) als hilfreich wahr. Nach Möglichkeit würden Frauen darüber hinaus die folgenden wechseljahresspezifischen, bislang nicht implementierten und von den Mitarbeitenden im Mittel als sinnvoll bewerteten Angebote in der OR nutzen wollen: Vorträge (67 % aller Befragten, 79 % der perimenopausalen Frauen), Ernährungsberatung (76 % bzw. 80 %), gynäkologische Sprechstunde (50 % bzw. 57 %), psychologische Einzelgespräche (45 % bzw. 43 %), Frauengesprächsgruppen (34 % bzw. 36 %) und Gruppenangebote nur für Frauen (32 % bzw. 36 %). Aus der qualitativen Analyse der Freitextangaben konnten darüber hinaus mit ‚Kommunikation & Awareness‘, ‚Unsicherheit & Informationsbedarf‘, ‚spezifische Bedarfe in der OR‘, ‚Kompetenz der Behandelnden‘ und ‚Wechseljahre im Arbeitskontext‘ für Patientinnen und Mitarbeitende gleichermaßen relevante

Themen im Kontext von Wechseljahresbeschwerden und OR identifiziert werden. Patientinnen thematisierten darüber hinaus auch psychosoziale Belastungen und den Bedarf ganzheitlicher Behandlung in der OR.

### **Diskussion und Fazit**

Das Pilotprojekt offenbarte mit einem mittleren MRS-II-Score von 19,8 vs. 12,4 in einer aktuellen Studie mit Patientinnen (45-60 Jahre) in Hausarztpraxen (Göpfarth, 2025) eine vergleichsweise starke Symptomausprägung bei peri-/postmenopausalen Frauen in der OR. Auffällig viele Frauen berichteten darüber hinaus besondere Belastungssituationen im Kontext von Wechseljahresbeschwerden, die auch mit Teilhabebeeinträchtigungen einhergehen können. Einzelne Angebote der OR wurden von den Patientinnen in Bezug auf Wechseljahresbeschwerden als hilfreich wahrgenommen. Gleichzeitig wurden spezifische, teils mit moderatem Aufwand umsetzbare Angebote von Patientinnen wie auch Behandelnden als sinnvoll erachtet. Die von den Teilnehmerinnen adressierten Themen können als Handlungsfelder für die patientinnenzentrierte Optimierung der OR verstanden und sollten daher in dezidierten Untersuchungen vertieft werden.

### **Take-Home-Message**

In der OR sollten frauen- und insbesondere wechsellahresspezifische Bedarfe sowohl im individuellen Reha-Prozess als auch systemisch stärker berücksichtigt werden, um dem ganzheitlichen Behandlungsansatz auf Basis der ICF Rechnung zu tragen und den Reha-Erfolg für Frauen zu optimieren.

### **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): Reha-Bericht 2024. Berlin.

Talaulikar, V. (2022): Menopause transition: Physiology and symptoms. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2022; 81: 3–7.

Göpfarth, F.M., Riemenschneider, H., Buhlinger-Göpfarth, N., Bergmann, A., Schübel, J. (2025): Rolle der Hausarztpraxis in der Versorgung von Frauen in den Wechseljahren - Informationsbedarf, Herausforderungen und Versorgungsstrategien. Z Allg Med. 2025;101:1-7.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund



# **Selbstbestimmt trotz Krankheit? – Das Erleben von Autonomie bei Schizophrenie und schizoaffectiven Störungen**

*Luisa Falkenstörfer<sup>1</sup>; Johanna Fassnacht<sup>1</sup>; Stefan M. Schulz<sup>2</sup>; Silke Neuderth<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt (THWS);

<sup>2</sup> Julius-Maximilians-Universität Würzburg / Universität Trier

## **Hintergrund und Zielstellung**

Patient:innen mit Schizophrenie nehmen ihre Entscheidungsfreiheit im psychiatrischen Setting oft als eingeschränkt wahr, dies kann zu negativen Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit oder Wut führen (Wesseldijk-Elferink et al., 2021). Ziel der Studie ist es, das Autonomieerleben von Patient:innen mit einer schweren psychischen Erkrankung zu erfassen und den Einfluss der Erkrankung auf die Autonomie zu beschreiben. Dabei soll sowohl der Alltag der Patient:innen betrachtet werden als auch deren Umgang mit der Erkrankung.

## **Methoden**

Im Oktober und November 2024 wurden semi-strukturierte Interviews vorwiegend im Setting einer psychiatrischen Klinik durchgeführt (Positives Ethikvotum GEHBa-202405-V-195). Die leitfadengestützten Interviews wurden mit Hilfe von NoScribe transkribiert und entsprechend der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) mit MAXQDA ausgewertet. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 28:10 Minuten (SD = 07:02). Um die Ergebnisse der Interviews zum Autonomieerleben im Alltag und im Umgang mit Erkrankung auszuwerten, wurden basierend auf dem Leitfaden 5 Oberkategorien erster Ordnung und 8 Oberkategorien zweiter Ordnung erstellt. Anhand des Materials wurden 46 Unterkategorien gebildet.

## **Ergebnisse**

12 Patient:innen mit Schizophrenie oder einer verwandten schizoaffectiven Störung wurden interviewt – davon 9 Männer und 3 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 36,00 Jahren (SD = 9,79) und einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 11,20 Jahren (SD = 8,18).

Die Patient:innen beschrieben Autonomie als Entscheidungsfreiheit und als die Möglichkeit, ihre eigenen Entscheidungen auch selbstbestimmt umsetzen zu können. Als besonders wichtig erlebten die Befragten Autonomie und Selbstbestimmung im Hinblick auf ihre sozialen Kontakte, die Alltagsgestaltung und Selbstversorgung, ihre physische und psychische Gesundheit und in ihrer beruflichen Tätigkeit. Als autonomiestärkend benannten die Befragten ihre persönliche Einstellung, Routinen und Strukturen, eine geeignete Wohnsituation, soziale Unterstützung und weitgehende Selbstständigkeit. Als autonomiehemmend wurden äußere Faktoren, wie gesetzliche Betreuung oder Führerscheinentzug, (psychische) Belastungen, wie Zukunftsängste oder Erfahrung mit Sucht oder Gewalt sowie sozioökonomische Schwierigkeiten beschrieben. Die Patient:innen äußerten den Wunsch nach mehr sozialer Interaktion und Unterstützung.

Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Autonomie und der Erkrankung beschrieben Patient:innen Einschränkungen durch die Erkrankung und deren Symptome. Spezifisch benannt wurden diesbezüglich Positiv- und Negativsymptomatik, wie Halluzinationen und

Depression. Das klinische Umfeld, insbesondere die Therapien und sozialen Kontakte wurden als autonomieunterstützend wahrgenommen. Als besonders positiv wurde das medizinische Behandlungsverhältnis beschrieben, wenn partizipative Entscheidungen ermöglicht wurden und selbstbestimmt z. B. über eine Klinikaufnahme oder die Arztwahl entschieden werden konnte. Gleichzeitig hatten das klinische Umfeld und das medizinische Behandlungsverhältnis auch autonomieeinschränkende Auswirkungen; dies insbesondere dann, wenn die Einrichtung nicht selbstbestimmt verlassen werden konnte, Alltags- und Freizeitgestaltung eingeschränkt waren, ein Wissensgefälle in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal spürbar war und Hemmungen bestanden, sich in Behandlungsentscheidungen einzubringen. Die Medikation wurde einerseits als autonomieförderlich erlebt, andererseits auch als einschränkend, wenn Nebenwirkungen auftraten, oder die erwünschte Wirkung ausblieb.

## **Diskussion und Fazit**

Es hat sich gezeigt, dass Autonomie und Selbstbestimmung für Patient:innen mit schizophrener Erkrankung relevante Themen sind, die sie auch direkt mit ihrem Alltag – sei es zuhause oder in der Klinik – in Bezug setzen. Es wurde deutlich, welche Bereiche im Leben der Betroffenen v.a. durch potenzielle Autonomieverluste geprägt sind und welche Ressourcen dazu beitragen können, das Autonomieerleben zu stärken. Durch partizipative Behandlungsentscheidungen in psychiatrischen Einrichtungen, aber auch durch unterstützende Strukturen im Gesundheits- und Sozialsystem kann das Autonomieerleben von Menschen mit Schizophrenie gestärkt werden. So kann ihnen Entscheidungsfreiheit und Handlungssouveränität ermöglicht werden. Einschränkend ist zu benennen, dass der Großteil der Interviews in einem stationären Setting geführt wurde, welches das Erleben von Autonomie grundsätzlich beeinträchtigen kann.

## **Take-Home-Message**

Autonomie bedeutet für Patient:innen mit Schizophrenie eigene Entscheidungen zu treffen und selbstbestimmt umsetzen zu können – dies wird durch Strukturen, soziale Unterstützung und partizipative Behandlung gestärkt, und u.a. durch Krankheitssymptome und institutionelle Vorgaben begrenzt.

## **Literatur**

- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Wesseldijk-Elferink, I. J. M., Hendriks, A. W., van den Heuvel, S. C. G. H. (2021): Shared decision making in a semi-secluded chronic psychiatric ward: The reflective lifeworld experiences of patients with schizophrenia or schizoaffective disorders and nursing staff. Archives of psychiatric nursing, 35. 519-525. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.007>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Hightech Agenda Bayern und das Bayerische Wissenschaftsforum (BayWISS)

# Wie erleben Rehabilitand:innen Autonomie in der medizinischen Rehabilitation?

*Dagmar Holmer<sup>1</sup>; Tanja Henking<sup>1</sup>; Silke Neuderth<sup>1</sup>; Malte Klemmt<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt (THWS);

<sup>2</sup> Medizinische Hochschule Hannover

## Hintergrund und Zielstellung

Patientenautonomie gilt als grundlegendes Prinzip innerhalb einer modernen Gesundheitsversorgung. Sie nimmt auch im Kontext der medizinischen Rehabilitation eine zentrale Rolle ein (Klemmt et al., 2022; Senin, Meyer, 2019). Im Rahmen des Projekts „Autonomie in der medizinischen Rehabilitation“ (AuRe) wird u.a. untersucht, wie Rehabilitand:innen Autonomie während des Rehabilitationsprozesses wahrnehmen. Mittels einer Interviewstudie werden das subjektive Erleben von Autonomie und Selbstbestimmung im Rehabilitationsverlauf erfasst und Aspekte identifiziert, die dieses Erleben beeinflussen.

## Methoden

Es wurden Telefoninterviews mit 33 Rehabilitand:innen aus acht Rehakliniken und sechs Indikationsbereichen geführt. Die semistrukturierten Interviews fanden durchschnittlich 5,7 Wochen nach Abschluss der stationären Maßnahme statt und dauerten im Schnitt 34 Minuten. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2016). Die sieben Hauptkategorien orientierten sich am zeitlichen Ablauf der Rehabilitation von der Antragstellung bis zur Nachsorge, während die 30 Subkategorien induktiv aus dem Material entwickelt wurden.

## Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst 33 Rehabilitand:innen mit einem durchschnittlichen Alter von 54 Jahren (Spanne: 33-66 Jahre), davon n=22 weiblich und n=11 männlich. Die Mehrheit war verheiratet bzw. lebte in einer Partnerschaft (n=21). Der Bildungsgrad war eher hoch (n=16 Abitur, n=14 mittlere Reife). 27 Befragte gaben ein Anstellungsverhältnis an. Die häufigsten medizinischen Indikationen waren Onkologie (n=9), Orthopädie (n=7) und Pulmologie, Kardiologie, Neurologie je (n=4).

Die inhaltliche Analyse beschreibt zentrale Erfahrungen entlang des Rehabilitationsprozesses. Der Zugang zur Maßnahme wird als gut organisiert beschrieben, jedoch teilweise begleitet von Unsicherheiten, begrenzter Transparenz und eingeschränkten Mitgestaltungsmöglichkeiten, was sich autonomiehemmend auswirkte. Die Ankunft in der Einrichtung wurde von einigen Rehabilitand:innen als eine Phase mit erhöhtem Orientierungsbedarf erlebt, in der fehlende Struktur und persönliche Begleitung die Eingewöhnung erschwerten und die Selbstbestimmung einschränkten. Im Bereich der ärztlichen Untersuchung und Zielplanung zeigten sich unterschiedliche Erfahrungen – von wertschätzender Kommunikation bis hin zu oberflächlicher Aufklärung. Autonomiefördernde Elemente wie partizipative Zielentwicklung und transparente Information wurden teilweise wahrgenommen, während standardisierte Abläufe und fehlende Einbindung in Entscheidungen als autonomiehemmend erlebt wurden. Eine eingeschränkte Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung des Therapieplans wirkte sich negativ auf das Autonomieerleben aus. Das Autonomieerleben im rehabilitativen Alltag war

stark durch Rahmenbedingungen wie Ernährung, Privatsphäre und Tagesstruktur geprägt. Feste Strukturen boten Orientierung und konnten stabilisierend wirken, wurden jedoch teilweise auch als starr und wenig flexibel empfunden, wodurch die selbstbestimmte Gestaltung des Tagesablaufs behindert wurde. Der Übergang in die Nachsorge wurde häufig als zu wenig strukturiert beschrieben; fehlende Informationen und Anschlussangebote wurden mehrfach thematisiert und als autonomiehemmend erlebt. Im Hinblick auf die Kommunikation und Interaktion innerhalb der Einrichtung wurde ein breites Spektrum an Erfahrungen beschrieben: während wertschätzende Gespräche als sehr hilfreich erlebt wurden, zeigten sich insbesondere im Kontakt mit Fachpersonal vereinzelt Verständigungsprobleme, oberflächliche Aufklärung, geringe Dialogorientierung und eingeschränkte Mitsprachemöglichkeiten, was das Erleben von Autonomie erschwerte.

## **Diskussion und Fazit**

Das Autonomieerleben wird maßgeblich durch den Alltag in der Rehabilitation sowie durch Kommunikations- und Beziehungserfahrungen geprägt. Abhängig vom Zeitpunkt im Ablauf der Rehabilitation stehen unterschiedliche Aspekte aus dem Bereich Autonomie im Vordergrund bzw. ist das subjektive Autonomieerleben unterschiedlich relevant. Im Erleben der Rehabilitand:innen wird Autonomie häufig mit Zufriedenheit in Zusammenhang gebracht, woraus sich schlussfolgern lässt, dass Zufriedenheit als ein möglicher Indikator für das relativ abstrakte Konstrukt Autonomie dienen könnte, welcher mit dieser aber nicht gleichgesetzt werden darf. Spannungsfelder zwischen individuellen Erwartungen der Rehabilitand:innen und ärztlichen Verordnungen bzw. zwischen Individualisierung und Standardisierung (u. a. KTL, Reha-Therapiestandards) beeinflussen das Autonomieerleben maßgeblich. Entscheidend könnte sich daher für die Rehabilitand:innen erweisen, wie Standards umgesetzt und erklärt werden.

## **Take-Home-Message**

Autonomie ist für Rehabilitand:innen ein relevantes Thema, das über das Erleben struktureller und interaktioneller Aspekte beschrieben wird.

## **Literatur**

- Klemmt, M., Henking, T., Neuderth, S. (2022): Die Autonomie von Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Aspekte der Gefährdung und Wahrung. *Die Rehabilitation*, 61(02), 125–133. <https://doi.org/10.1055/a-1647-1682>
- Kuckartz, U. (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Aufl). Beltz.
- Senin, T., Meyer, T. (2019): Selbstbestimmung in der medizinischen Rehabilitation – Erstellung eines konzeptuellen Modells zur weiteren theoretischen Diskussion. *Die Rehabilitation*, 58(01), 15–23. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121808>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Belastungs- und Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen im Bürgergeld-Bezug**

*Maria Koschig<sup>1</sup>; Felix Hußenöder<sup>1</sup>; Ines Conrad<sup>1</sup>; Mathias Alberti<sup>2</sup>; Katarina Stengler<sup>2</sup>; Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Leipzig; <sup>2</sup> Helios Park-Klinikum Leipzig

### **Hintergrund und Zielstellung**

In Deutschland sind jährlich etwa 27,8 % der Erwachsenen von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al., 2014). Arbeitslosigkeit und reduzierte psychische Gesundheit verstärken sich gegenseitig, bedingt u. a. durch den Verlust finanzieller Ressourcen, sozialer Kontakte und sinnstiftender Aktivität (Dehn et al., 2024; Hakulinen et al., 2019; Virgolino et al., 2022). Repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit Erwerbsloser in Deutschland sind rar. So zeigte sich, dass Menschen im Bürgergeld-Bezug (ehemals ALG II) deutlich häufiger psychiatrische Diagnosen aufweisen als ALG I bzw. Erwerbstätige (36,7 % vs. 28,0 % vs. 21,8 %), mit steigender Tendenz über fünf Jahre (32,6 % → 40,2 %) (Schubert et al., 2013). Ziel war die Feststellung von psychischer Belastung und Erkrankung sowie die Versorgungssituation zu Projekteintritt und im Verlauf.

### **Methoden**

Menschen im Bürgergeld-Bezug mit psychischen Belastungen wurden im Rahmen des Projektes „Leipzig - individuelle und professionelle Stabilisierung für psychisch kranke Menschen“ (LIPSY) im Jobcenter rekrutiert und dort initial nach ICD-10 und mittels GAF diagnostiziert und bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung ins Projekt eingeschlossen (n=810). LIPSY zielte darauf ab, psychische Erkrankungen bei Bürgergeldempfangenden frühzeitig zu erkennen, diese ins Versorgungssystem zu lotsen und die Integration in Arbeit zu erhöhen. Die Erfassung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erfolgte standardisiert zu Projekteintritt (t0). Weitere standardisierte Fragebögen kamen zum Einsatz, um die psychische Belastung zu erheben (Mini-SCL, PHQ-9, SF-12). Die Proband:innen (PN) wurden zu drei weiteren Messzeitpunkten im Abstand von je sechs Monaten befragt (t1: n=403, t2: n=329, t3: n=235).

### **Ergebnisse**

Die PN (51,2 % weiblich, Durchschnittsalter 36 Jahre, Altersrange: 17-63 Jahre) lebten überwiegend selbstständig (89,1 %) und mehrheitlich ohne Partner:in (82,5 %). Lediglich 4,8 % waren verheiratet. Jede bzw. jeder Zehnte hatte keinen Schulabschluss (9,6 %). Etwas mehr als die Hälfte hatte zu Projekteintritt Schulden. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung waren die PN knapp fünf Jahre arbeitslos. Jede bzw. jeder Vierte hatte noch nie mehr als 14 Stunden pro Woche gearbeitet. Am häufigsten kamen depressive Störungen (F32 & F33: 60,5 %) vor, gefolgt von Störungen des Clusters F4 (46 %) und Substanzstörungen (F1: 21 %). Der Globalwert zum Funktionsniveau (GAF-Wert) lag im Mittel bei 49,6 (Minimum 0;

Maximum 100), was ernste Symptome und eine Beeinträchtigung der sozialen sowie beruflichen Leistungsfähigkeit anzeigt. Von 40,5 % der PN wurden in den sechs Monaten vor Projekteintritt keine Hilfen bei psychischen Problemen in Anspruch genommen. Trotz Anbindung an das Versorgungssystem im Rahmen des Projektes blieb die psychische Belastung für alle Skalen auf einem niedrigen Niveau (vergleiche Tabelle 1).

Tabelle 1: Psychische Gesundheit von bereits psychisch erkrankten Menschen im Bürgergeld-Bezug im zeitlichen Verlauf

| Konstrukte                                                  | t0          | t1          | t2          | t3          |
|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| körperliche Gesundheit (SF-12, mittlere t-Werte), n=159     | 41,6 (11,0) | 42,2 (10,4) | 41,8 (10,4) | 42,3 (10,8) |
| psychische Gesundheit (SF-12, mittlere t-Werte), n=159      | 32,1 (9,9)  | 32,3 (10,4) | 33,4 (11,0) | 32,9 (10,4) |
| depressive Symptomatik (PHQ-9, mittlere Summenwerte), n=149 | 13,1 (5,4)  | 13,0 (5,8)  | 12,6 (5,6)  | 12,6 (5,5)  |
| Globalwert psychischer Gesundheit (GSI des Mini-SCL), n=162 | 21,3 (11,2) | 23,2 (12,8) | 21,5 (12,0) | 22,8 (12,9) |

**Anmerkungen.**

Dargestellt sind Mittelwerte und Standardabweichungen im Klammerausdruck. SF-12: Short-Form-Health Survey, PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9-Item-Version, Mini-SCL = Mini-Symptom-Checklist, GSI: Globaler Kennwert. t1: nach 6 Monaten, t2: nach 12 Monaten, t3: nach 18 Monaten.

## Diskussion und Fazit

Menschen im Bürgergeld-Bezug stellen eine Risikopopulation für psychische Erkrankungen dar. Dabei konnte gezeigt werden, dass ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen mit substantieller Funktionseinschränkung vorliegt. Die Daten sprechen für eine erhebliche Unterversorgung und schwere Erreichbarkeit dieser Gruppe mit multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (Schulden, Insolvenz, Isolation, Langzeitarbeitslosigkeit etc.). Zudem zeigte sich die psychische Belastung stabil trotz Anbindung an das Versorgungssystem, was auf die Notwendigkeit multiprofessioneller Behandlungsansätze hindeutet.

## Take-Home-Message

Psychisch erkrankte Menschen im Bürgergeld-Bezug sind eine stark psychosozial belastete, unterversorgte und schwer erreichbare Gruppe.

## Literatur

- Dehn, L. B., Suer, J., Klein, R., Driessen, M. (2024): Work and Employment Situation of People with Mental Illness Receiving Independent Supported Housing: An Analysis of Routine Data from a Community Psychiatry Service. *Psychiatrische Praxis*, 51(4), Article 4. <https://doi.org/10.1055/a-2196-2218>
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., Manderbacka, K., Böckerman, P. (2019): Mental disorders and long-term labour market outcomes: Nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(4), Article 4. <https://doi.org/10.1111/acps.13067>

- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), Article 1. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P., Krüger, U., Holke, J., Fuchs, P. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II (Research Report 12/2013). IAB-Forschungsbericht. <https://www.econstor.eu/handle/10419/98434>
- Virgolino, A., Costa, J., Santos, O., Pereira, M. E., Antunes, R., Ambrósio, S., Heitor, M. J., Vaz Carneiro, A. (2022): Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health*, 31(3), Article 3. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022615>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Digitale Gesundheitstechnologien zur Autonomieförderung von Patient:innen mit Schizophrenie – Chancen und Risiken aus Patient:innensicht**

*Luisa Falkenstörfer<sup>1</sup>; Silke Neuderth<sup>1</sup>; Stefan M. Schulz<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt (THWS);

<sup>2</sup> Julius-Maximilians-Universität Würzburg / Universität Trier

### **Hintergrund und Zielstellung**

Digitale Gesundheitstechnologien sollen das Gesundheitssystem sowie das Personal stärken und die Versorgung von Patient:innen verbessern (WHO, 2021). Ziel der Studie ist es zu untersuchen, ob digitale Gesundheitstechnologien auch Patient:innen mit einer schweren psychischen Erkrankung in ihrer Autonomie unterstützen können oder ob deren Nutzung ggf. mit Risiken für das Autonomieerleben in Verbindung steht.

### **Methoden**

Es wurden qualitative, semi-strukturierte Interviews durchgeführt (positives Ethikvotum GEHBa-202405-V-196), überwiegend in einer psychiatrischen Einrichtung (Zeitraum: Okt.-Nov. 2024). Die leitfadengestützten Interviews wurden mit dem Programm NoScribe transkribiert und entsprechend der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) analysiert. Durchschnittlich dauerten die Interviews 28:10 Minuten (SD = 07:02). Das Material mit Bezug zu digitalen Gesundheitstechnologien konnte in 3 Hauptkategorien erster Ordnung, 3 Hauptkategorien zweiter Ordnung sowie 27 Unterkategorien erster Ordnung und 21 Unterkategorien zweiter Ordnung unterteilt werden.

## **Ergebnisse**

Zwölf Patient:innen wurden interviewt, neun Männer und drei Frauen mit Schizophrenie oder einer verwandten schizoaffektiven Störung; weitgehend im Setting einer psychiatrischen Akutklinik. Das durchschnittliche Alter betrug 36,00 Jahre (SD = 9,79) mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 11,20 Jahren (SD = 8,18). Die Hälfte der Patient:innen hatte bereits von digitalen Gesundheitstechnologien gehört und sieben der zwölf Patient:innen hatten bereits digitale Gesundheitstechnologien selbst angewandt.

Der Großteil der Patient:innen stimmte zu, dass digitale Gesundheitstechnologien Autonomie fördern könnten. Betont wurden hier Funktionen der Technologie sowie Eigenschaften, die die Technologie erfüllen sollten. Die Patient:innen sahen Technologien als autonomieförderlich, u. a. indem sie das Management der Erkrankung (wie Arzttermine oder Überweisungen) erleichtern. Weiterhin empfanden Patient:innen Technologien, die den Kontakt zum Gesundheitspersonal erleichtern als autonomiefördernd und erlebten es als hilfreich, wenn Gesundheitsinformationen durch Technologien übersichtlicher dargestellt und leichter zwischen Ärzt:innen ausgetauscht werden können. Das Tracking und Monitoring von Gesundheitswerten oder der Medikamenteneinnahme, die Einschätzung des Gesundheitszustandes, Diagnosen, Vorhersagen von Symptomen und das Einleiten der nächsten Behandlungsschritte kann aus Patient:innensicht durch die Technologie so unterstützt werden, dass ein Zuwachs an Autonomie erlebt wird. Technologien, die die Möglichkeit bieten sich Fachwissen einzuholen, sich selbstständig mit der Erkrankung zu beschäftigen und sich mit anderen Patient:innen auszutauschen, können sich ebenfalls positiv auf das Autonomieerleben auswirken. Die Patient:innen erklärten weiterhin, dass die Einhaltung des Datenschutzes sowie das Design, der Aufbau und eine einfache Anwendbarkeit der Technologie von Relevanz sind, um ihre Autonomie zu fördern.

Gleichzeitig sah ein Teil der Patient:innen die Gefahr, dass digitale Gesundheitstechnologien Autonomie gefährden könnten. Sie befürchteten, dass der Kontakt zum Gesundheitspersonal durch die Technologie erschwert wird, weil dieses nicht persönlich erreichbar sein könnte. Ein:e Patient:in sprach von den Risiken, die ein kontinuierliches Tracking von Gesundheitsparametern mit sich bringen kann. Weiterhin sahen die Teilnehmer:innen es als autonomiegefährdend an, wenn Daten nicht sicher gespeichert werden, für Dritte zugänglich sind oder missbraucht werden können, wenn die Technologie nicht richtig funktioniert, schlecht aufgebaut ist oder Informationen in der Technologie falsch oder überfordernd dargestellt werden. Als autonomiegefährdend wurde darüber hinaus benannt, wenn eine hilfreiche Technologie nicht genutzt wird, die Verwendung zu früh abgebrochen wird oder die Technologie unverhältnismäßig viel genutzt wird.

## **Diskussion und Fazit**

Ein zentrales Ergebnis ist, dass digitale Gesundheitstechnologien auch von Patient:innen mit einer schweren psychischen Erkrankung genutzt und unter bestimmten Bedingungen als autonomiefördernd empfunden werden. Die Thematisierung und ggf. Förderung digitaler Kompetenzen ist auch für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung ein Thema und kann die Betroffenen beim selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen.



## Take-Home-Message

Menschen mit Schizophrenie sehen digitale Gesundheitstechnologien als Chance, ihre Autonomie zu stärken (etwa durch Unterstützung im Krankheitsmanagement und erleichterte Kommunikation) und betonen gleichzeitig die Bedeutung von Datenschutz, einfacher Handhabung und menschlichem Kontakt, um Autonomieverlust zu vermeiden.

## Literatur

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundagentexte Methoden (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.  
World Health Organization (Ed.) (2021): Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Hightech Agenda Bayern und das Bayerische Wissenschaftsforum (BayWISS)

## **Ernährungsrisiken im Fokus der psychosomatischen Rehabilitation: Einführung des NutriMental-Screeners in den Klinikalltag**

*Jennifer Neher; Ramona Hiltensperger; Annabel Müller-Stierlin;  
Lea Konstanze Böhm*

Universität Ulm

## Hintergrund und Zielstellung

Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben häufig ernährungsbezogene Probleme, welche unbehandelt zu weiteren psychischen, somatischen oder sozialen Problemen führen können (Firth et al., 2019). Diese Probleme frühzeitig zu erkennen und zu behandeln spielt daher in der Versorgung eine wichtige Rolle. Derzeit werden ernährungsbezogene Probleme häufig nicht erkannt oder unzureichend behandelt (Teasdale et al., 2025). Wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit der Umsetzung dieses Versorgungsaspekts in deutschen Rehakliniken beschäftigen, gibt es bislang nicht. Der NutriMental-Screener wurde von einer internationalen Gruppe von Wissenschaftler:innen entwickelt, um ernährungsbezogene Probleme bei Menschen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und passende Maßnahmen abzuleiten (Müller-Stierlin et al., 2024). Psychosomatische Rehakliniken bieten ein optimales Setting, um ernährungsbezogene Probleme von Menschen mit Depressionen zu adressieren. Die Akuität psychischer Krisen ist meist abgeklungen und gleichzeitig steht ein interdisziplinäres Team (mit Ernährungsfachkräften) für die Behandlung zur Verfügung (Köllner, 2014).

Ziel des NutriMental Reha-Projektes ist es zu untersuchen, inwieweit a) das Potenzial der psychosomatischen Rehakliniken zur Unterstützung bei ernährungsbezogenen Problemen von Menschen mit Depressionen bereits genutzt wird und b) inwiefern der NutriMental-Screener zur Schließung möglicher Versorgungslücken beitragen kann (Hiltensperger et al., 2024).

## **Methoden**

Nach einer dreimonatigen Pilotierungsphase wurden zwischen Januar und März 2025 an sechs psychosomatischen Rehakliniken in Deutschland fünf Fokusgruppen- und ein Einzelinterview mit insgesamt 16 Fachkräften verschiedener Berufsgruppen durchgeführt. Grundlage der Interviews bildete ein semi-strukturierter Interviewleitfaden, welcher die Themen Umsetzbarkeit, Akzeptanz, subjektive Einschätzung des Mehrwerts sowie hinderliche und förderliche Faktoren für eine aktive Nutzung des NutriMental-Screeners im Versorgungsalltag adressierte. Die Auswertung der Interviews erfolgte im konsensuellen Kodierungsverfahren nach einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

## **Ergebnisse**

Die Akzeptanz und Anwendbarkeit des NutriMental-Screeners wurde von den Fachkräften als hoch angesehen. In Abhängigkeit bereits etablierter Abläufe in den Kliniken erläuterte ein Großteil der Befragten einen deutlichen Mehrwert bezüglich einer frühzeitigen Identifikation des aktuellen Hilfedarfs für ernährungsbezogene Interventionen unter den Rehabilitand:innen, insbesondere bei gewichtsunabhängigen Problemen. Ebenso berichteten die Fachkräfte von einer Verbesserung der Anamneseprozesse und Verordnung von ernährungstherapeutischen Leistungen (deutliche Zeitersparnis, bessere interdisziplinäre Kommunikation).

Die konkrete Umsetzung des Screenings sowie hinderliche und förderliche Faktoren zur weiteren Nutzung des NutriMental-Screeners im Versorgungsalltag waren zwischen den Kliniken aufgrund der individuellen Abläufe sehr unterschiedlich. Daher wurde aus den Ergebnissen der Befragung eine Handreichung entwickelt, welche verschiedene Anwendungsmöglichkeiten für den klinischen Alltag beschreibt. Den teilnehmenden Kliniken wurden außerdem Workshops angeboten, um praktische Umsetzungsschritte zu erarbeiten und individuelle Implementierungsstrategien mit den Fachkräften zu entwickeln.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der NutriMental-Screener dazu beitragen kann, den Bedarf ernährungsbezogener Versorgungsleistungen bei Rehabilitand:innen in psychosomatischen Rehakliniken frühzeitig zu identifizieren und Fachkräfte dabei zu unterstützen bedürfnisorientierte Maßnahmen abzuleiten. Ein Großteil der Kliniken sah einen deutlichen Mehrwert durch den Einsatz und möchte den NutriMental-Screener auch zukünftig weiter nutzen. Individuelle Implementierungshürden können durch settingspezifische Anpassungen des NutriMental-Screeners oder individueller Abläufe in den Kliniken überwunden werden.

## **Take-Home-Message**

Der NutriMental-Screener kann in psychosomatischen Rehakliniken einen deutlichen Mehrwert hinsichtlich einer frühzeitigen Identifikation ernährungsbezogener Probleme bei Menschen mit depressiven Erkrankungen bieten. Für einen nachhaltigen Einsatz im Klinikalltag müssen jedoch individuelle Implementierungsstrategien mit den Fachkräften der Kliniken erarbeitet werden.

## Literatur

- Firth J. and the The Lancet Psychiatry Commission (2019): a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019 Aug;6(8):675-712. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30132-4
- Hiltensperger, R., Neher, J., Böhm, L. K., Kroll, J., Müller, R., Patzelt, J., Müller-Stierlin, A. S. (2024): Identifikation ernährungsbezogener Risiken. *Ernährung & Medizin*, 39(01), 16-20.
- Köllner, V. (2014): Psychosomatische Rehabilitation. *Psychotherapeut*, 59(6), 485-502.
- Mueller-Stierlin, A. S., Mötteli, S., Hotzy, F., Möckl, S., Burrows, T., Ardill-Young, O., Teasdale, S. B. (2024): Feasibility of a multifaceted nutrition-risk screening tool for mental health settings: the NutriMental screener. *British Journal of Nutrition*, 1-8.
- Teasdale, S. B. and The Lancet Psychiatry Commission (2025): Implementing lifestyle interventions in mental healthcare: the third report from The Lancet Psychiatry Physical Health Commission. *The Lancet Psychiatry*, 2025.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Forschungsprojekt PsyOnline: Erkenntnisse zur Machbarkeit digitaler sozialmedizinischer Begutachtungen bei primär psychisch Erkrankten**

*Nataliia Brehmer<sup>1</sup>; Saskia Lange<sup>1</sup>; Franziska Püschner<sup>1</sup>; Susanne Weinbrenner<sup>2</sup>; Maren Gehring<sup>2</sup>; Christian Wuchter-Czerwony<sup>2</sup>; Andrea Bratfisch<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH ;

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland sind telemedizinische Angebote bereits in Form von Arzt-Patienten-Gesprächen in der Regelversorgung angekommen. Auch im Kontext von Pflegebegutachtungen sind sie bei einzelnen Trägern des Medizinischen Dienstes etabliert (Medizinischer Dienst, 2023). Bezüglich digitaler Begutachtungen zur sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens liegen aktuell nur Einzelfallberichte vor: Erste Erfahrungen, Chancen und Limitationen in der praktischen Umsetzung telemedizinischer gutachterlicher Arbeit im Rahmen eines Modellprojektes im Rechtskreis des SGB II und in Sozialgerichtsverfahren liegen vor (Weber et al., 2023).

Bei der Beantragung von Erwerbsminderungsrenten (EMR) werden Digitalbegutachtungen (im Sinne von Begutachtungen per Videogespräch) bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bisher nicht angewendet. Allerdings könnten sie insbesondere für die steigende Zahl von Menschen, die wegen psychischer Erkrankungen eine EMR beantragen, zukünftig ein relevantes Einsatzgebiet darstellen: Im Jahr 2023 waren mit großem Abstand psychische Störungen die häufigsten Diagnosen (41,8 %) aller knapp 165.000 EMR-Neuzugänge (DRV Bund, 2024) Gleichzeitig gibt es gerade hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosestellung via

Videokonferenz empirische Hinweise, dass die Ergebnisse ähnlich ausfallen wie bei Diagnosestellungen in Präsenz (Demaerschalk, 2022).

Das Forschungsprojekt PsyOnline prüft, ob sozialmedizinische Digitalbegutachtungen bei Versicherten der DRV grundsätzlich machbar sind.

## **Methoden**

Das Projekt gliedert sich in zwei Phasen:

In der ersten Phase wurde ein Review durchgeführt, um einen systematischen Überblick über die nationale und internationale Literatur zu Videobegutachtungen im psychiatrischen Bereich zu erhalten. Die Datenbankrecherchen in PubMed und Web of Science unter Verwendung von Schlüsselwörtern wurden im Juli 2024 durchgeführt. Die Einschlusskriterien wurden gemäß dem PCC-Schema (eng. Population, Concept, Context) definiert und Schlüsselwörter wie folgt formuliert:

- Population: Personen mit psychischen Erkrankungen ("Mental Disorders" OR "Psychiatric Disorders" OR "Cognitive Impairment")
- Konzept: Begutachtung, Symptombestimmung ("assessment" OR "pension application" OR "retirement" OR "disability assessment")
- Kontext: Virtueller Rahmen, Einsatz von Videodiensten ("Telemedicine" OR "Telehealth" OR "Remote")

Anschließend wurde in zwei Online-Expertenrunden mit Vertreter\*innen der Deutschen Rentenversicherung auf Bundes- und Landesebene mit einschlägiger sozialmedizinisch-gutachterlicher Erfahrung bzw. juristischer und datenschutzrechtlicher Expertise ein Studiendesign für eine praktische Erprobung entwickelt.

Aktuell läuft die zweite Phase als einarmige Machbarkeitsstudie mit Mixed-Methods-Design: Versicherte, die einen EMR-Antrag bei der DRV gestellt haben und im Rahmen des regulären Antragsverfahrens eine sozialmedizinische Präsenzbegutachtung mit psychiatrischem Schwerpunkt durchlaufen, werden nachfolgend auch digital begutachtet. Die Evaluation besteht im Vergleich der Erfahrungen und Ergebnisse beider Formate.

## **Ergebnisse**

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden 14 Studien identifiziert und analysiert: Technische Probleme wurden als wichtigste Barriere von telemedizinischen Verfahren identifiziert, während auf der anderen Seite Vorteile wie Zeitersparnis, realitätsnahe Beobachtung der häuslichen Umgebung und erleichterte Begutachtung bei Personen mit sozialen Ängsten hervorgehoben wurden. Unter der Voraussetzung einer ausreichenden Bild- und Verbindungsqualität zeigen die Studien eine hohe diagnostische Übereinstimmung von Digital- und Präsenzverfahren – insbesondere bei psychiatrischen Diagnosen, die seltener eine Bestätigung durch körperliche Untersuchungen erfordern.

Im Austausch mit sozialmedizinischen und juristischen Expert\*innen wurden die fehlende körperliche Untersuchung, die Herstellbarkeit einer guten Arbeitsbeziehung, der Umgang mit Täuschungsversuchen und die Zuverlässigkeit von Plausibilitäts- und Konsistenzprüfungen im Kontext einer digitalen Begutachtung als zentrale Themen einer studienbasierten Evaluation evident.

## **Diskussion und Fazit**

Das Zeitalter der Digitalisierung wirkt sich auch auf alle Aspekte der Medizin aus. Der digitale Datentransfer bzw. die digital assistierte Datenevaluation ist in vielen medizinischen Bereichen bereits Praxisstandard. Die Entwicklung und Evaluation einer digitalen sozialmedizinischen Begutachtungsoption reagiert zudem vor dem Hintergrund des beginnenden doppelten demografischen Wandels in Deutschland auf eine der zentralen Herausforderungen des bestehenden Systems: Ein zunehmendes Durchschnittsalter von Arbeitnehmer\*innen mit entsprechend höherer Morbidität bei gleichzeitigem ärztlichen Fachkräftemangel, der mit langen Anfahrtswegen und Terminengpässen im Kontext sozialmedizinischer Präsenzbegutachtungen verbunden ist.

Das Forschungsprojekt PsyOnline ist soweit uns bekannt aktuell die einzige Studie, die wissenschaftlich fundiert die sozialmedizinische Präsenz- und Digitalbegutachtung direkt vergleichend untersucht. PsyOnline leistet somit national und auch international einen wichtigen Beitrag zur digitalen Weiterentwicklung sozialmedizinischer Begutachtungsverfahren.

## **Take-Home-Message**

Das Forschungsprojekt PsyOnline evaluiert die Umsetzbarkeit videobasierter digitaler Begutachtungsverfahren bei der Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente bei primär psychischen Erkrankungen.

## **Literatur**

Demaerschalk, B. M., Pines, A., Butterfield, R., Haglin, J. M., Haddad, T. C., Yiannias, J., Zhang, N. (2022): Assessment of Clinician Diagnostic Concordance With Video Telemedicine in the Integrated Multispecialty Practice at Mayo Clinic During the Beginning of COVID-19 Pandemic From March to June 2020. JAMA Netw Open, 5(9), e2229958. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.29958

Deutsche Rentenversicherung Bund (2024): Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2024.

Medizinischer Dienst Bund (2023): Videotelefonie für die Pflegebegutachtung eingeführt. <https://md-bund.de/presse/pressemitteilungen/2023/videotelefonie-fuer-die-pflegebegutachtung-eingefuehrt.html>

Weber, A., S.M., Zolg, S., Schneider, J., Heck, A. (2023): Neue Formen in der gutachterlichen Arbeit – Telemedizin in der Begutachtung. MedSach, 2023(119 3/2023): p. 122–128.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Methodenintegration in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Praxis**

*Hans-Christoph Eichert*

Pädagogische Hochschule Heidelberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Psychotherapie spielt in allen Bereichen der medizinischen Versorgung - auch in der ambulanten und stationären Rehabilitation - eine wichtige Rolle. Obwohl Psychotherapie stark von Schulen geprägt ist, gab in der empirischen Psychotherapieforschung viele Integrationsversuche, zuletzt auch i.S. einer transtheoretischen Perspektive (Lutz, Rief, 2022). Unklar ist, inwieweit sich diese Entwicklungen auch in der Praxis der Psychotherapie widerspiegeln. Ausgehend von dem Modell der Integrativen Psychotherapie von Petzold et al. (2014/2016) geht die Untersuchung der Frage nach, welche Bedeutung Psychotherapeut:innen Wirk- und Heilfaktoren, Modalitäten, Beziehungsmodalitäten, Medien und Strukturebenen beimessen und ob es verfahrens-, länder- oder settingsbezogene Unterschiede gibt. Angenommen wurde, dass Therapeut:innen mit integrations-therapeutischem Hintergrund, aus der Schweiz und dem stationären Bereich die praktische Relevanz höher einschätzen.

## **Methoden**

Zwischen Oktober 2023 und Oktober 2025 wurden über soscisurvey Psychotherapeut:innen aus dem ambulanten und (teil)-stationären Bereich aus Deutschland, Schweiz, und Österreich befragt. Der Stichprobenzugang erfolgte über Kammern, Verbände und Kliniken sowie über Direktansprache von Psychotherapeut:innen. Die Studienteilnehmer:innen sollten die Bedeutung von Wirk- und Heilfaktoren, Modalitäten, Beziehungsmodalitäten, Medien und Strukturebenen für ihre psychotherapeutische Praxis anhand von 51 Items auf einer fünfstufigen Skala einschätzen.

## **Ergebnisse**

Stichprobe. Teilgenommen haben 317 Psychotherapeut:innen mit Erstverfahren Verhaltenstherapie (48,8 %), Tiefenpsychologische/psychoanalytische Psychotherapie (29 %), Integrative Therapie (8,7 %) sowie humanistischen Verfahren (13,5 %) aus Deutschland (71,2 %), der Schweiz (24,2 %), sowie Österreich und Luxemburg (3,2 %). Personen. Die Stichprobe bestand zu 69 % aus Frauen, das Durchschnittsalter betrug 48,69 Jahre. Im ambulanten Bereich (niedergelassen) arbeiteten 66,6 %, im stationären (Akutklinik, Tagesklinik, Rehabilitation) 33,4 %. Mit Kindern/Jugendlichen arbeiteten 17 %, mit Erwachsenen 87,3 %. Bei den Untersuchungsteilnehmer:innen handelte es sich weit überwiegend um Psychotherapeut:innen mit psychologischem Hintergrund, lediglich 4,4 % kamen aus dem ärztlichen Bereich.

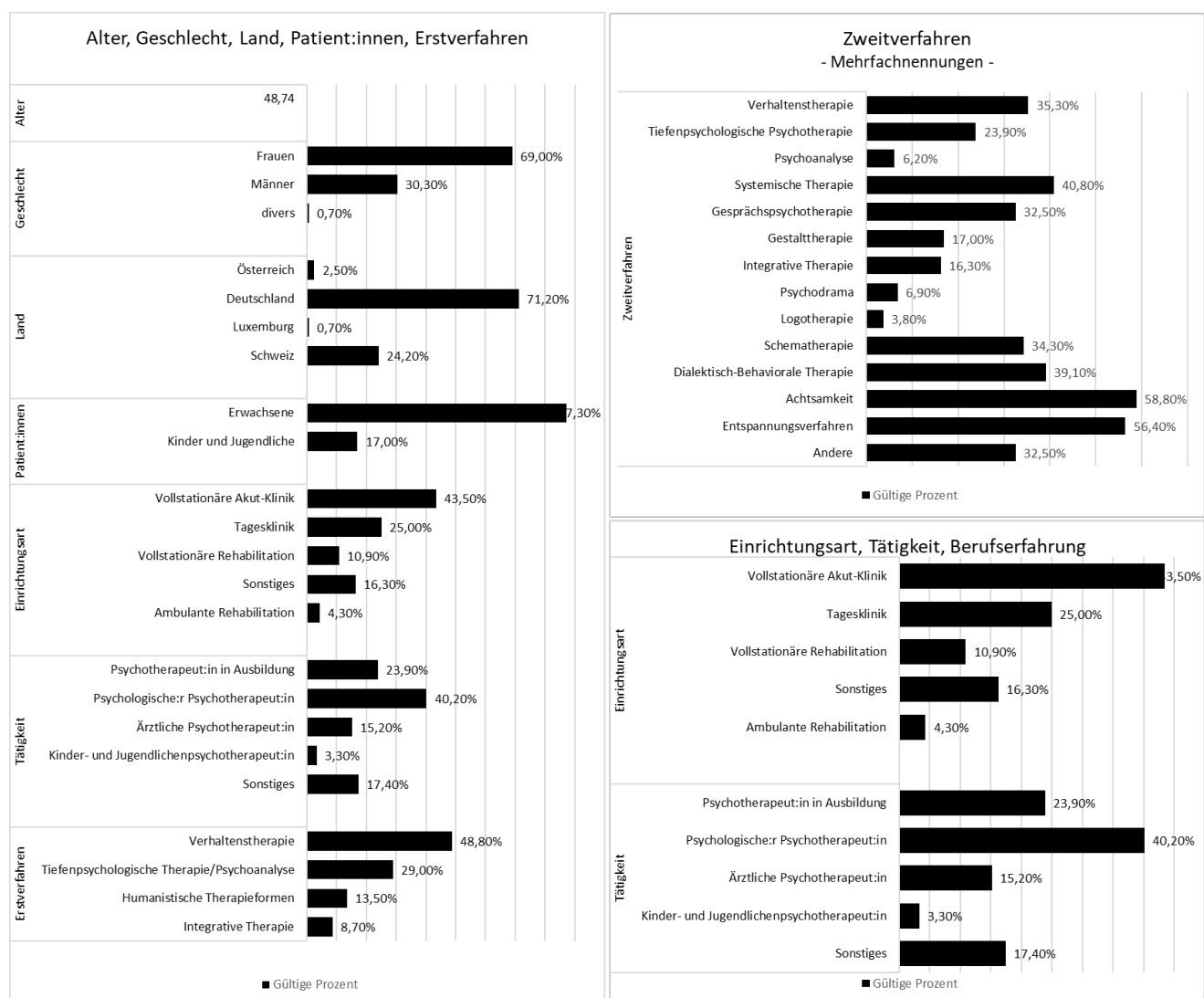
Wirk- und Heilfaktoren – Modalitäten – Beziehungsmodalitäten – Medien - Strukturebenen. Mit Ausnahme der Heilfaktoren „Förderung des lebendigen Naturbezugs“, „Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen“ und „synergetischer Multimodalität“ wurden alle Faktoren über dem Skalendurchschnitt (> 3) bewertet. Bei den Modalitäten wurde die „Medikamentengestützte Modalität“ unterdurchschnittlich bewertet. Die Beziehungs-

modalitäten wurden alle über dem Skalendurchschnitt bewertet. Bei den Medien wurde lediglich die Sprache überdurchschnittlich bewertet, alle anderen erreichten unterdurchschnittliche Werte. Die Strukturniveaus „Förderung materieller Sicherheit“, „Genderspezifischer Perspektiven“ und „schichtspezifische Perspektiven“ wurden unterdurchschnittlich bewertet, alle anderen im mittleren und oberen Skalenbereich.

### Gruppenvergleiche Verfahren – Länder - Setting.

Berichtet werden Unterschiede auf mindestens 5 %-Signifikanzniveau mit kleinen bis mittleren Effektstärken.

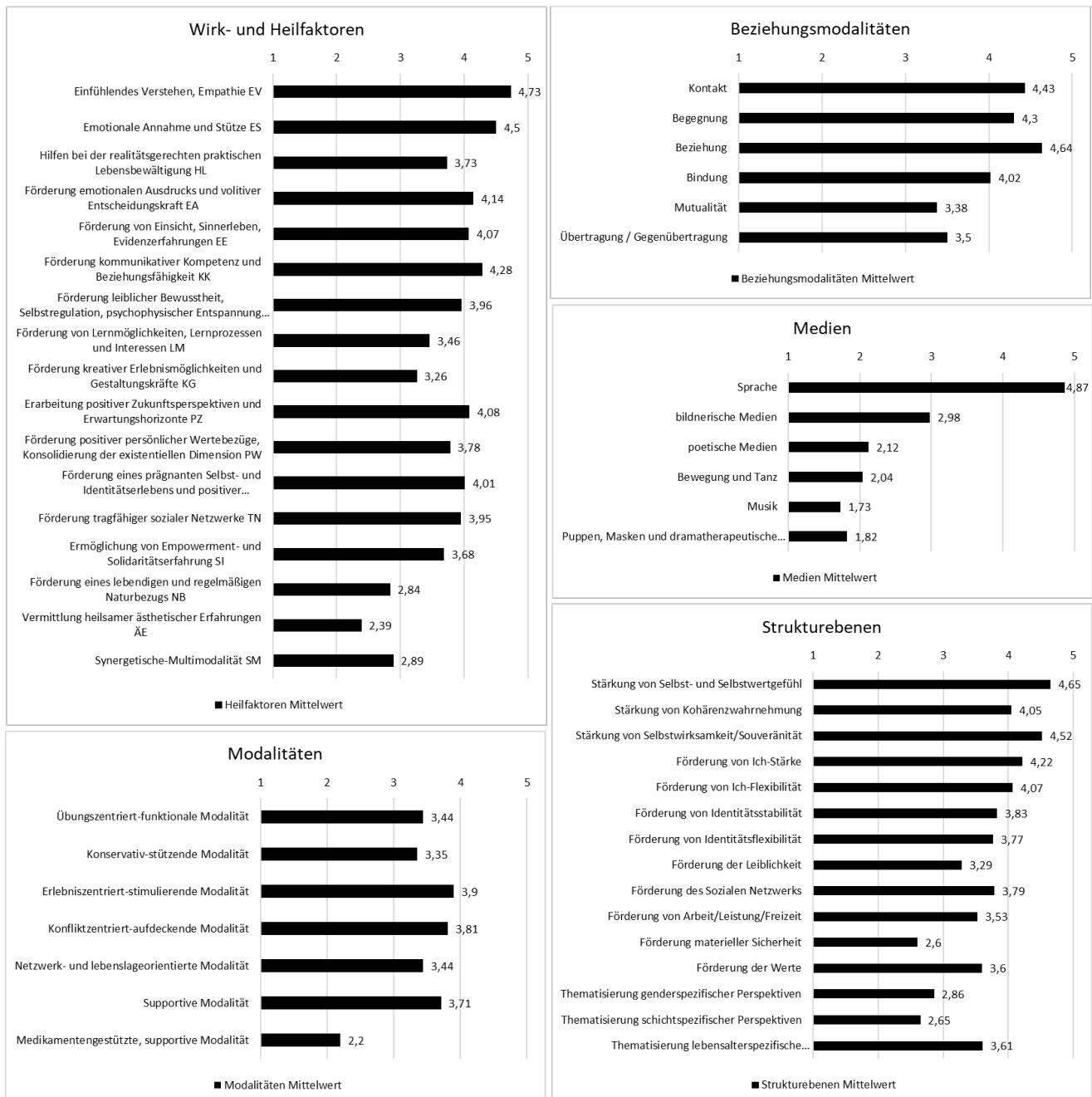
Verfahrensbezogene Unterschiede. Verhaltenstherapeut:innen bewerteten die Heilfaktoren „Hilfen bei der realitätsgerechten Lebensbewältigung“, „Förderung kommunikativer Kompetenz“, „Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke“, die „Übungszentrierte Modalität“ sowie die Strukturniveaus „Förderung des sozialen Netzwerks“, „Förderung Arbeit/Leistung/ Freizeit“ am höchsten.



Abbildungen 1-3: Alter, Geschlecht, Land, Patient:innen, Erstverfahren; Zweitverfahren; Einrichtungart, Tätigkeit, Berufserfahrung

Tiefenpsychologische/Psychoanalytische Therapeut:innen bewerteten die „Konfliktzentrierte Modalität“, die Beziehungsmodalitäten „Bindung“, „Mutualität“, „Übertragung/ Gegenübertragung“ sowie die Strukturebenen „Förderung Ich-Stärke“, „Förderung Identitätsstabilität“, „Thematisierung schichtspezifischer Perspektiven“ am höchsten.

Integrative Therapeut:innen bewerteten den Heilfaktor „Förderung Lernmöglichkeiten“, die Medien „Bewegung“, „Dramatherapie“ sowie die Strukturebenen „Förderung Leiblichkeit“, „Förderung Werte“ und „Thematisierung Genderperspektive“ am höchsten.



Abbildungen 4 – 8: Wirk- und Heilfaktoren, Modalitäten; Beziehungsmodalitäten; Medien; Strukturebenen

Länderbezogene Unterschiede (Deutschland, Schweiz) zeigten sich bei den Modalitäten „Erlebniszentrierung“, „Medikamentengestützter Support“, dem Medium „Bewegung“ sowie



den Strukturebenen „Förderung Leiblichkeit“, „Thematisierung Gender“, „Thematisierung Schicht“. Bei allen war die Bewertung der Schweizer Psychotherapeut:innen höher.

Settingspezifische Unterschiede (stationär, ambulant) Im stationären Bereich waren die Bewertungen für die Heilfaktoren „Förderung soziale Netzwerke“, „Empowerment“, „Synergetische Multimodalität“, die Modalitäten „Übungszentrierung“, „Netzwerkorientierung“, „Medikamentengestützter Support“ und die Strukturebene „Förderung des sozialen Netzwerks“ höher. Im ambulanten Bereich wurden die Medien „Bewegung“, „Dramatherapie“ und die Strukturebene „Förderung Leiblichkeit“ höher bewertet.

## **Diskussion und Fazit**

In Bezug auf die Eingangsfragestellung zeigt sich ein gemischtes Bild hinsichtlich der Methodenintegration in der psychotherapeutischen Praxis. Nicht-sprachliche Medien der psychotherapeutischen Arbeit und eher integrativ-therapeutische Heilfaktoren und Strukturebenen sind für die psychotherapeutische Praxis offensichtlich weniger bedeutsam. Verfahrensbezogen finden sich die meisten Unterschiede, die gleichzeitig die jeweiligen theoretische Hintergründe widerspiegeln. Höhere Bewertungen in der Schweiz und im stationären Setting sprechen für die Bedeutung von Rahmenbedingungen für methodenintegratives Arbeiten: Beide Kontexte ermöglichen größere therapeutische Flexibilität als die stärker regulierte ambulante Psychotherapie in Deutschland. Mit einer derzeit laufenden Studie auf europäischer Ebene sollen diese Ergebnisse auf einer breiteren Basis untersucht werden.

## **Take-Home-Message**

Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung legen eine stärkere Methodenintegration nahe. In der psychotherapeutischen Praxis in Deutschland ist das nur bedingt angekommen.

## **Literatur**

- Eichert, H.-C. (2024): Methodenintegration in der psychotherapeutischen Praxis, in: Psychotherapie-Wissenschaft 14 (2) 2024, 59–70
- Lutz, W., Rief, W. (2022): Wie kann eine transtheoretische Psychotherapieweiterbildung und -praxis in Deutschland aussehen? Psychotherapeutenjournal, (4), 360–369
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2014/2016): „14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren - Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie - A preliminary report 2016 – Polyloge 31/2016

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Perspektiven von Rehabilitand:innen und von Behandler:innen auf die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs stationärer psychiatrischer Rehabilitation**

*Claudia Draxler-Fürst<sup>1</sup>; Bettina Schoeller<sup>1</sup>; Caroline Jaritz<sup>1</sup>; Birgit Senft<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Privatklinik St. Radegund; <sup>2</sup> Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit und die Steigerung der aktiven Teilhabe am Leben in Familie und Gesellschaft sind Hauptziele der stationären medizinisch psychiatrischen Rehabilitation in Österreich (Pensionsversicherungsanstalt, 2022). Die Ergebnisse für die Patient Reported Outcomes der klinischen Skalen liegen am Ende der Rehabilitation im mittleren bis hohen Bereich (Senft et al., 2022), ein Jahr danach zeigen sich in diesem Bereich mittlere Effekte (Senft et al., 2024). Qualitative Methoden berücksichtigen die individuelle Rehabilitand:innen-Perspektive auf einer anderen Ebene. In einer Meta-Synthese wurde ein Modell der Genesung schwer psychisch kranker Menschen entwickelt, das die Aspekte Zugehörigkeit, Akzeptanz und Einsicht, Autonomie und Kontrolle sowie sozioökonomische Bedingungen enthält (Dell et al., 2021).

Zielsetzung dieser Arbeit ist die Analyse des subjektiven Nutzens und des selbst global eingeschätzten Rehabilitationserfolgs ein Jahr nach der Rehabilitation. Diesen Ergebnissen werden die Erwartungen des Rehabilitationsteams an die Nachhaltigkeit der Rehabilitation gegenübergestellt und Anregungen zur Steigerung der Nachhaltigkeit erarbeitet.

## **Methoden**

Von 1407 Rehabilitand:innen aus dem Jahr 2023 wurden 1162 katamnestisch 1 Jahr später postalisch befragt (regulär abgeschlossene Fälle). Der Rücklauf lag bei 26 %, die Analysestichprobe setzt sich wie folgt zusammen: N=302 Fälle: ø 52,37 Jahre alt (SD=11,60), 37,4 % männlich; 62,3 % F3 affektive Störungen, 30,1 % F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und 7,6 % sonstige. Der Reha-Erfolg wurde anhand einer 4-stufigen Skala erhoben und der subjektive Nutzen anhand einer offenen Frage. Die Einschätzungen des Reha-Teams (N=50; 71 % Rücklauf) wurden online erhoben. Die qualitativen Daten wurden mittels thematischer Analyse (Braun & Clarke, 2022) in acht Oberkategorien und 41 Unterkategorien systematisiert.

## **Ergebnisse**

Der Reha-Erfolg wurde von N=296 Rehabilitand:innen bewertet: 61,8 % sehr, 29,1 % eher, 7,8 % wenig und 4 % gar nicht hilfreich. Die Antworten zum subjektiven Nutzen der Rehabilitand:innen (N=275, N=400 kodierte Segmente) wurden den Oberkategorien „Intrapsychische Veränderungen“ (55,3 %), „Positiver Rückblick/Dankbarkeit“ (25,3 %), „Aktivität/Aktivierung/Teilhabe“ (24,5 %) sowie „Symptomreduktion/Antrieb & Energie“ (20,1 %) zugeordnet (Abbildung 1). Am häufigsten wurden neue Erkenntnisse, gesteigerte Achtsamkeit und Selbstfürsorge sowie die Besserung der Symptomatik angeführt; wenig Nutzen/Nachhaltigkeit haben 13,9 % angegeben. Die Wenig Zufriedenen (N=23) berichteten keine Symptomreduktion, haben kaum positiv auf die Reha zurückgeblickt und Aktivität sowie Teilhabe kaum erwähnt, sie machten aber ⅔ der kritischen Äußerungen. Jene, die die Reha

als sehr hilfreich erlebten, berichteten von Symptomreduktion, fühlten sich ermutigt und im Selbstwert gestärkt, erzielten berufliche Entwicklungen und beschrieben konkrete Erfolge. Das Reha-Team erhofft sich in erster Linie eine Lebensstiländerung und mehr Selbstfürsorge sowie Motivation und Symptombesserung auf Seiten der Rehabilitand:innen, aber die Hälfte befürchtet eine eher kurzfristige Wirkung der Rehabilitation (Abbildung 2). Vom Reha-Team werden Wissensvermittlung, konkrete Anbindung an nachfolgende Behandlungen, Förderung der Eigenverantwortung der Rehabilitand:innen; aber auch eine Stärkung des Reha-Teams selbst durch interdisziplinäre Austauschmöglichkeiten als wichtigste Strategien gesehen.

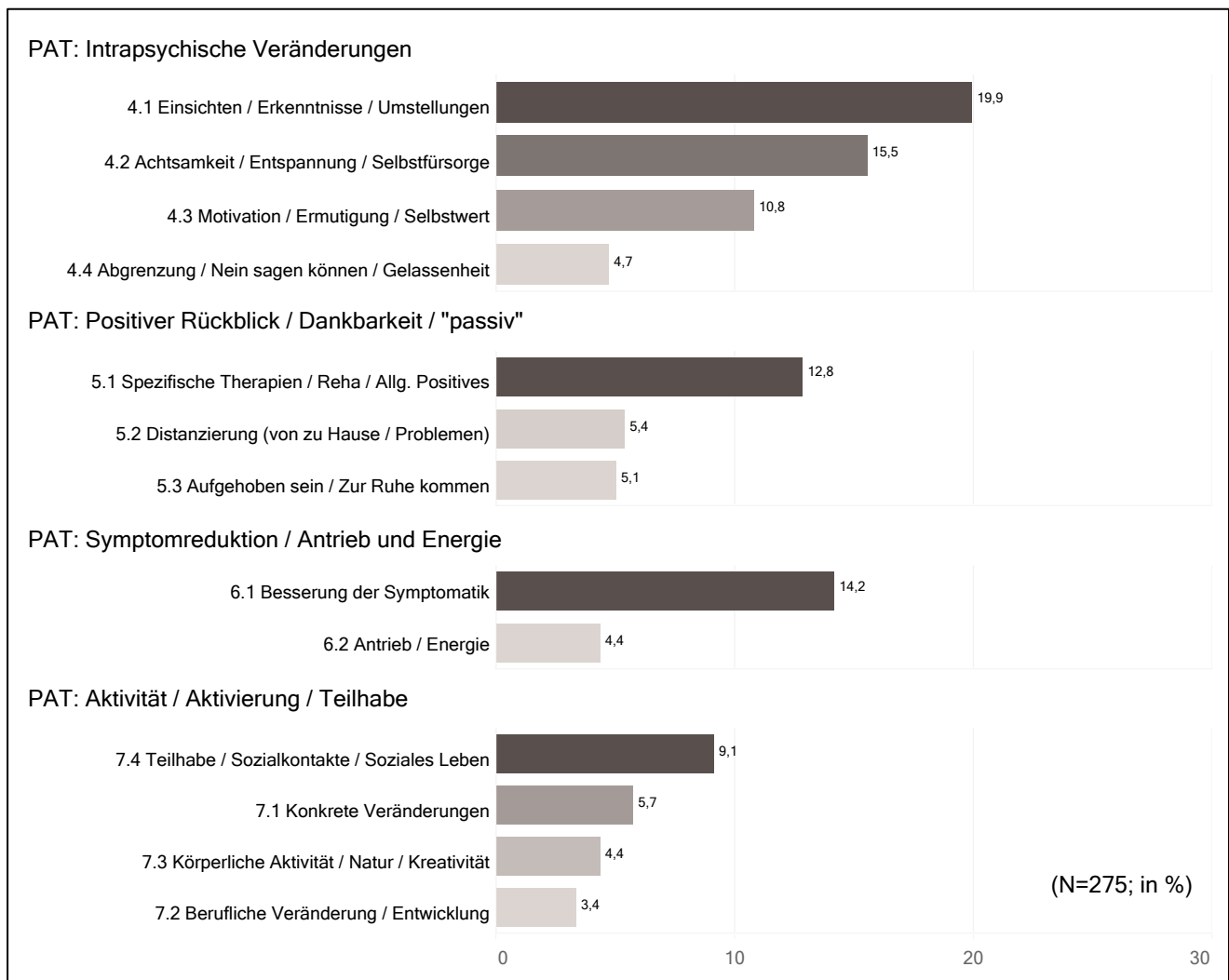


Abbildung 1: Kategoriensystem für die Antworten der Rehabilitand:innen

## Diskussion und Fazit

Der Anteil an Rehabilitand:innen mit wenig (wenig nachhaltigem) Nutzen ist geringer als vom Reha-Team erwartet, zahlreiche Möglichkeiten zur Stärkung der Nachhaltigkeit werden vom Team aufgezeigt und die Implementierung einer Reha-Nachsorge in Österreich wird angeregt. Limitationen ergeben sich aus dem geringen Rücklauf im Zuge der katamnestischen Befragung.

## Take-Home-Message

Der subjektiv berichtete Nutzen der Rehabilitand:innen gibt Einblick in Veränderungen über die Symptomreduktion hinaus und die Erwartungen sowie das Engagement des Reha-Teams bergen Potenzial für die Transferförderung und Stärkung der Nachhaltigkeit.

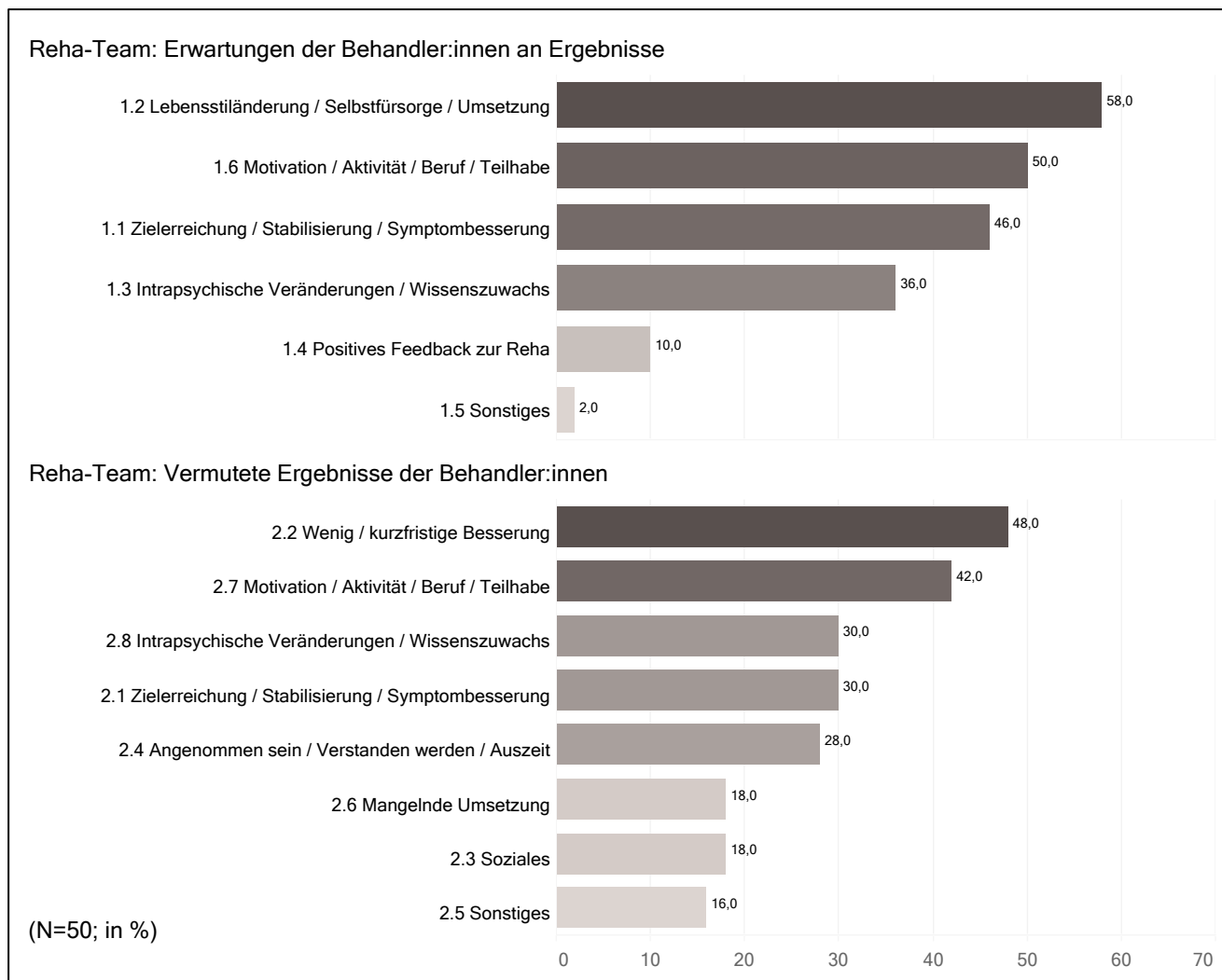


Abbildung 2: Kategoriensystem für die Antworten des Reha-Teams

## Literatur

- Braun, V., Clarke, V. (2022): Thematic analysis: A practical guide. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: Sage.
- Dell, N. A., Long, C., Mancini, M. A. (2021): Models of mental health recovery: An overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(3), 238–253. <https://doi.org/10.1037/prj0000444>
- Pensionsversicherungsanstalt (2022): Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge. Wien. Retrieved from Pensionsversicherungsanstalt (PV) Website: <https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707631&portal=pvportal>
- Senft, B., Krenn, M., Petz, D., Hochfellner, S. (2022): Medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Österreich – Ein Vergleich der Symptombelastung bei Reha-Beginn vor

und während der COVID-19-Pandemie, sowie des Rehabilitationserfolgs. Die Rehabilitation, 61(05), 344–352. <https://doi.org/10.1055/a-1647-8566>

Senft, B., Schoeller, B., Jaritz, C., Hochfellner, S. (2024): Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs in der österr. psychiatr. Rehabilitation in Abhängigkeit vom Alter und dem beruflichen Status der Rehabilitand:innen. In DRV-Schriften (Vol. 130, pp. 180–182).

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Krankheitsverarbeitung von verschiedenen Gruppen von Patientinnen und Patienten**

*Gabriele Helga Franke<sup>1</sup>; Janine Jänisch<sup>2</sup>; Stefanie Schau<sup>3</sup>; Melanie Jagla-Franke<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal; <sup>2</sup> Johanniter-Krankenhaus, Stendal;

<sup>3</sup> Psychotherapeutische Praxis; <sup>4</sup> Hochschule Neubrandenburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der neun Skalen im Umfang von je 5 Items umfassende Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK: Franke, Jagla, 2016) wurde in fünf Stichproben von chronisch Kranken psychometrisch geprüft. Ziel war die Entwicklung einer reliablen und validen Kurzversion (EFK-K) sowie die Untersuchung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten in der Krankheitsverarbeitung von verschiedenen Gruppen von Patient\*innen.

### **Methoden**

Es wurden n = 215 stationäre onkologische Patient\*innen, n = 545 ambulante neurologische Patient\*innen, n = 459 Schmerzpatient\*innen, n = 285 Psychotherapie-Patient\*innen und 735 Patientinnen mit Lipödem mit dem EFK untersucht. In der Gesamtstichprobe von N = 2240 chronisch Kranken sowie in den fünf Teilstichproben wurden psychometrische Berechnungen mit dem Ziel der Erstellung einer Kurzversion durchgeführt (Franke et al., 2021; Jänisch, 2025; Kreidel et al., 2025).

### **Ergebnisse**

Nach faktorenanalytischen Analysen lassen sich die vier Bereiche „Adaptives Coping“ mit den zwei Skalen HPC (Handelndes, problemorientiertes Coping, Cronbachs Alpha = 0.82, McDonalds Omega = 0.82) und ASS (Aktive Suche nach sozialer Einbindung, Alpha = 0.75, Omega = 0.76) darstellen, der Bereich „Maladaptives Coping“ umfasst die Skala DV (Depressive Verarbeitung, Alpha = 0.80, Omega = 0.80), der Bereich „Vertrauen“ enthält die Skala VIÄ (Vertrauen in die ärztliche Kunst, Alpha = 0.79, Omega = 0.80) und der Bereich „Selbsthilfe“ die Skala IUE (Informationssuche & Erfahrungsaustausch, Alpha = 0.79, Omega = 0.78).

Die Items Nr. VIÄ-16 „Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat“ (M = 2.80 ± 1.06), Nr. VIÄ-24 „Ich vertraue meinen Ärzten“ (M = 2.51 ± 1.16) sowie Nr. ASS-17 „Ich verbringe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden“ (M = 2.44 ± 1.18) hatten die höchsten Mittelwerte. Patientinnen stimmten stärker bei den Skalen DV ( $\eta^2 = .05$ ) und IUE ( $\eta^2 = .03$ ) zu;

Patienten stärker bei VIÄ ( $\text{Eta}^2 = .08$ ), HPC ( $\text{Eta}^2 = .03$ ) und ASS ( $\text{Eta}^2 = .001$ ). DV und IUE nahmen mit zunehmendem Alter ab; bei BWB sanken die Werte zum mittleren Alter und nahmen mit hohem Alter wieder zu; VIÄ hingegen wurde mit zunehmendem Alter mehr.

Krebspatient\*innen hatten die geringsten Werte bei DV und IUE und die höchsten bei VIÄ. Patient\*innen der Neurologie bevorzugten VIÄ. Schmerzpatient\*innen zeigten die größten Coping-Anstrengungen bei HPC und ASS sowie IUE. Psychotherapiepatient\*innen hatten die niedrigsten Werte bei HPC und hohe Werte bei DV. Patientinnen mit Lipödem hatten die geringsten Werte bei HPC, ASS und VIÄ und die höchsten Werte bei DV und vor allem bei IUE. Der EFK eignet sich zur Messwiederholung und es wurden Stanine-Normdaten (getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach den fünf Erkrankungsgruppen) bestimmt.

## **Diskussion und Fazit**

Der EFK kann als praktikables Verfahren zur Erfassung der Krankheitsverarbeitung bei chronisch Kranken gelten. Knapp zusammengefasst hatten Krebs- und Neurologiepatient\*innen die höchsten Werte im Bereich Vertrauen. Schmerzpatient\*innen übten Adaptives Coping und Selbsthilfe aus. Psychotherapiepatient\*innen bevorzugten die Bereitschaft zur Annahme von Hilfe und das Erarbeiten eines inneren Halts, aber keine anderen adaptiven Bemühungen; vielmehr hatte sie hohe Werte bei DV als maladaptivem Coping. Lipödempatientinnen hatten die höchsten Werte bei Selbsthilfe sowie wenig adaptives Coping, wenig Vertrauen und die höchsten Werte bei maladaptivem Coping.

Selbstverständlich ist die Zusammenstellung der vorliegenden fünf Stichproben selektiv. Zukünftige Studien können sich einerseits der Modifikation der EFK-Items für bestimmte Zwecke (z. B. Fremdbeurteilung) sowie andererseits der Prüfung des hier vorgelegten Vorschlags für eine neue vierdimensionale Auswertungsstruktur in den gleichen sowie anderen Stichproben widmen.

## **Take-Home-Message**

Der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung ist, vor allem in seiner neuen Kurzversion, bei Patient\*innen mit chronisch körperlichen Erkrankungen sowie bei Psychotherapiepatient\*innen einsetzbar und hat sich in der Anwendung bewährt.

## **Literatur**

- Franke, G.H., Jagla, M. (2016): EFK. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Testmanual. Verfügbar unter: <https://psychometrikon.de>
- Franke, G.H., Nentzl, J., Jagla-Franke, M., Prell, T. (2021): Medication adherence and coping with disease in patients from a neurological clinic: An observational study. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1439-1449, doi: 10.2147/PPA.S311946
- Jänisch, J. (2025): Erfassung der Medikamenten-Adhärenz in der Onkologie (Unveröffentlichte Dissertation). Hochschule Magdeburg-Stendal.
- Kreidel, Y., Himmelreich, V., Klaus, A.-M., Franke, G.H., Hinz, A., Brähler, E., Petrowski, K., Zenger, M. (2025): Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patientinnen mit Lipödem. *Psychosomatik, Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 75 (03/04), 103-111, doi: 10.1055/a-2541-7595.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation (WIPSOR): Studienprotokoll zu einer Längsschnittstudie mit Warte-Kontrollgruppe**

*Christian Schlett<sup>1</sup>; Julian Mack<sup>1</sup>; Marco Streibelt<sup>2</sup>; Nico Seifert<sup>2</sup>; Erik Farin-Glattacker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Freiburg; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die aktuelle Studienlage zur Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation basiert überwiegend auf Längsschnittstudien ohne Kontrollgruppen (Peters et al., 2022; Nübling et al., 2021). Die positiven Effekte, die sich in den Studien zeigten, können daher nicht eindeutig auf die psychosomatische Rehabilitation zurückgeführt werden. Ein entscheidender Grund, der die Durchführung kontrollierter Studien erschwert, liegt darin, dass der Beginn einer psychosomatischen Rehabilitation aus rechtlichen und ethischen Gründen nicht studienbedingt verzögert werden darf. Diese Einschränkung und deren Konsequenzen für die in Studien erzielbare Evidenz betreffen nicht nur die psychosomatische Rehabilitation, sondern auch andere Bereiche der medizinischen Rehabilitation (Raspe, Hüppe, 2014). Das vorliegende Projekt nutzt die aktuell langen Wartezeiten bis zur Inanspruchnahme der psychosomatischen Rehabilitation, um eine Studie mit Warte-Kontrollgruppe umzusetzen, ohne den Beginn der Rehabilitation zu beeinflussen.

Im Mittelpunkt des Projekts WIPSOR, das von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund gefördert wird (Laufzeit 07/2025 – 06/2028), steht die Prüfung der kurz- und mittelfristigen Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation auf das psychische Befinden (primärer Endpunkt), die berufliche Reintegration und die Arbeitsfähigkeit (sekundäre Endpunkte). Darüber hinaus wird die Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation in relevanten Untergruppen (z. B. Diagnosegruppen) untersucht und es werden Einflussfaktoren und Auswirkungen von Wartezeiten analysiert.

## **Methoden**

Im Projekt WIPSOR wird eine quantitative prospektive Längsschnittstudie mit Warte-Kontrollgruppen-Design durchgeführt, bei der Versicherte der Deutschen Rentenversicherung, die eine stationäre psychosomatische Rehabilitation bewilligt bekommen haben, über 14 Monate an bis zu 12 Online-Befragungen teilnehmen. Zur Erfassung der beruflichen Reintegration und zur Einbeziehung exakter Angaben zur Rehabilitation werden die prospektiv erhobenen Befragungsdaten mit Routinedaten der Reha-Statistik-Datenbasis der beteiligten DRVen verknüpft.

Zur Prüfung der Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation wird ein Warte-Kontrollgruppenvergleich angewendet, mit dem die Effekte zum Reha-Ende analysiert werden. Der Warte-Kontrollgruppenvergleich ermöglicht eine absolute Wirksamkeitsanalyse, welche den Effekt der Inanspruchnahme einer Rehabilitation gegenüber der Nichtdurchführung der Rehabilitation und einem Verbleib in der Usual-Care-Versorgung prüft. Vor dem Kontrollgruppenvergleich werden mit der angestrebten Stichprobe von 1.000 Teilnehmenden mittels Propensity Score-Matching (Kuss et al., 2016) Personenpaare gebildet, die sich hinsichtlich relevanter Einflussgrößen (d. h. konfundierender Merkmale) möglichst ähnlich sind und sich nur darin unterscheiden, ob sie bis zu einem bestimmten

Zeitpunkt eine stationäre psychosomatische Rehabilitation in Anspruch genommen haben (Interventionsgruppe) oder ob dies noch nicht der Fall war (Warte-Kontrollgruppe). Weiterhin soll ein Wachstumskurvenmodell angewendet werden, um eine Verlaufsanalyse der Reha-Effekte durchzuführen, welche die Zeiträume 3 und 6 Monate nach Reha-Ende umfasst, sowie die Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme der Reha (d. h. die Wartezeit).

## **Ergebnisse**

Im Rahmen der Studie wird das psychische Befinden und die Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden über einen Zeitraum von 14 Monaten an bis zu 12 Messzeitpunkten erfasst.

## **Diskussion und Fazit**

Das innovative Studiendesign nutzt die bestehenden langen Wartezeiten, um eine absolute Wirksamkeitsanalyse im Kontext der Routineversorgung umzusetzen, ohne den Beginn der Rehabilitation zu beeinflussen. Es ist zu erwarten, dass die WIPSOR-Studie Erkenntnisse zur allgemeinen Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation mit vergleichsweise hoher Evidenzstärke liefern wird. Zudem bietet die längsschnittliche Untersuchung die Chance, Einflussfaktoren und Auswirkungen von Wartezeiten detailliert und prospektiv zu untersuchen. Durch die Beteiligung von zwei regionalen und einem bundesweiten Rentenversicherungsträger wird eine breite Rekrutierung umgesetzt. Trotz des Einsatzes von Rekrutierungsstrategien, die Verzerrungen verringern sollen, unterliegt die Studienteilnahme aufgrund ihrer Freiwilligkeit einer Selbstselektion. Die Stichprobe wird somit zwar breit, aber nicht repräsentativ sein, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

## **Take-Home-Message**

Die Studie adressiert den Mangel an Evidenz zur absoluten Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation durch die Umsetzung eines innovativen Studiendesigns, das prinzipiell auch auf andere Bereiche der medizinischen Rehabilitation übertragbar ist.

## **Literatur**

- Kuss, O., Blettner, M., Börgermann, J. (2016): Propensity Score: An Alternative Method of Analyzing Treatment Effects. Deutsches Ärzteblatt International. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0597>
- Nübling, R., Schmidt, J., Bassler, M., Schulz, H. (2021): Evaluation psychosomatischer Rehabilitation. In Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation (pp. 425–437). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-22611-3.00013-4>
- Peters, M., Budde, A., Jeising, A., Lindner, J., Schulz, H. (2022): Behandlungsergebnisse in der Psychosomatischen Rehabilitation – Die Hersfelder Katamnese studie. Die Rehabilitation, 61(04), 240–249. <https://doi.org/10.1055/a-1865-1256>
- Raspe, H., Hüppe, A. (2014): Evidenzbasierung in der medizinischen Rehabilitation: Eine systematische Literaturübersicht am Beispiel der Indikation chronischer Rückenschmerz. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Evidenzbasierung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Evidenzbasierung2014.pdf), Zugriff am 6.10.2025

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund



## **Inanspruchnahme der Onlineplattform mico zur digitalen Rehavorbereitung**

*Linda Richter; Christof Schmidt; Maike Kothe; David Ittekkot; Bettina Begerow;  
Natalie Schütz*

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Eine strukturierte Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation kann entscheidend zum Erwartungsmanagement und Rehaerfolg beitragen (Bischoff et al., 2005).

Aus dem rehapro-Projekt BASE entstand die Onlineplattform mico zur digitalen Vorbereitung. Die Inhalte werden den Nutzenden auf Basis einer Bedarfsabfrage (Assessment) präsentiert und können eigenständig bearbeitet werden. Zusätzlich kann ein Reha-Coaching per Chat in Anspruch genommen werden. Die Projektzielgruppe umfasst langzeiterkrankte Versicherte, die als psychisch und somatoform beschwerdereich anzusehen ist (Baur et al., 2024) und ein erhöhtes Erwerbsminderungsrisiko aufweist. Im vorliegenden Ansatz soll die Inanspruchnahme des Angebotes dargestellt werden.

### **Methoden**

Folgende deskriptive Auswertungen zur Plattformnutzung beziehen sich auf Versicherte der DRV Oldenburg-Bremen, die von Krankenkasse oder Arbeitsagentur zur Rehaantragstellung aufgefordert wurden und eine Bewilligung für die Reha erhalten haben. Die Verweildauern auf der Plattform werden in Abhängigkeit von Assessmentangaben im Vorfeld der Plattformnutzung und trägerinternen Reha-Routinedaten betrachtet. Angegeben werden Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD). Die Teilnehmendenzahl beträgt  $n = 165$ , Rehadaten liegen für  $n=116$  vor, Assessmentangaben für  $n=98$  (Stand Oktober 2025).

### **Ergebnisse**

Das Durchschnittsalter beträgt  $51 \pm 11,3$  Jahre, etwa die Hälfte ist älter als 56 Jahre. 59 % der Teilnehmenden sind männlich, 58 % wurden von der Krankenkasse zur Antragstellung aufgefordert.

Vor Plattformnutzung geben 57 % der Teilnehmenden ( $n = 56$ ) an, keine Idee zu haben, wie ihnen die Reha bei der Bewältigung ihrer gesundheitlichen Situation helfen kann. Sie verweilen mit  $22 \pm 31$  min kürzer als die 44 Teilnehmenden, die hierzu eine gute Vorstellung haben ( $29 \pm 67$  min). 47 % der Nutzenden geben an, noch nicht zu wissen, was in der Reha passiert. Sie nutzen die Plattform mit  $32 \pm 64$  min länger als Personen mit Vorwissen ( $n = 18$ :  $18 \pm 25$  min).

Hinsichtlich der Bewilligungsindikation für die medizinische Reha zeigen Versicherte mit psychosomatischen Indikationen den längsten Verbleib ( $n = 38$ :  $166 \pm 516$  min), gefolgt von zusammengefassten sonstigen Indikationen ( $n = 34$ :  $38 \pm 113$  min) und Versicherten mit orthopädischen Indikationen ( $n = 44$ :  $22 \pm 56$  min).

Bei 41 % der Nutzenden besteht kein aktuelles sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Diese Teilmenge (n = 48) zeigt eine längere Verweildauer (46 ± 85 min) als Personen mit Beschäftigungsverhältnis (n = 68: 22 ± 33 min).

Personen mit AU-Zeiten von < 3 Monaten (n = 13) verbringen 16 min (± 22 min) und Personen mit AU-Zeiten von ≥ 6 Monaten (n = 91) 86 min (± 346) auf der Plattform.

Aus der medizinischen Reha werden 85 % mit einer Leistungsfähigkeit von 6+ Stunden für den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen. Teilnehmende mit einer Leistungsfähigkeit von < 3 h (n = 14) haben die Plattform vor der Reha 102 Minuten (±189) und Teilnehmende mit einer Leistungsfähigkeit von 6 h+ (n = 99) 72 Minuten (±326) genutzt.

## **Diskussion und Fazit**

Es zeigt sich, dass längere Verweildauern mit geringem Vorwissen bezüglich der Rehabilitationsbehandlung, einer psychosomatischen Indikation, dem Fehlen eines Beschäftigungsverhältnisses, längerer Arbeitsunfähigkeit und einer verminderten Leistungsfähigkeit assoziiert sind. Der Informationsbedarf und die Gefährdung der beruflichen Teilhabe stellen daher mögliche Gründe für eine stärkere Nutzung der Rehavorbereitung dar.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass mit mico Versicherte mit erhöhtem Unterstützungsbedarf erreicht werden und das Angebot zur Reduzierung von Informationsdefiziten und Stärkung der Teilhabeperspektiven beitragen kann.

## **Take-Home-Message**

Die unterschiedlichen Datenquellen helfen bei der Erklärung von Nutzungsverhalten und tragen wesentlich zur inhaltlichen und methodischen Weiterentwicklung des digitalen Rehavorbereitungsangebotes über mico bei.

## **Literatur**

- Baur, C., Schüz, N., Begerow, B., Brütt, A.-L. (2024): Wenn die medizinische Rehabilitation aufgrund gesetzlicher Bestimmungen veranlasst wird: Befürchtungen und Motivation zur Antragstellung Aufgeforderter. DRV-Schriften. Bd. 130, S. 385-387.
- Bischoff, C., Goenner, S., Ehrhardt, M., Limbacher, K. (2005): Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse des Bad Dürkheimer Prae-Post-Projekts. Verhaltenstherapie, 15 (2), 78-87. <https://doi.org/10.1159/000084624>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales – rehapro

# **Unterschiedliche Zugangswege – ähnliche Belastung?**

## **Vergleich psychosozialer und psychischer Beschwerdeschilderung zwischen AU-Patient:innen und Personen mit abgelehntem Reha-Antrag**

*Alexander Shifrin*

SRH Medinet Burgenlandklinik

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische Störungen gehören zu den dritthäufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und nehmen laut dem DAK-Psychreport stetig zu. Zwischen 2013 und 2023 stiegen die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen um 52 % (DAK-Gesundheit, 2024). Da Betroffene häufig erst spät im Erkrankungsverlauf erreicht werden, kommt der Rekrutierung zu präventiven Versorgungsangeboten eine besondere Bedeutung zu, um künftig ein früheres Erreichen dieser Zielgruppe zu ermöglichen.

Im Rahmen des Projekts PE<sup>3</sup>PP (Projekt zur Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer psychosozialen App-gestützten Präventionsmaßnahme), das von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland geleitet wird, werden Teilnehmende aus einer der beiden Interventionskliniken, in denen die entwickelte Maßnahme RV Fit Psychische Gesundheit durchgeführt wird, mit Teilnehmenden einer psychosomatischen Rehabilitation aus der selben Klinik verglichen. Dieses Angebot richtet sich an Personen in Arbeitsunfähigkeitszeit (AU) mit psychischer Vordiagnose sowie an Personen mit abgelehntem Reha-Antrag. Beide Gruppen zeigen psychische und psychosomatische Belastungen, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Zugangswege. Dabei wird insbesondere der Aufnahmestatus der Teilnehmenden in Bezug auf psychische Belastungen und psychosoziale Ressourcen untersucht, um Unterschiede zwischen Präventions- und Rehabilitationsklientel zu identifizieren.

Der vorliegende Beitrag betrachtet ausschließlich die stationäre Phase der Präventionsmaßnahme und verfolgt das Ziel, die Ausgangsbelastungen der beiden Zugangswege der Präventionsgruppen untereinander sowie mit einer Rehabilitationsgruppe zu vergleichen.

### **Methoden**

Die retrospektive Einrichtungsstudie umfasste Daten von Januar bis September 2025. Eingeschlossen wurden Teilnehmende zwischen 18 und 70 Jahren mit Diagnosen aus den Bereichen der affektiven Störungen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Die Stichprobe (n=156) bestand aus drei Gruppen aufgeteilt in psychosomatische Rehabilitation (n=52), psychosoziale Prävention nach abgelehntem Reha-Antrag (n=52) und psychosoziale Prävention nach AU-Zeit (n=52). Der Zugangsweg über Arbeitsunfähigkeit setzte eine AU zwischen 12 und 21 Tagen (AOK Plus) sowie eine gesicherte Diagnose einer Störung aus den genannten Kategorien voraus. Erfasst wurden die HEALTH-49-Skalen zu somatoformen und psychischen Beschwerden, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation sowie sozialer Unterstützung (Rabung et al., 2009). Die Gruppenvergleiche erfolgten mittels einer einfaktoriellen MANOVA bei Prüfung von Normalverteilung und Multikollinearität und einfaktoriellen ANOVAs im Rahmen von Post-hoc-Tests (Turkey-HSD). Als abhängige Variablen galten vier Skalen des HEALTH-49 (Somatoforme und Psychische Beschwerden,

Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung) sowie die soziodemografischen Daten Alter und Geschlecht. Der Zugangsweg stellte die unabhängige Variable dar.

## **Ergebnisse**

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe lag bei 51,4 Jahre ( $\pm 9,9$  Jahre). Die Stichprobe bestand zu 64,1 % aus weiblichen Personen. Die einfaktorielle MANOVA zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Zugangswegen für die kombinierten abhängigen Variablen ( $p = ,041$ ; partielles  $\eta^2 = ,098$ ; Wilk's  $\Lambda = ,813$ ). Post-hoc ergaben sich zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die soziodemografischen Variablen. Die AU-Gruppe zeigte signifikant niedrigere Werte als die Reha-Gruppe bei den Skalen Somatoforme und Psychische Beschwerden ( $p < ,012$ ;  $\eta^2 = ,05$ ), Selbstwirksamkeit ( $p < ,010$ ;  $\eta^2 = ,06$ ) und Aktivität und Partizipation ( $p < ,006$ ;  $\eta^2 = ,06$ ). Im Vergleich zur Gruppe mit abgelehnten Reha-Anträgen wies die AU-Gruppe keine signifikanten Unterschiede in keiner der untersuchten Skalen auf. Ebenso unterschieden sich die Gruppen Reha und abgelehnte Reha nicht signifikant voneinander. Bei der Skala Soziale Unterstützung konnten über alle Gruppen hinweg keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die untersuchten Personen in Arbeitsunfähigkeitszeit und die Personen mit abgelehntem Reha-Antrag trotz unterschiedlicher Zugangswege vergleichbare psychosoziale und psychische Ausgangsbelastungen aufweisen. Die Reha-Gruppe zeigte signifikant höhere Belastungswerte als die AU-Gruppe, während zur Gruppe der abgelehnten Reha-Anträge keine Unterschiede bestanden. Dieses Muster verdeutlicht, dass sich der klinische Belastungsgrad im Reha-Setting erwartungsgemäß über dem der Präventionsgruppen bewegt, welche jedoch untereinander ähnliche Belastungen zeigten.

## **Take-Home-Message**

Trotz unterschiedlicher Zugangswege zeigen Personen mit abgelehntem Reha-Antrag und Patient:innen in Arbeitsunfähigkeitszeit vergleichbare psychische und psychosoziale Belastungen. Damit spricht die Studie dafür, dass psychosoziale Präventionsmaßnahmen beide Gruppen gleichermaßen wirksam erreichen können und eine wichtige Brücke zwischen Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation bilden.

## **Literatur**

- DAK-Gesundheit. (2024): PSYCHREPORT 2024: Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2013 - 2023: DAK-Gesundheit. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/57370/data/0114eed547a91f626b09d8265310d1e5/dak-psychreport-ergebnispraesentation.pdf>
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H. U., Schulz, H. (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49) [Psychometric analysis of a short form of the "Hamburg Modules for the Assessment of Psychosocial Health" (HEALTH-49)]. Zeitschrift für Psychosomatische

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

## **Wege zur Rehaklinik: Informationsquellen und Entscheidungsmuster aus Sicht von Patient:innen**

*Gina-Sophie Labahn; Annabelle Neudam; Alexander Mühlhause*

DasRehaportal.de

### **Hintergrund und Zielstellung**

Wie Patient:innen auf Rehakliniken aufmerksam werden und welche Informationsquellen ihre Entscheidung beeinflussen, ist für die Gestaltung von Patientenwegen, die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 8 SGB IX) sowie für das Reha-Marketing von hoher Relevanz. Seit dem 1. Juli 2023 ist die Deutsche Rentenversicherung Bund gemäß § 15 SGB VI verpflichtet, Qualitätsergebnisse aus der externen Qualitätssicherung zu veröffentlichen (Beck et al., 2024). Dieses gesetzlich verankerte Public Reporting stärkt das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten, erhöht die Transparenz im Rehabilitationssektor und schafft zusätzliche Anreize für Qualitätsverbesserungen. Vor diesem Hintergrund gewinnen empirische Erkenntnisse über Informationsquellen und Entscheidungsprozesse von Patient:innen an Bedeutung. Ziel der Untersuchung war es, auf Basis einer großen und trägerübergreifenden Datenerhebung Trends und Unterschiede bei der Informationssuche und Entscheidungsfindung von Patient:innen zu analysieren.

### **Methoden**

Grundlage der Analyse war ein Datensatz aus der kontinuierlichen Patientenzufriedenheitsbefragung von DAS REHAPORTAL, deren Ergebnisse im Trendreport 2025 veröffentlicht wurden (DAS REHAPORTAL, 2025). Die Erhebung erfolgte zwischen 2019 und 2023 in 226 ambulanten und stationären Rehakliniken aus 19 unterschiedlichen Fachbereichen. Insgesamt konnten  $N = 250.778$  Datensätze ausgewertet werden. Die Datenerhebung erfolgte standardisiert bei Entlassung der Patient:innen direkt durch die Einrichtungen, wahlweise papierbasiert oder elektronisch. Bestandteil des Fragebogens war die Frage „Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?“. Die Angaben wurden deskriptiv ausgewertet und nach Jahr, Fachbereich sowie Rehaform (ambulant / stationär) differenziert, um Entwicklungen im Zeitverlauf und Unterschiede zwischen Indikationen sichtbar zu machen.

### **Ergebnisse**

Die Auswertung zeigt deutliche Veränderungen der Informationsquellen, über die Patient:innen auf Rehakliniken aufmerksam werden. Empfehlungen durch Kostenträger (GKV/DRV) haben deutlich an Bedeutung verloren: Ihr Anteil sank von 41,9 % im Jahr 2019

auf 27,2 % im Jahr 2023 (siehe Abbildung 1). Auch die räumliche Nähe als Entscheidungskriterium nahm ab, von 25,5 % auf 18,3 %. Gleichzeitig gewinnen individuelle und digitale Faktoren an Einfluss. Besonders onkologische Patient:innen informieren sich häufiger online oder über Vergleichsportale (20 %), während bei kardiologischen Patient:innen der Ruf der Klinik (24 %) eine zentrale Rolle spielt. In der ambulanten Rehabilitation hat die Empfehlung des Krankenhauses mit 44,1 % für kardiologische Patient:innen ein deutlich höheres Gewicht als bei orthopädischen Patient:innen (22,0 %). Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass sich Informationsquellen und Entscheidungsmuster nach Indikation, Rehaform und über die Zeit hinweg teilweise erheblich unterscheiden.

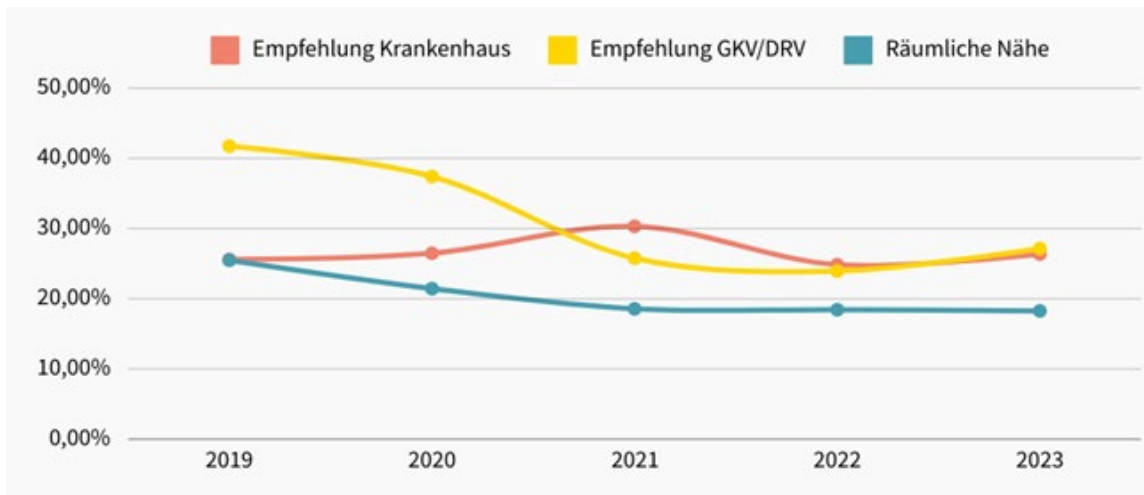


Abbildung 1

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich das Informationsverhalten von Patient:innen in der Rehabilitation im Wandel befindet. Empfehlungen durch Kostenträger verlieren zugunsten individueller und digitaler Informationsquellen an Relevanz. Damit rücken Transparenz und öffentliche Verfügbarkeit von Qualitätsinformationen zunehmend in den Fokus. Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit der Einführung gesetzlicher Maßnahmen zur Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 15 SGB VI), deren konkrete Auswirkungen jedoch erst in zukünftigen Erhebungen abgebildet werden können. Da die vorliegende Datengrundlage den Zeitraum 2019–2023 umfasst, spiegeln die Befunde überwiegend den Zeitraum vor der Einführung des neuen Public Reporting der Deutschen Rentenversicherung wider. Unterschiede nach Indikation und Rehaform weisen darauf hin, dass Informationsstrategien künftig gezielter ausgestaltet werden sollten. Folgeanalysen sollen aufzeigen, wie sich gesetzliche Änderungen und digitale Informationsangebote langfristig auf das Entscheidungsverhalten von Patient:innen auswirken.

## Take-Home-Message

Das Informationsverhalten von Patient:innen in der Rehabilitation verändert sich deutlich, digitale Quellen gewinnen an Bedeutung, während Kostenträgerempfehlungen zurückgehen; gesetzliche Neuerungen dürften diesen Trend künftig weiter verstärken.

## Literatur

- Beck, L., Kowalska, K., Falk, J. (2024): Public Reporting im Gesundheitssystem: Neue Aufgabe für die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. *Gesundheitswesen*, 86 (08/09), S. 536. <https://doi.org/10.1055/a-2322-6076>
- DAS REHAPORTAL (2025): Trendreport 2025 – Wie werden Patient:innen auf Rehakliniken aufmerksam? Online verfügbar unter: <https://www.dasrehaportal.de/media/website/original/b5/a6/trendreport-2025.pdf> [Zugriff: 06.11.2025].

Interessenkonflikt: Die Autor:innen sind Mitarbeitende von DAS REHAPORTAL, der Organisation, die die zugrunde liegenden Patientenbefragungen im Rahmen des Public-Reporting-Portals erhoben und ausgewertet hat. Ein finanzielles oder persönliches Interesse an den dargestellten besteht nicht.

Förderung: -

## **Zugangsbarrieren zur medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Verwaltungsbeschäftigten – Ergebnisse einer qualitativen Studie in Niedersachsen**

*Merle Schulze; Katrin Stache; Christian Ebner*

Technische Universität Braunschweig

### **Hintergrund und Zielstellung**

Beschäftigte in der Verwaltung sehen sich vielfältigen Anforderungen gegenüber, von hoher Verantwortung und Aufgabenüberlastung, über emotional belastende Situationen bis hin zu komplexen Abstimmungsprozessen und Rechtslagen – mit teils negativen langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit (Hünefeld, 2020). Präventions- und Rehabilitationsangebote stellen hier zentrale Instrumente dar, um die berufliche Teilhabe von Beschäftigten zu sichern und Krankheitsverläufe abzumildern (DRV Bund, 2023). Empirische Studien zeigen jedoch, dass der Zugang zu diesen Leistungen nicht für alle Personen gleichermaßen gegeben ist und Barrieren an verschiedenen Stellen des Zugangsprozesses auftreten können (Deck, 2008; Giesler et al., 2020).

### **Methoden**

Vor diesem Hintergrund beleuchtet der Beitrag zentrale Barrieren auf individueller, betrieblicher und institutioneller/struktureller Ebene beim Leistungszugang und stellt Ansatzpunkte heraus, wie der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation verbessert werden kann. Dafür wurden sieben ausführliche leitfadengestützte Interviews mit stark belasteten Beschäftigten aus unterschiedlichen Bereichen der Verwaltung (kommunal, Landesverwaltung, Hochschulverwaltung und Privatwirtschaft) geführt. Die Auswahl der Interviewpersonen erfolgte gezielt anhand verschiedener Selektionskriterien, darunter Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungshintergrund, Arbeits(zeit)modell sowie Teilnahme an gesundheitsbezogenen Leistungen. Durch diese Auswahl konnten unterschiedliche Lebens- und Arbeitssituationen berücksichtigt werden, wodurch die Analyse vielfältiger

Perspektiven innerhalb der Daten ermöglicht wurde. Die Rekrutierung der Beschäftigten erfolgte über mehrere Kanäle: darunter Kontakte im dienstlichen Umfeld, die Weiterleitung von Informationsmails mit speziell erstellten Materialien, ausgelegte Flyer in beteiligten Verwaltungen und Unternehmen, Bekanntmachung auf Netzwerkveranstaltungen sowie über eine eigens konzipierte Homepage.

Anschließend erfolgte die Transkription und Anonymisierung der Interviews sowie die Datenauswertung nach der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2018).

## **Ergebnisse**

Die kategoriengeleitete Analyse zeigt, dass Barrieren für Verwaltungsbeschäftigte in mehreren Dimensionen bestehen und der Zugang zur medizinischen Rehabilitation durch eine Vielzahl ineinandergreifender Hürden erschwert wird.

Zentrale individuelle Hemmnisse bestehen in Informations- und Wissensdefiziten über Anspruch, Verfahren und Zuständigkeiten. Auf betrieblicher Ebene fehlen häufig klare Unterstützungsstrukturen. Teilweise sind zwar Strukturen wie BGM oder Sozialdienste vorhanden, diese greifen jedoch nicht systematisch in den Rehabilitationsprozess der Mitarbeitenden ein. Unter anderem dadurch liegt die Verantwortung häufig alleine bei den Beschäftigten, die sich in ihrem Krankheitsverlauf selbstständig durch ein komplexes Verfahren bewegen müssen. Auf struktureller Ebene wird die Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses als komplex und intransparent, zu bürokratisch und schwer nachvollziehbar beschrieben. Zuständigkeiten zwischen Kostenträger:innen, Ärzt:innen und Leistungserbringer:innen sind häufig unklar. Auch zwischen diesen Akteur:innen und den Betroffenen selbst bestehen Kommunikationslücken, welche die Inanspruchnahme erschweren. Die Beschäftigten erleben diesen Prozess als zusätzliche Belastung. Diese Faktoren führen dazu, dass besonders belastete Beschäftigte die Angebote häufig nicht in Anspruch nehmen oder Leistungen nicht beantragen, obwohl ein Bedarf besteht. Alles in allem zeigt sich, dass auch administrativ Arbeitende durch systemische Komplexität benachteiligt werden, obwohl gerade sie Erfahrungen mit bürokratischen Vorgängen und Prozessen besitzen. Hinzu kommen fehlende Vertretungsregelungen, wodurch längere Abwesenheiten, etwa für eine Rehabilitation, vermieden werden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse sprechen für eine Reorganisation auf allen drei Ebenen: Auf individueller Ebene bedarf es niedrigschwelliger Informations- und Beratungsangebote, beispielsweise durch regelmäßige Beratungen oder zeitlich unabhängiger digitaler Tools. Auf betrieblicher Ebene könnte nach Angabe der Befragten die Rolle von Führungskräften gestärkt werden. Handlungsleitfäden könnten dazu beitragen, Rehabilitationsverfahren als einen Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verstehen und Beschäftigte frühzeitig und umfassend zu unterstützen. Auf struktureller Ebene sind eine Vereinfachung der Antragsverfahren und eine bessere digitale Vernetzung zwischen beteiligten Akteur:innen zentrale Voraussetzung, um den Zugang gerechter, effizienter und transparenter zu gestalten.



## Take-Home-Message

Individuelle Wissenslücken, fehlende betriebliche Unterstützung und strukturelle Komplexität erschweren Verwaltungsbeschäftigten den Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Chancengerechte Teilhabe erfordert abgestimmte Maßnahmen auf individueller, betrieblicher und struktureller Ebene.

## Literatur

- Deck, R. (2008): Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. In: Das Gesundheitswesen, 70, S. 582-589. DOI: 10.1055/s-0028-1086014
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (2023): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Abrufbar unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha\\_forschung/Strategie\\_Rehabilitation\\_Praevention\\_DRV\\_2023.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/Strategie_Rehabilitation_Praevention_DRV_2023.html) [Stand 10.04.2025].
- Giesler, J.; Klindtworth, K.; Nebe, A., Glattacker, M. (2019): Medizinische Rehabilitation bei MS: Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme aus Patientensicht. In: Rehabilitation, 59(2), S.112-119. DOI: 10.1055/a-0965-0977
- Hünefeld, L. (2020): Öffentlicher Dienst: hohe Arbeitsintensität, starke Belastung. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). BIBB/BAuA-Faktenblatt 32. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. DOI: 10.21934/baua:fakten20200211
- Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

**BDI-II oder BDI-FS –  
Welcher Fragebogen eignet sich besser  
zum Screening auf Depression bei Post-COVID Patienten**

*Sharlyn Janine Salaj<sup>1</sup>; Alexa Alica Kupferschmitt<sup>2</sup>; Birgit Wagner<sup>3</sup>; Volker Köllner<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund; <sup>2</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin;

<sup>3</sup> Medical School Berlin (MSB); <sup>4</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow

**Hintergrund und Zielstellung**

Das Post COVID-Syndrom stellt mit mehreren hunderttausend Betroffenen in Deutschland eine große Herausforderung für unser Gesundheitswesen insgesamt und speziell für die Rehabilitation dar. Es gibt gute Belege dafür, dass psychosoziale Belastungen und Komorbiditäten wie die Depression bei der Entstehung und Auslösung eine bedeutende Rolle spielen (Engelmann, 2024). Für die Therapieplanung und die sozialmedizinische Beurteilung in der Rehabilitation ist das schnelle und zuverlässige Erkennen einer komorbiden Depression bei PCS von besonderer Bedeutung. Unklar ist, mit welchem Screening-Instrument diese valide erfasst werden kann, da eine relevante Überschneidung der Symptome mit der Fatigue besteht (Gündel, Köllner, 2025). Somit besteht – ähnlich wie z. B. bei der Herzinsuffizienz – die Gefahr einer Überschätzung der Depressionsprävalenz durch somatisch konfundierte Items (z. B. Schlafstörung, Appetitlosigkeit, Erschöpfung; Delville, McDougall, 2008). In diesem Kontext gewinnen standardisierte Depressionsfragebögen wie das Beck-Depressions-Inventar- II (BDI-II) und dessen verkürzte und an körperliche Komorbidität adaptierte Version, das Beck-Depressions-Inventar- Fast Screen (BDI-FS), an Bedeutung.

Untersucht werden soll, ob die ohne somatische Items konzipierte Kurzversion BDI-FS eine höhere Validität im Screening erreicht als das BDI-II und ob letzteres die Depressionsprävalenz überschätzt. Die 7 Items des BDI-FS sind im BDI-II (21 Items) vollständig enthalten.

**Methoden**

In dieser nicht-randomisierten Querschnittstudie wurde die diagnostische Leistungsfähigkeit des BDI-II (Beck et al., 1996) und des BDI-FS (Beck et al., 2000) bei Patienten mit PCS und psychosomatischen Patienten in der Rehabilitation (N = 799, davon 141 PCS-Patienten, 67,6 % weiblich, Depressionsprävalenz = 63,0 %, Alter: M = 51,6, Range: 20-66 Jahre; Datenerhebung 8/24-8/25) im Rehabilitationskontext mittel ROC-Analyse verglichen. Als Referenz galt hier die nach ADMP-Kriterien erhobene und durch fachärztliche Zweitsicht abgesicherte klinische Diagnose.

**Ergebnisse**

Entgegen der Erwartungen zeigen das BDI-II (AUC=,79) und BDI-FS (AUC=,81) eine vergleichbare Diskriminationsleistung zur Identifizierung einer Depressionsdiagnose bei den Patienten, die sich nicht signifikant unterscheidet (p=,359). Das BDI-II weist jedoch im Mittel

höhere Depressionsschweregrade für dieselbe Stichprobe auf als das BDI-FS, was eine Überschätzung durch die Einbeziehung somatischer Items nahelegt. PCS-Patienten berichten zudem signifikant geringere Belastungen bei den somatischen ( $p=,002$ ;  $r = ,11$ ) und emotionalen Items ( $p < ,001$ ;  $r = ,43$ ) des BDI-II im Vergleich zu den psychosomatischen Rehabilitationspatienten.

### **Diskussion und Fazit**

Das BDI-II findet bei PCS- und psychosomatischen Patienten eine höhere Symptombelastung als das BDI-FS, dies führt aber nicht zu einer Überschätzung der Depressionsprävalenz. Für die Praxis bedeuten die Ergebnisse, dass beide Instrumente effektive Screeningverfahren für Post-COVID Patienten im Rehabilitationskontext sind, wobei das BDI-FS mit nur 7 Items ökonomischer einsetzbar ist. Hinzu kommt, dass das BDI-II den Schweregrad der Depression eher überschätzt.

### **Take-Home-Message**

Sowohl das BDI-II als auch die Kurzform BDI-FS sind zum Screening auf Depression beim Post COVID-Syndrom geeignet. Das BDI-II ist jedoch deutlich länger und neigt dazu, den Schweregrad der Depression eher zu überschätzen.

### **Literatur**

- Beck, A., Steer, R., Brown, G. (1996): Beck Depression Inventory, 2nd edn. Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G. (2000): BDI-Fast Screen for Medical Patients Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.
- Delville, C.L., McDougall, G. (2008): A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. *Issues Ment Health Nurs.* 2008 Sep;29(9):1002-17. doi: 10.1080/01612840802274867. PMID: 18770104; PMCID: PMC6408746.
- Engelmann, P., Reinke, M., Stein, C., Salzmann, S., Löwe, B., Toussaint, A., Shedden-Mora, M. (2024): Psychological factors associated with Long COVID: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2024 Jul 26;74:102756. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102756. PMID: 39764180; PMCID: PMC11701445.
- Gündel, H., Köllner, V. (2025): Begutachtung bei Post-COVID-Erkrankungen. *Ärztliche Psychotherapie*, 20 (4), 284 – 289. DOI 10.21706/aep-20-4-284

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Begleitende Unterstützung der Rückkehr in Arbeit nach Post-COVID-Rehabilitation: Studienprotokoll einer clusterrandomisierten Studie**

*Sofia Petrak<sup>1</sup>; Janett Görke<sup>2</sup>; Matthias Bethge<sup>1</sup>; David Fauser<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Auch Monate nach durchlebter SARS-CoV-2-Infektion sind Menschen mit Post-COVID-Syndrom (PCS) von vielfältigen, oft langanhaltenden Symptomen betroffen (Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022). Ein Großteil der Betroffenen befindet sich im erwerbsfähigen Alter (Ayoubkhani et al., 2024), doch selbst nach Abschluss einer PCS-Rehabilitation bleibt ihre Arbeitsfähigkeit häufig eingeschränkt. Persistierende Symptome wie Fatigue und kognitive Einschränkungen erschweren die berufliche Rückkehr (Kupferschmitt et al., 2023). Zunehmend kommt es bei Betroffenen mit PCS zum Übergang in die Erwerbsminderungsrente (Trefzer, Tornow-Walther, 2025). Aufgrund der heterogenen und komplexen Symptomatik sind langfristige Ansätze, die Beschwerden individuell berücksichtigen und Arbeitsplatzanpassungen fördern, entscheidend (Rutsch, Deck, 2025). Geeignete berufsorientierte Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe sowie Evidenz zu deren Wirksamkeit liegen bislang kaum vor.

Das Forschungsvorhaben RTW-PCR (DRKS00036568) prüft die Umsetzung und Wirksamkeit einer berufsorientierten Intervention zur Unterstützung der Rückkehr in Arbeit nach abgeschlossener PCS-Rehabilitation.

## **Methoden**

Zielgruppe unserer clusterrandomisierten kontrollierten Studie sind Rehabilitand:innen mit abgeschlossener PCS-Rehabilitation, bestehendem Arbeitsverhältnis und prognostisch sechsmonatiger Leistungseinschränkung. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz über diesen Zeitraum hinaus gilt mit zusätzlicher Unterstützung als realistisch. Teilnehmende werden in sechs Rehabilitationskliniken in Clustern (Aufnahme innerhalb eines vierwöchigen Zeitraums) randomisiert in die Interventions- (n = 77) oder Kontrollgruppe (n = 77) zugewiesen. Nach Zustimmung des Arbeitgebenden sowie Bewilligung der Maßnahme durch den zuständigen Rentenversicherungsträger erhält die Interventionsgruppe nach Abschluss der Rehabilitation eine neu konzipierte, berufsorientierte Maßnahme zur Unterstützung der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die Kontrollgruppe verbleibt in herkömmlicher Versorgung.

Die Intervention wird von vier Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation umgesetzt, die wohnortnahe Versorgungsgebiete abdecken, und erfolgt in Kooperation mit fünf Trägern der Deutschen Rentenversicherung. Ein eigens gegründeter Beirat der beteiligten Rentenversicherungsträger begleitet die Umsetzung. Die Interventionsmerkmale wurden in einem zweistufigen Delphi-Prozess mit 13 Expert:innen aus der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitationseinrichtungen und Forschung konsentiert. Die maximal zwölfmonatige Intervention greift auf bewährte Elemente der beruflichen Rehabilitation zurück und ist in zwei Phasen strukturiert:

- Diagnostik- und Trainingsphase (mindestens zwei Monate): umfasst die Erarbeitung eines Wiedereingliederungsplans, eine berufsbezogene Diagnostik mit Profilvergleich zwischen Arbeitsplatzanforderungen und individuellen Fähigkeiten sowie eine Arbeits- und Belastungserprobung.
- Wiedereingliederungsphase (mindestens sechs Monate): beinhaltet eine individuell angepasste Rückkehr an den Arbeitsplatz (z. B. durch schrittweise Erhöhung, Anpassung der Arbeitszeit oder modifizierte Tätigkeiten) begleitet durch ein engmaschiges, ganzheitliches Coaching.

Während der Intervention erhalten die Teilnehmenden bedarfsorientierte Unterstützungsangebote wie neuropsychologische Trainings oder Bewegungsangebote und werden durch regelmäßige Treffen begleitet. Arbeitgebende werden durch fortlaufende Abstimmungen aktiv in den Prozess eingebunden.

Zum Rehabilitationsende sowie nach zwölf und 18 Monaten werden standardisierte Fragebogenerhebungen durchgeführt. Zudem nutzen wir Daten aus den Reha-Entlassungsberichten und der Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR). Primäres Zielkriterium ist die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit 18 Monate nach Ende der Rehabilitation (Work Ability Score). Sekundäre Zielkriterien umfassen gesundheits- und berufsbezogene Parameter. Weitere Kriterien betreffen die Interventionsdurchführung, die Machbarkeit der Intervention und des Studiendesigns. Die Auswertung erfolgt mittels deskriptiver Methoden sowie gemischter Mehrebenenmodelle.

Ergänzend werden leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden der Interventionsgruppe (n = 16) nach der Rehabilitation sowie nach zwölf Monaten durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Das Projekt startete Anfang des Jahres 2025. Die Rekrutierung von Teilnehmenden begann im September 2025 und wird voraussichtlich bis April 2026 andauern.

## **Diskussion und Fazit**

Die Studie liefert Erkenntnisse zur Umsetzung, Akzeptanz und potenziellen Wirksamkeit der Intervention, die eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nach PCS-Rehabilitation unterstützt. Sie ermöglicht die Beschreibung der heterogenen Symptomatik der Betroffenen, der Entwicklung ihrer Arbeitsfähigkeit sowie des weiteren Versorgungsbedarfs.

Das Vorhaben bietet für die Rehabilitationsforschung Hinweise zur Machbarkeit und Wirksamkeit komplexer Interventionen bei PCS und unterstützt die Durchführung clusterrandomisierter kontrollierter Studien. Für die Rehabilitationspraxis schafft das Konzept eine Grundlage zur Verstetigung langfristiger, individualisierter Maßnahmen zur Förderung beruflicher Teilhabe und zur Weiterentwicklung von Versorgungsleitlinien bei PCS.

## **Take-Home-Message**

Das neuartige Nachsorgekonzept für Rehabilitand:innen mit PCS unterstützt eine individualisierte berufliche Wiedereingliederung und generiert Erkenntnisse zur Machbarkeit, Wirksamkeit und potenziellen Übertragbarkeit in die Regelversorgung.

## Literatur

- Ayoubkhani, Zaccardi, Pouwels, Walker, Houston, Alwan, Martin, Khunti, Nafilyan (2024): Employment outcomes of people with Long Covid symptoms: community-based cohort study. *Eur. J. Public Health*, 34(3), 489–496.
- Global Burden of Disease Long COVID Collaborators (2022): Estimated global proportions of individuals with persistent fatigue, cognitive, and respiratory symptom clusters following symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021. *JAMA*, 328, 1604–1615.
- Kupferschmitt, Langheim, Tüter, Etzrodt, Loew, Köllner (2023): First results from post-COVID inpatient rehabilitation. *Front Rehabil Sci*, 3, 1093871.
- Rutsch, Deck (2025): Berufsbezogene Teilhabeeinschränkungen von Rehabilitand\* innen mit Long COVID im zeitlichen Verlauf–Befunde einer qualitativen Untersuchung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.*
- Trefzer, Tornow-Walther (2025): Medizinische Rehabilitationen bei Post-COVID-Syndrom, in: 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Return to Work Post-COVID Betroffener – Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten: Eine qualitative Bestandsaufnahme**

*Elisabeth Kraft; Wiebke Wrage; Anika Schulz*

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

## Hintergrund und Zielstellung

Post-COVID ist durch komplexe, langanhaltende körperliche, kognitive und psychische Symptome gekennzeichnet, die eine nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben erschweren. Zudem ist der Verlauf der Erkrankung unvorhersehbar und eine Überschreitung von Belastungsgrenzen kann zu Verschlechterungen führen. Dies stellt sowohl Beschäftigte als auch Betriebe vor Herausforderungen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Unterstützungsbedarfe und Herausforderungen bei der betrieblichen Wiedereingliederung von Post-COVID-Betroffenen zu identifizieren und daraus Handlungsimpulse für den betrieblichen Wiedereinstieg abzuleiten.

## Methoden

Es wurden 20 problemzentrierte Einzelinterviews mit Personen mit ärztlich festgestellter Post-COVID-Diagnose (ICD-10: U09.9, Selbstangabe) geführt und nach Kuckartz und Rädiker (2022) ausgewertet. Der Fokus der Auswertung lag auf arbeitsbezogenen Herausforderungen, Unterstützungsnetzwerken und rehabilitativen Erfahrungen. Ergänzend wurden Kontextfaktoren zu medizinischer und psychosozialer Versorgung berücksichtigt.

## **Ergebnisse**

Die Analyse zeigt vielfältige Unterstützungsbedarfe auf medizinischer, sozialer und beruflicher Ebene. Hausärztinnen übernehmen eine Schlüsselrolle bei der Steuerung therapeutischer Maßnahmen und Bestätigung vorhandener Beschwerden. Für eine erfolgreiche betriebliche Reintegration erweisen sich Flexibilität von Seiten des Arbeitgebers und Maßnahmen wie Anpassung von Arbeitszeit, Arbeitsort oder Aufgaben als essenziell. Zudem betonen viele Betroffene, dass die Kombination aus medizinischer Begleitung, Arbeitgeberverständnis und sozialer Unterstützung (z. B. Selbsthilfegruppen) für den Genesungsprozess wichtig sind. Als Barrieren werden mangelndes Krankheitsverständnis seitens der Arbeitgeber sowie Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz beschrieben.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse bieten Einblicke in aktuelle Return to Work-Prozesse und zeigen Ansatzpunkte auf, wie der Übergang von der Bereitstellung von Ressourcen hin zur tatsächlichen Teilhabe am Arbeitsleben besser gestaltet werden kann. Sie unterstreichen die Bedeutung eines individuell abgestimmten und interdisziplinär gestalteten Therapie- und Rückkehrprozesses. Dafür sind ein umfassendes Krankheitsverständnis sowie eine hohe Flexibilität sowohl seitens des therapeutischen Systems als auch der betrieblichen Akteure entscheidend. Neben medizinisch-therapeutischen Maßnahmen sollten verstärkt auch psychosoziale Komponenten (z. B. Selbsthilfe, psychologische Begleitung) sowie arbeitsbezogene Faktoren (z. B. flexible Arbeitsgestaltung) berücksichtigt werden – sowohl durch das Gesundheitssystem als auch durch Arbeitgeber – um eine nachhaltige Rückkehr in Arbeit zu ermöglichen.

## **Take-Home-Message**

Eine erfolgreiche Post-COVID-Rehabilitation erfordert flexible, interdisziplinäre, personenzentrierte Ansätze, die medizinische, psychosoziale und arbeitsbezogene Unterstützungsmaßnahmen verbinden.

## **Literatur**

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung : Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-6231-1.pdf>.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom: Eine Prä-Post-Analyse

*Maksim Meremianin<sup>1</sup>; Monika Reuß-Borst<sup>1</sup>; Monika Sadlonova<sup>2</sup>; Grec Arpad<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> HESCURO Klinik Bad Bocklet; <sup>2</sup> Universitätsmedizin Göttingen

## Hintergrund und Zielstellung

Regelmäßig werden Patienten mit Post-COVID-Syndrom (PCS) zur stationären psychosomatischen Rehabilitation aufgenommen. Das PCS ist durch eine heterogene Symptomatik gekennzeichnet, die neben somatischen Beschwerden auch eine hohe Prävalenz psychischer Komorbiditäten aufweist (Pan et al., 2023). Bislang ist jedoch unzureichend geklärt, inwieweit sie von den etablierten multimodalen Programmen profitieren und ob spezifische psychosomatische Therapieanpassungen notwendig sind. Ziel dieser Studie war es daher zu untersuchen, welche Symptomdomänen des PCS gut auf eine standardisierte psychosomatische Rehabilitation ansprechen und wo möglicher Anpassungsbedarf besteht.

## Methoden

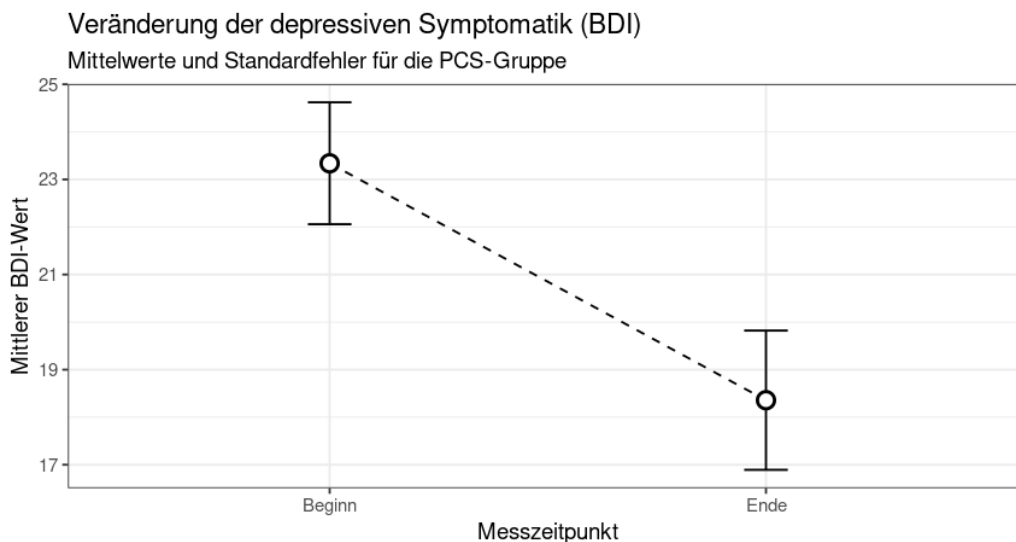
Wir haben 61 Patienten (n=61) mit diagnostiziertem PCS, entsprechend der gängigen Definition (Soriano et al., 2022), die zu einer fünföchigen psychosomatischen Rehabilitation aufgenommen wurden, in einer prospektiven Kohortenstudie untersucht. Mittels einer Prä-Post-Analyse wurden Symptome und deren Schweregrad zu Beginn und Ende der Maßnahme mit validierten Instrumenten erfasst (u. a. Beck-Depressions-Inventar BDI-II, Post-COVID Symptom Skala PCSS, 6-Minuten-Gehtest). Ziel war es zu evaluieren, welche Symptome sich signifikant verbessern und welche nicht. Die statistische Auswertung der Veränderung erfolgte mittels linearer gemischter Modelle (LMM).

## Ergebnisse

Die 61 eingeschlossenen Patienten waren im Durchschnitt 53,1 Jahre alt (SD=8,7), überwiegend weiblich (72 %) und zeigten eine hohe Krankheitslast. Bei Aufnahme waren 54 % arbeitsunfähig, 45 % litten an einer komorbiden depressiven Störung und 96 % an einem chronischen Fatigue-Syndrom.

Die depressive Symptomatik verbesserte sich hochsignifikant. Der BDI-II-Wert sank im Mittel um 4,8 Punkte ( $p < 0,001$ ), was einer mittleren Effektstärke ( $d = 0,61$ ) entspricht. Die allgemeine Post-COVID-Symptomlast (PCSS), die maßgeblich von Fatigue geprägt ist, zeigte einen Trend zur Besserung, der jedoch statistisch nicht signifikant war (Reduktion um 1,8 Punkte,  $p = 0,14$ ). Die im 6-Minuten-Gehtest zurückgelegte Distanz als Maß für die körperliche Leistungsfähigkeit verbesserte sich leicht, aber ebenfalls nicht signifikant (Zunahme um 11 Meter,  $p = 0,3$ ).





## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen klar, dass die psychosomatische Rehabilitation wirksam ist: Die häufig mit dem PCS einhergehenden depressiven Symptome verbessern sich deutlich. Gleichzeitig besteht Nachbesserungsbedarf bei den somatischen Kernsymptomen wie Fatigue und der eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Wissenschaft zeigt hierzu ein heterogenes Bild: Während unsere Daten auf eine Therapieresistenz dieser Symptome hindeuten, belegen andere Studien wie die von Loew, Köllner (2023) ebenfalls eine differenzielle Wirksamkeit, wohingegen Kupferschmitt et al. (2023) zeigen, dass multimodale Ansätze auch die körperliche Leistungsfähigkeit signifikant steigern können. Dies legt nahe, dass für eine umfassende Behandlung der Fatigue-Symptomatik möglicherweise individualisierte Konzepte mit einem intensiveren Schwerpunkt auf adaptierter Bewegungstherapie, Training und gezielter Motivationsförderung notwendig sind. Dies unterstreicht auch die Notwendigkeit einer gezielten psychotherapeutischen Begleitung zur Krankheitsverarbeitung (Kupferschmitt, Köllner, 2023).

## Take-Home-Message

Psychosomatische Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom verbessert wirksam depressive Symptome, erfordert jedoch für die Behandlung von Fatigue und körperlichen Defiziten individualisierte, somatisch fokussierte Therapieansätze.

## Literatur

- Kupferschmitt, A., Köllner, V. (2023): Psychotherapeutische Begleitung bei Post-COVID-Syndrom. *Die Psychotherapie*, 68(6), 516–523.
- Kupferschmitt, A., Langheim, E., Tüter, H., Jöbges, M., Dettling-Papargyris, M., Berlit, P., Köllner, V., Loew, T. H. (2023): First results from Post-COVID inpatient Rehabilitation. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 1093871.
- Loew, T. H., Köllner, V. (2023): Attention deficits and depressive symptoms improve differentially after rehabilitation of post-COVID condition: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 175, 111540.
- Pan, C., Lai, Y. J., Chen, Y. M. (2023): Depression as a central symptom of long COVID: A neuropsychiatric perspective. *Journal of the Formosan Medical Association*, 122(1), 17–23.

Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., Diaz, J. V. (2022): A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(4), e102–e107.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Zusammenhänge zwischen Avoidance/Endurance und Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern beim Post-COVID-Syndrom**

*Idris Düzgün<sup>1</sup>; Alexa Alica Kupferschmitt<sup>1</sup>; Franziska Etzrodt<sup>2</sup>; Volker Köllner<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Avoidance/Endurance-Konzept hat wurde primär zur Erklärung der Chronifizierung von Schmerzen entwickelt und evaluiert (Hasenbring, Verbunt, 2010). In aktuellen Studien finden sich zunehmend Hinweise darauf, dass dysfunktionale Schonungs- und Durchhaltungsmuster im Sinne des Avoidance/Endurance-Konzepts (A/E) auch eine Rolle bei der Chronifizierung des Post Covid-Syndroms (PCS) spielen, wobei hier im Gegensatz zu Schmerzpatienten eher Endurance-Muster dominieren (Kupferschmitt et al., 2025). In dieser Pilotstudie soll untersucht werden, ob dieser Zusammenhang auch zu beruflichen Verhaltens- und Erlebensmustern besteht, die in der Psychosomatischen Rehabilitation routinemäßig erfasst werden.

### **Methoden**

Für die Analyse wurden Daten der PoCoRe-Multicenterstudie (Kupferschmitt et al., 2022) verwendet, die von März 2022 bis August 2023 im Reha-Zentrum Seehof (Teltow) bei n= 72 eingeschlossenen Patient\*innen (n=16 männlich, n= 56 weiblich; Durchschnittsalter 52,50 ± 7,80) mittels folgender standardisierter Fragebögen erhoben wurden: Fatigue-Skala für Motorik und Kognition (FSMC), Avoidance-Endurance Questionnaire (AEQ) und Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt, Fischer, 1997). Letzterer wurde im Rahmen der Routinediagnostik erfasst.

### **Ergebnisse**

Zu Beginn der Rehabilitation wiesen die meisten Post-COVID-Patient\*innen im AVEM das Risikomuster B (Burnout; 36,1 %) auf, während am Ende das gesundheitlich protektive Muster S (Schonung; 29,2 %) dominierte. In der deskriptiven Analyse der Korrelationen zwischen A/E- und AVEM-Mustern zeigten sich folgende Verteilungen: Beim AE-Typ Fear-Avoidance (FA) dominierten die AVEM-Muster S (n= 7) und B (n= 8), bei Distress-Endurance (DER) das Muster B (n= 14), und bei Eustress-Endurance (EER) das Muster A (n= 4) jedoch ohne das Signifikanzniveau zu erreichen (p= 0.141). Dagegen ergaben sich in der dimensional Betrachtung für das AVEM-Muster A signifikante Mittelwertunterschiede (p= 0.018) zwischen

den A/E-Typen. Bezüglich der Fatigue zeigte sich der höchste Mittelwert der Gesamt-Fatigue im AVEM-Muster S ( $M = 81,29 \pm 14,51$ ) und der niedrigste im Muster A ( $M = 74,31 \pm 16,85$ ). Korrelationsanalysen zeigten signifikante positive Zusammenhang zwischen Distanzierungsfähigkeit und der Gesamt-Fatigue ( $p = 0.040$ ) sowie motorischer Fatigue ( $p = 0.044$ ) und einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Erfolgserleben im Beruf und kognitiver Fatigue ( $p = 0.049$ ), was die deskriptiven Ergebnisse stützt.

## **Diskussion und Fazit**

Die gefundenen Zusammenhänge entsprechen der aus den Konstrukten ableitbaren Erwartung, verfehlen aufgrund der kleinen Stichprobengröße jedoch das Signifikanzniveau. Wie bereits vorbeschrieben (Papst et al., 2023) sind die AVEM-Muster während der Rehabilitation veränderbar, es zeigt sich eine Verschiebung hin zum gesundheitlich protektiven Muster S. Allerdings sind die Zusammenhänge zwischen AVEM und AEQ nicht stark genug, damit der in der Rehabilitationsdiagnostik häufig routinemäßig eingesetzte AVEM den AEQ ersetzen könnte. Bei Post COVID-Betroffenen erscheint daher die zusätzliche Erfassung der A/E-Muster sinnvoll. In einer größeren Stichprobe sollte jedoch der Zusammenhang zwischen den AVEM-Mustern und Fatigue sowie die prognostische Bedeutung der AVEM-Muster für den sozialmedizinischen Verlauf bei PCS untersucht werden.

## **Take-Home-Message**

AVEM und AEQ erfassen unterschiedliche Aspekte des Leistungsverhaltens und der Krankheitsverarbeitung bei Post-COVID Betroffenen und können sich als Messinstrumente somit eher nicht ersetzen.

## **Literatur**

- Hasenbring, M.I., Verbunt, J.A. (2010): Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: New models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain* 26(9):747–753.
- Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Wagner, A., Loew, T.H., Köllner, V. (2022): Relevance of the post-COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multi-centre study with different specialisations. *BMC Psychology* (2022) 10:189 <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00892-8>
- Kupferschmitt, A., Herrmann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Loew, T.H., Hasenbring, M., Köllner, V. (2025): Bedeutung von „avoidance“ und „endurance“ beim Post-COVID-Syndrom. Sind dysfunktionale Muster veränderbar? *Schmerz* 2025, <https://doi.org/10.1007/s00482-025-00887-5>
- Papst, L., Zickwolf, C., Käfer, M., Beierlein, V., Köllner, V. (2023): Responsivity and relation to depressive symptoms of occupational behavior and experience patterns. *Front. Public Health* 11:1271486. doi: 10.3389/fpubh.2023.1271486
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (1997): AVEM - an instrument for diagnosing different types of work - and health-related behavior and experience. *ZDDP*. (1997) 18:151–63.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund (PoCoRe-Studie)

## **Bedeutung der Spiroergometrie für die Post-Covid Rehabilitation – Behandlungseffekte und Sozialmedizinische Parameter**

*Franziska Etzrodt<sup>1</sup>; Michael Kindermann<sup>2</sup>; Eike Langheim<sup>1</sup>; Volker Köllner<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow; <sup>2</sup> Caritasklinikum Saarbrücken

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Auftreten der SARS-CoV2-Infektion im Jahr 2019/2020 und dem damit einhergehend gehäuft auftretenden Krankheitsbild des Post-Covid-Syndroms stellte eine besondere Herausforderung für die Rehabilitation dar. Bei dem primär virologisch verursachten Krankheitsbild, bei dessen Chronifizierung auch psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (Davis et al., 2023), implementierten wir ein spezifisches, auf unserem interdisziplinären psychokardiologischen Konzept aufbauendes Rehabilitationskonzept (Kupferschmitt et al., 2023). Ein Problem stellt gerade bei der sozialmedizinischen Beurteilung die Objektivierung der Beschwerden dar. Hier nutzen wir die Möglichkeit der routinemäßigen Durchführung einer Spiroergometrie zu Beginn und Ende der Rehabilitation im Rahmen der PoCoRe-Studie (Kupferschmitt et al., 2022) um herauszufinden, inwieweit sich die subjektive Beschwerdeschilderung in der Spiroergometrie abbildet. Untersucht wurden hier die Effekte einer multimodalen und interdisziplinären Rehabilitation auf Leistungsparameter der Spiroergometrie von PCS-Patienten sowie Korrelationen zur sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit.

### **Methoden**

Prospektiv, explorative, Mixed-Methods-Studie (N=123) mit standardisierter Untersuchung objektiver Leistungsparameter der Spiroergometrie (Leistungsfähigkeit%/SollVO<sub>2</sub>\_max, Watt\_peak, RER\_peak, O<sub>2</sub>Puls\_peak, VE/VCO<sub>2</sub>\_AT, VE/VCO<sub>2</sub>\_Ruhe, VE/VCO<sub>2</sub>\_Slope, HRRI\_3Min.) (Guazzi et al., 2018) zu Beginn (T0) sowie nach 5 Wochen am Ende (T1) der Rehabilitation und mit Korrelation zum sozialmedizinischen Outcome zum Zeitpunkt T1. Gerechnet wurden Häufigkeitsanalysen, T-Tests und Korrelationen.

### **Ergebnisse**

Die Patienten (N=123) waren überwiegend weiblich (80,5 %) und im Durchschnitt 51 Jahre alt mit einem BMI von 28,2kg/m<sup>2</sup>. Hinsichtlich der Sauerstoffaufnahme im Peak zeigt sich zu Beginn der Rehabilitation im Vergleich zu adjustierten Referenzwerten nach Alter, Größe und Geschlecht eine Leistungsfähigkeit im unteren Normbereich (Leistungsfähigkeit% / SollVO<sub>2</sub>\_max 93,7 ± 20,07, Watt\_peak 129,12 ± 38,3) unter erfüllten Ausbelastungskriterien (RER\_peak 1,1 ± 0,07) sowie Hinweise auf eine ineffiziente Atmung (VE/VCO<sub>2</sub>\_Slope 29,37 ± 7,28) mit Anhalt auf Hyperventilation zu Beginn der Belastungsphase (VE/VCO<sub>2</sub>\_Ruhe 34,46 ± 5,25) und niedriger aerober Kapazität bis zur ventilatorischen Schwelle VT1 (VE/VCO<sub>2</sub>\_AT 28,7 ± 3,9) bei unauffälliger Schlagvolumen-reserve (O<sub>2</sub>Puls\_peak 11,56 ± 3,3). Bezüglich autonomer Funktionen ergaben sich Hinweise auf eine sympathische

Hyperaktivität mit eingeschränkter Herzfrequenzerholung nach 3 Minuten (HRR1\_3min.  $43 \pm 15$ ). Im Verlauf der Rehabilitation konnte die Leistungsfähigkeit signifikant gesteigert werden (Leistungsfähigkeit%/Soll VO2max p-Wert 0,04; Watt\_peak p- Wert 0,049) mit tendenzieller Verbesserung der Atemeffizienz (VE/VCO2\_Slope p-Wert 0,092) und aeroben Kapazität (VE/VCO2\_AT p-Wert 0,14) sowie tendenzieller Abnahme der Hyperventilation zu Beginn der Untersuchung (VE/VCO2\_Ruhe p-Wert 0,744) (Tab.1).

Tabelle 1: ausgewählte Leistungsparameter der Spiroergometrie

| Variable                        | Aufnahme     | Entlassung   | p   | d   |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----|-----|
| Anzahl                          | n = 106      | n = 98       |     |     |
| Leistungsfähigkeit%/Soll VO2max | 93,7 (20,1)  | 99,4 (19,7)  | .04 | .29 |
| VE/VCO2_AT                      | 28,7 (3,9)   | 27,9 (3,8)   | .14 | .21 |
| Arbeitslast in Watt_peak        | 129,1 (38,3) | 139,8 (40,9) | .05 | .28 |
| RER_peak                        | 1,10 (0,04)  | 1,11 (0,07)  | .29 | .   |
| VE/VCO2_Slope                   | 29,4 (7,3)   | 27,8 (5,6)   | .09 | -   |
| O2-Puls_peak                    | 11,6 (3,3)   | 11,8 (3,1)   | .65 | -   |
| HRR1_3Min*                      | 43,0 (15,3)  | 48,6 (16,2)  | .01 | .36 |

\*höher = schnellere Erholung; d = Cohen's d

Bei der sozialmedizinischen Erhebung zum Zeitpunkt T0 korreliert eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit (Leistungsfähigkeit%/Soll VO2max) signifikant mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Rehabilitation (p-Wert 0,003, ( r ) -0,284. Bezüglich der sozialmedizinischen Einschätzung zum Zeitpunkt T1 korreliert eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit (Leistungsfähigkeit%/Soll VO2max) signifikant mit der Entlassung als arbeitsunfähig (p-Wert < 0,001, ( r ) 0,436) sowie eingeschränkter Erwerbsfähigkeit < 6h/d (p- Wert < 0,001, ( r ) 0,393) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Abb.1).

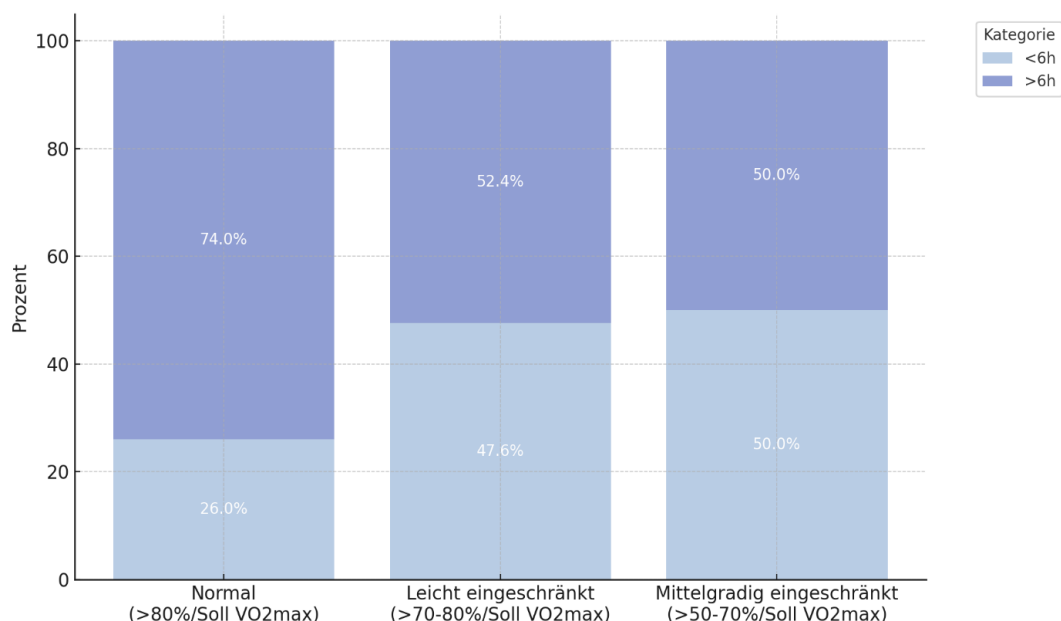


Abbildung 1: Leistungsfähigkeit <6h/d in Bezug auf die Leistungsfähigkeit%/VO2maxSoll an T1

## **Diskussion und Fazit**

Post-Covid Patienten zeigen organisch nachweisbar subtile Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Atemeffizienz wahrscheinlich multimodaler Genese ohne spezifisch nachweisbare Organpathologie. Häufig waren zudem dysfunktionale Atemmuster und Hyperventilation. Diese Befunde verbesserten sich unabhängig von der Ursache mit dem o. g. Rehabilitationskonzept signifikant. Einschränkungen in ausgeprägtem Maße erweisen sich als prognostisch ungünstig bezüglich der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Dies weist darauf hin, dass beim PCS sowohl organische als auch psychosoziale Faktoren bei der Chronifizierung und der Beeinflussung von Aktivität und Teilhabe zusammenwirken und im Sinne eines multimodalen und interdisziplinären Rehabilitationskonzepts (DRV Bund, 2023) berücksichtigt werden sollten.

## **Take-Home-Message**

Patienten mit PCS zeigen in der Spiroergometrie sowohl subtile organische als auch Funktionelle Störungen der Atemfunktion. Einschränkungen in ausgeprägtem Maße erweisen sich als prognostisch ungünstig bezüglich der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

## **Literatur**

- Davis, H.E., McCorkell, L., Vogel, J.M., Topol, E.J. (2023): Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nat Rev Microbiol.* März 2023;21(3):133–46.
- DRV Bund (Hrsg.) (2023): Eckpunktepapier für die medizinische Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom der DRV und DGUV (1. Aufl.). Verfügbar unter: [www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/eckpunkte-reha-post-covid-syndrom-10-2023.html](http://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/eckpunkte-reha-post-covid-syndrom-10-2023.html) [1.3.2025].
- Guazzi, M., Arena, R., Halle, M., Piepoli, M.F., Myers, J., Lavie, C.J. (2016): focused update: clinical recommendations for cardiopulmonary exercise testing data assessment in specific patient populations. *Eur Heart J.* 7. April 2018;39(14): 1144–61.
- Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Wagner, A., Loew, T.H., Köllner, V. (2022): Relevance of the post-COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multi-centre study with different specialisations. *BMC Psychology* (2022) 10:189 <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00892-8>
- Kupferschmitt, A., Etzrodt, F., Kleinschmidt, J., Köllner, V. (2023): Nicht nur multimodal, sondern auch interdisziplinär: Ein Konzept für fächerübergreifende Zusammenarbeit in der Rehabilitation des Post-COVID-Syndroms. *PPmP Psychother Psychosom Med Psychol.* 2023;73(01): 34–41.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund (PoCoRe-Studie)

# **Bewegungstherapie beim Post-COVID-Syndrom – Umsetzung in der psychosomatischen Rehabilitation**

*Judit Kleinschmidt; Franziska Etzrodt; Eike Langheim; Volker Köllner*

Reha-Zentrum Seehof, Teltow

## **Hintergrund und Zielstellung**

Etwa 1–2 % aller COVID-19-Erkrankten entwickeln ein Post-COVID-Syndrom (PCS), das ihre Arbeitsfähigkeit gefährdet und eine Rehabilitation erforderlich macht. Die Wirksamkeit der Bewegungstherapie beim PCS ist gut belegt (Nerli et al., 2024; Köppel et al., 2025), allerdings gibt es Hinweise auf eine Verschlechterung in Form von post-exertional malaise (PEM), wenn das Trainingskonzept zu ambitioniert ist. Die Entwicklung wirksamer und sicherer Bewegungstherapiekonzepte in der Rehabilitation ist daher von besonderer Bedeutung.

## **Methoden**

Das hier vorgestellte und evaluierte bewegungstherapeutische Konzept (Kleinschmidt et al., 2025) basierte auf dem in der Schmerztherapie bewährten Avoidance/ Endurance-Konzept. Inzwischen gibt es erste empirische Belege für die Relevanz auch bei PCS (Burmehl et al., 2025). Kernelemente sind die Bewegungstherapiegruppe, Ergometertraining, Walking und das Erlernen einer Entspannungsmethode (PMR) sowie Atemtherapie. Im Vergleich zur Standardrehabilitation sind diese Module kürzer und individueller dosiert und speziell auf Post-Covid-Patienten zugeschnitten. Die Bewegungstherapie wurde in ein verhaltenstherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet. Zur Evaluation wurden der 6-Minuten-Gehtest und die im Rahmen der PoCoRe-Studie (Kupferschmitt et al., 2022) Werte der Spiroergometrie bei Aufnahme und Entlassung genutzt.

## **Ergebnisse**

Bei den 157 Rehabilitanden (79 % w, Alter  $48,6 \pm 10,59$  Jahre, Datenerhebung 2022/2023) verbesserte sich während der 5-wöchigen Rehabilitation die durchschnittliche Laufleistung im 6-Minuten-Gehtest von 470,67 ( $\pm 95,71$ ) auf 592,49 ( $\pm 110,56$ ) Meter ( $p < 0,001$ ;  $d = 1,17$ ). Ebenso verbesserten sich die aerobe Schwelle ( $d = 0,46$ ) und die maximale Belastung ( $d = 0,27$ ) in der Spiroergometrie. Es wurden keine relevanten Verschlechterungen und keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse im Sinne einer PEM beobachtet. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Bewegungstherapie war in der katamnestischen Erhebung nach 6 Monaten hoch und mehr als 50 % der Patienten setzten diese sowie die Entspannungsübungen in der 6-monatigen Nachbeobachtungszeit fort.

## **Diskussion und Fazit**

Die Daten sprechen dafür, dass das hier beschriebene Bewegungstherapiekonzept wirksam und sicher ist. Wichtig ist die individuelle Dosierung der Trainingsintensität, die auch kurzfristige Schwankungen in der Belastbarkeit berücksichtigte. Das Training der Körperwahrnehmung unterstützte Patienten mit dysfunktionalen Durchhaltemustern, ihre Grenzen zu erkennen, während Patienten mit hohem Angstniveau lernten, körperliche Signale nicht als Bedrohung wahrzunehmen. Um diese Muster zuverlässig beobachten und bearbeiten zu können, ist allerdings eine personelle Konstanz in der Bewegungstherapie (BT)

notwendig. Der enge Austausch zwischen Bewegungs- und Psychotherapie sowie Ärzteteam in regelmäßigen Teambesprechungen war dabei wichtig. Sport- und Bewegungstherapie kann Post-COVID-Patienten helfen, Bewegungsfreiheit und Lebensqualität zurückzugewinnen.

### **Take-Home-Message**

Bewegungstherapie in der Post COVID-Rehabilitation ist effektiv und sicher. Voraussetzung hierfür ist eine individuelle Dosierung des Trainings sowie personelle Konstanz der BT und deren Integration in das therapeutische Team.

### **Literatur**

- Burmehl, L., Hasenbring, M., Kananian, S., Kleinschmidt, J., Kupferschmitt, A., Köllner, V. (2025): Zusammenhang zwischen Angst, Depressivität und körperlicher Leistungsfähigkeit im 6-Minuten-Gehtest: Avoidance und Endurance Verhalten als Moderatoren bei Patient:innen mit Post-COVID Syndrom. Verhaltenstherapie, 2025; 35: DOI: 10.1159/000546821
- Kleinschmidt, J., Kupferschmitt, A., Etrzrodt, F., Köllner, V. (2025): Bewegungstherapie beim Post-COVID-Syndrom – Umsetzung in der Rehabilitation. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2025; 41: 40–47
- Köppel, M., Kleinschmidt, J., Köllner, V. (2025): Sport- und Bewegungstherapie beim Post-COVID-Syndrom. Ärztliche Psychotherapie 20, 2025, 252 – 258. DOI 10.21706/aep-20-4-252
- Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasche, M., Hermann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Wagner, A., Loew, T.H., Köllner, V. (2022): Relevance of the post-COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multi-centre study with different specialisations. BMC Psychology (2022) 10:189 <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00892-8>
- Nerli, T.F., Selvakumar, J., Cvejic, E., Heier, I., Pedersen, M., Johnsen, T.L., Wyller, V.B.B. (2024): Brief Outpatient Rehabilitation Program for Post-COVID-19 Condition: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2024 Dec 2;7(12):e2450744. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.50744. PMID: 39699896; PMCID: PMC11659907.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund (PoCoRe-Studie)



# Eignung des FIDA zur Erfassung der funktionellen Selbständigkeit in der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation

*Bernd Röhrig; Klaus Freidel; Beate Feeser*

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz

## Hintergrund und Zielstellung

Der FIDA (Functional Independence in daily Activities) ist ein Instrument mit 20 Items zur Messung der funktionellen Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Items und die Art der Anwendung stehen in der Tradition von etablierten Assessments wie Barthel-Index (Mahoney, 1965), Functional Independence Measurement (FIM) (Granger et al., 1986) und SINGER (Funke et al., 2009). Für jedes Item wird auf einer 5-stufigen Skala beurteilt, wie selbstständig die Person die beschriebene Funktion ausüben kann. Die Graduierungen reichen von „selbstständig/Fähigkeit vorhanden- ggf. auch mit Hilfsmitteln (5 Punkte)“ bis „unselbstständig/Fähigkeit nicht vorhanden - Tätigkeit / Verrichtung muss fast vollständig von Dritten übernommen werden, Mithilfe kaum möglich (0 Punkte)“. Einsatz und Anwendbarkeit in der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation wurde anhand psychometrischer Eigenschaften und Kennwerte in der vorliegenden Studie geprüft.

## Methoden

Zur psychometrischen Überprüfung wurde der FIDA in einer neurologischen und in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik bei Rehabilitanden, deren Rehabilitation in Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt wurde, eingesetzt. In der neurologischen Rehabilitationsklinik wurden alle Rehabilitanden (N=355; Alter  $69,8 \pm 10,9$  Jahre, 86,9 % Anschlussrehabilitationen) erfasst, die von Februar (Aufnahme) bis Juni 2020 (Entlassung) behandelt wurden (Freidel et al., 2023). Der Erhebungszeitraum in der geriatrischen Einrichtung dauerte vom 01.07.2021 bis zum 31.12.2023, hier konnten 1.593 Fälle eingeschlossen werden (Alter  $81,9 \pm 7,0$  Jahre, 70,2 % weiblich, 86,9 % Anschlussrehabilitationen) (Freidel et al., 2025).

Parallel zum FIDA wurde der Barthel-Index (BI) nach dem Hamburger Manual erhoben. Zur psychometrischen Überprüfung wurden Itemschwierigkeit, Trennschärfe ( $\text{rit} = \text{Item-Total-Correlation}$ ) und interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) berechnet. Die Faktorenstruktur wurde über eine Faktorenanalyse (PCA mit Varimaxrotation) evaluiert. Die Überprüfung der konvergenten Validität erfolgte durch Korrelation (Pearson) der Summenwerte des FIDA und des BI. Die psychometrische Überprüfung erfolgte mit den Werten zu Rehabilitationsbeginn. Veränderungen wurden durch Differenzbildung der individuellen Werte zu Beginn und am Ende der Rehabilitation berechnet.

## Ergebnisse

Für Patientinnen und Patienten aus der neurologischen Rehabilitation lagen Itemschwierigkeiten ( $p_i$ ) bei allen 20 Items im mittleren Bereich zwischen  $0,39 \leq p_i \leq 0,77$ . In der geriatrischen Reha umfasste die Spannweite einen größeren Bereich von  $0,17 \leq p_i \leq 0,89$ . Die beiden Werte nach Kaiser, Meyer, Olkin (KMO) - in der Neurologie: 0,96 und in der Geriatrie: 0,92 - bestätigen die Eignung der Daten für eine Faktorenanalyse. Der Scree-Test legt eine Zwei-Faktorenlösung nahe und bestätigt die angenommene Zuordnung zu den beiden Skalen

Motorik (16 Items) und Kognition (4 Items). Ungeachtet der zweifaktoriellen Struktur ist die interne Konsistenz des FIDA sehr gut. Sie beträgt in der neurologischen Reha  $\alpha=0,98$  mit Item-Skalenkorrelationen zwischen ( $0,63 < r_{it} < 0,93$ ) und in der geriatrischen Reha  $\alpha=0,98$  mit Item-Skalenkorrelationen zwischen ( $0,45 < r_{it} < 0,80$ ), sodass die Bildung des Summenwertes möglich ist.

In der Neurologie betrug zu Rehabilitationsbeginn die Korrelation von FIDA und BI  $r=0,94$  (Geriatric  $r=0,75$ ), zum Zeitpunkt der Rehabilitationsentlassung  $r=0,92$  (Geriatric  $r=0,78$ ). Funktionelle Verbesserungen bildeten sowohl FIDA als auch BI ab. Nach Skalenangleichung des FIDA [0-100 Punkte] lagen die im Verlauf der Rehabilitation abgebildeten Verbesserungen beim FIDA in der Neurologie im Durchschnitt bei  $9,2 \pm 10,6$  Punkten und in der Geriatrie bei  $8,64 \pm 6,33$  Punkten. Im BI betrugen die Verbesserungen  $8,3 \pm 12,5$  Punkte in der neurologischen und  $7,87 \pm 6,81$  Punkte in der geriatrischen Rehabilitation.

### **Diskussion und Fazit**

Der FIDA ist ein reliables, valides und veränderungssensitives Assessment-Instrument, das bei neurologischen und geriatrischen Patienten zur Einschätzung der funktionellen Selbständigkeit geeignet ist. Die Psychometrie und die Analysen zur Validität zeigen sehr zufriedenstellende Ergebnisse. Perspektivisch ist die Prüfung der Eignung des FIDA in Akutkrankenhäusern sinnvoll.

### **Take-Home-Message**

Der FIDA (Functional Independence in daily Activities) eignet sich zur Einschätzung der funktionellen Selbständigkeit bei Rehabilitanden in der Neurologie und Geriatrie.

### **Literatur**

- Freidel, K., Leisse, M., Röhrig, B., Feeser, B., Linck-Eleftheriadis, S. (2023): FIDA - ein neues Assessment zur Messung der funktionellen Selbständigkeit. *Neurologie & Rehabilitation*, 29(2). 83–90.
- Freidel, K., Röhrig, B., Feeser, B., Fischer, T. (2025): Functional Independence in Daily Activities – Validierung des FIDA-Assessments bei geriatrischen Rehabilitanden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. <https://doi.org/10.1007/s00391-025-02446-0>.
- Funke, U.-N., Schüwer, U., Themann, P., Gerdes, N. (2009): Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation. SINGER. Regensburg: Roderer.
- Granger, C.V., Hamilton, B.B., Keith, R.A., Zielezny, M., Sherwin, F.S. (1986): Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1. 59-74.
- Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14. 61-65.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Entwicklung eines Fragebogens zu psychosozialen Belastungen und Teilhabe bei Menschen mit Epilepsie: Ergebnisse einer Interviewstudie

*Kendra Mielke<sup>1</sup>; Leonie Schröter<sup>2</sup>; Katja Brückner<sup>2</sup>; Martin Härter<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; <sup>2</sup> Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

## Hintergrund und Zielstellung

Etwa 30 % aller Patient:innen mit einer diagnostizierten Epilepsie sind trotz adäquater Therapie weiterhin von Anfällen betroffen (Chen et al., 2018; Hamandi, 2015). Diese Patient:innengruppe weist ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche und psychosoziale Probleme auf. Die Wechselwirkung von psychosozialen Belastungen und der Frequenz der Anfälle kann zu einer Verschärfung psychosozialer Problemlagen führen (z. B. Depressivität, ungünstiger Krankheitsbewältigung, berufliche Probleme) (Michaelis, Heinen, 2015). Diese kann wiederum die soziale Teilhabe sowie das Wohlbefinden sowie die Lebensqualität beeinträchtigen. Für die Prävention ungünstiger Krankheitsverläufe und Teilhabeprobleme bzw. die Einleitung entsprechender Angebote ist daher die frühzeitige Identifikation psychosozialer Risikofaktoren von zentraler Bedeutung (Michaelis, Heinen, 2015). Es existieren bereits Instrumente zur Erfassung spezifischer psychosozialer Aspekte, jedoch fehlen umfassende, ökonomisch einsetzbare Messinstrumente, die relevante Dimensionen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) abdecken.

Ziel der Studie ist es, psychosoziale Belastungen, Teilhabeeinschränkungen und Versorgungs- und Re-habilitationsbedarfe von Menschen mit Epilepsie zu erfassen, um auf Basis dieser Erkenntnisse ein entsprechendes Messinstrument zu entwickeln.

## Methoden

Um die Belastungen und Bedarfe der Zielgruppe zu erfassen, wurden semi-strukturierte Interviews mit Patient:innen des Epilepsie-Zentrums Hamburg durchgeführt und mittels Practical Thematic Analysis (Saunders et al., 2023) inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung erfolgte anhand der fünf ICF-Komponenten Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität und Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (DIMDI, WHO, 2005). Zusätzlich wurden die Patient:innenakten auf weiterführende Hinweise (u. a. Nebendiagnosen, psychische Belastungen) untersucht.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden Interviews mit 12 Patient:innen durchgeführt, wovon 11 Personen einer Akteneinsicht zustimmten. Von den Interviewteilnehmenden waren n= 8 Personen weiblich und n= 4 Personen männlich, die Hälfte der Teilnehmenden war zwischen 30-40 Jahre alt. Häufig genannte Themen waren u. a. der Wunsch nach Verständnis und Wissen über die Erkrankung in der Gesellschaft, ausführliche und strukturierte Informationen zu gewährenden sozialen Leistungen und Ansprüchen, Belastung durch Konflikte mit Angehörigen sowie Schuldgefühle gegenüber dem sozialen Umfeld. Detaillierte Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert.

## **Diskussion und Fazit**

Menschen mit Epilepsie erleben vielfältige psychosoziale Belastungen, besonders im engen sozialen Kontext und im Arbeitssetting. Diese Ergebnisse bilden eine wichtige Grundlage, anhand derer ein Messinstrument zur systematischen Identifizierung psychosozialer Belastungen bei Menschen mit Epilepsie entwickelt und evaluiert werden soll, um Risikofaktoren und daraus resultierende Bedarfe frühzeitig zu erkennen und entsprechende Unterstützungsangebote anzubieten.

## **Take-Home-Message**

Menschen mit Epilepsie erleben vielfältige psychosoziale Belastungen, insbesondere im engen sozialen Umfeld und im arbeitsbezogenen Kontext.

## **Literatur**

- Chen, Z., Brodie, M.J., Liew, D., Kwan, P. (2018): Treatment outcomes in patients with newly diagnosed epilepsy treated with established and new antiepileptic drugs: A 30-year longitudinal cohort study. *JAMA Neurol*;75(3): 279-286.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organisation.
- Hamandi, K. (2015): Starting antiepileptic drug treatment. In: Rugg-Gunn, F.J., Smalls, J.E. (Ed.): From channels to commissioning - a practical guide to epilepsy. Washington, D.C.: International League Against Epilepsy and Epilepsy Society. Chapter 26.
- Michaelis, R., Heinen, G. (2015): „Selbst-Handeln bei Epilepsie“ – Ein ressourcenorientierter psychotherapeutischer Ansatz zur Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung bei chronischen Erkrankungen am Beispiel der Epilepsie. *transferplus*; 10: 19-27.
- Saunders, C.H., Sierpe, A., von Plessen, C., Kennedy, A.M., Leviton, L.C., Bernstein, S.L., Goldwag, J., King, J.R., Marx, C.M., Pogue, J.A., Saunders, R.K., Van Citters, A., Yen, R.W., Elwyn, G., Leyenaar, J.K. (2023): Practical thematic analysis: a guide for multidisciplinary health services research teams engaging in qualitative analysis. *BMJ*;8;381:e074256.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

# **Kein Bedarf?! Ablehnungsgründe im rehapro-Modellprojekt „Bedarfsfokussierter Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“**

*Mareike Eschweiler; Florian Wolf; Philipp Kröber; Katrin Rauen*

Johanniter-Klinik Godeshöhe

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung ist eine Herausforderung für Betroffene (Donker-Coole et al., 2016) und eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Der return-to-work (RTW) Prozess ist komplex und wird innerhalb von 24 Monaten von nur 39-67 % der Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) erfolgreich abgeschlossen (Duong et al., 2019; van Velzen et al., 2009). Diese Spannweite reflektiert den multifaktoriellen und langwierigen Prozess (Donker-Cools et al., 2016).

Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte rehapro-Modellprojekt BETA-MeH beabsichtigte, den RTW durch folgende Innovationen zu optimieren: Kopplung von rehaklinischer und betrieblicher Phase mit koordinierendem Fallmanagement, bereichsübergreifendem Austausch und frühzeitiger Arbeitgebereinbindung bei Flexibilisierung von Rehabilitations- und Integrationsleitungen.

Im Projektverlauf zeigten sich Rekrutierungshürden, denn geeignete MeH lehnte die Studienteilnahme ab (Wolf et al., in Press). Ziel einer Analyse der Ablehnungsgründe war es, diese zu verstehen um Anpassungsempfehlungen abzuleiten.

## **Methoden**

In die multizentrische, interdisziplinäre, randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie wurden MeH nach folgenden Einschlusskriterien eingeschlossen: Alter ( $\leq 64$  Jahre), Wohn- und Arbeitsort (Projektgebiet), zuständiger Rentenversicherungsträger (DRV Bund, Rheinland, Knappschaft-Bahn-See) sowie die Fragen: (i) Wird der Rehabilitand am Ende der medizinischen Rehabilitation (Phase D) voraussichtlich arbeitsunfähig entlassen?, (ii) Liegt eine positive Erwerbsprognose vor?, (iii) Besteht ein Arbeitsplatz?, (iiii) Ist eine Unterstützung im RTW durch BETA-MeH sinnvoll?

Im Studienzentrum Johanniter-Klinik Godeshöhe (JKG) wurden vom 01.01.2024 bis 30.06.2025 Ablehnungsgründe systematisch dokumentiert, durch Kategorienbildung zusammengefasst und deskriptiv statistisch ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Zwischen 01.03.2023 bis 30.06.2025 konnten von 515 geeigneten MeH 91 (18 %) in fünf Rehabilitationskliniken eingeschlossen werden; Davon 30 MeH (33 %) in der JKG.

Im gesondert untersuchten Zeitraum lehnten in der JKG 31 von 60 (52 %) geeigneten MeH die Studienteilnahme ab.

Ihre Ablehnungsgründe zeigt Tabelle 1. Bei sechs MeH wurden zwei verschiedene Gründe dokumentiert.

Tabelle 1. Ablehnungsgründe geeigneter Kandidat:innen (01.01.24 bis 30.06.25, Johanniter-Klinik Godeshöhe, n=31).

| Ablehnungsgrund                                                                                                      | Nennungshäufigkeit |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Subjektiv kein Unterstützungsbedarf nach der Rehabilitation für die Rückkehr an den Arbeitsplatz                  | 15 (48%)           |
| 2. Ausschluss von DRV-Nachsorgeleistung parallel zur Intervention                                                    | 4 (13%)            |
| 3. Subjektives Überforderungserleben                                                                                 | 3 (10%)            |
| 4. Sonstiges                                                                                                         | 3 (10%)            |
| 5. Zeitlicher Aufwand                                                                                                | 3 (10%)            |
| 6. Beginn Altersrente in unmittelbarer Nähe nach der Rehabilitation ohne Ambition an den Arbeitsplatz zurückzukehren | 3 (10%)            |
| 7. Keine Angaben                                                                                                     | 2 (7%)             |
| 8. Ablehnung Arbeitgebereinbindung                                                                                   | 2 (7%)             |
| 9. Vorzug Krankengeld vor Übergangsgeld                                                                              | 2 (7%)             |

## Diskussion und Fazit

Die Ablehnungsanalyse zeigt, dass MeH ihren Unterstützungsbedarf schlecht einschätzen können. Neurologische Störungen erschweren die Einschätzung der Tragweite für Betroffene sowie Gesundheitsexpert:innen, dies bedingt möglicherweise bekannte RTW-Quoten. Eine systematische, multidimensionale Diagnostik der individuellen RTW-Faktoren und die Einbeziehung des MeH sind nötig (Eschweiler et al., in press).

Psychische, behaviorale und kognitive Veränderungen, wie Überforderungserleben, sind bei MeH typisch. Es bedarf an Diagnostik, Therapie und zeitlich flexibleren Rahmenbedingungen (späteren Einstiegsoptionen). Ein frühestmöglicher RTW-Beginn bleibt anzustreben.

Skepsis gegenüber der Arbeitgebereinbindung könnte durch Bewusstmachung der Ziele beruflicher Rehabilitation, Abbau von Selbstverständlichkeitsannahmen und Steigerung der Sensibilität für eine partnerschaftliche Kooperation im RTW-Prozess bei MeH und Arbeitgebenden abgebaut werden.

Die monetäre Attraktivität anderer Sicherungssysteme (Krankengeld, Verweilen in Lohnersatzleistungen bis zur Rente) müssten reduziert werden.

Dass DRV-Nachsorgeleistungen parallel zur Interventionsphase ausgeschlossen waren, sollte genauso wie der zeitliche Mehraufwand als Barriere zukünftig berücksichtigt werden.

Ablehnungsgründe zu analysieren liefert wertvolle Informationen für vergleichbare zukünftige Projekte.

## Take-Home-Message

Es braucht eine systematische Erfassung von und eine konstruktive Auseinandersetzung mit Ablehnungsgründen, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu verbessern.

## Literatur

- Donker-Cools, B. H. P. M., Schouten, M. J. E., Wind, H., Frings-Dresen, M. H. W. (2016): Return to work following acquired brain injury: the views of patients and employers. *Disability and Rehabilitation*, 40(2), 185–191. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1250118>
- Duong, P., Sauvé-Schenk, K., Egan, M. Y., Meyer, M. J., Morrison, T. (2019): Operational Definitions and Estimates of Return to Work Poststroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100(6), 1140–1152. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.09.121>
- Eschweiler, M., Wolf, F., Kröber, P., Rauen, K. (in Press). BETA-MeH als berufsorientierte, klinisch-betriebliche Intervention: Ein Kommentar über die Erreichbarkeit von Betroffenen mit klinisch gering ausgeprägten Leistungsdefiziten. *Neurologie & Rehabilitation*.
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A., Edelaar, M. J., Sluiter, J. K., Frings-Dresen, M. H. (2009): How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain injury*, 23(6), 473–488. <https://doi.org/10.1080/02699050902970737>
- Wolf, F., Kirsche, D., Breier, G., Christian, D., Güldenbergh, V., Sayn-Reutelsterz, C., van der Ven, C., Freund, M., Saliger, J., Jacobs, U., Eschweiler, M., Kröber, P., Rauen, K. (in Press): Integration von BETA-MeH-Innovationen in klinische Rehabilitationsstrukturen. *Neurologie & Rehabilitation*.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Associations of Lifestyle Behaviors with Fatigue and Work Ability in Colorectal Cancer Patients

*Tomislav Vlaski<sup>1</sup>; Reiner Caspari<sup>2</sup>; Harald Fischer<sup>3</sup>; Marija Slavic<sup>1</sup>;  
Michael Hoffmeister<sup>1</sup>; Hermann Brenner<sup>1</sup>; Ben Schöttker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ);

<sup>2</sup> Klinik Niederrhein, Deutsche Rentenversicherung Rheinland;

<sup>3</sup> Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

### Hintergrund und Zielstellung

Cancer-related fatigue is among the most frequent and debilitating sequelae of colorectal cancer (CRC), limiting work participation and quality of life. Lifestyle modification is a potential target for supportive rehabilitation, yet evidence remains fragmented across individual behaviors. This study assessed how a composite Healthy Lifestyle Score (HLS) – which incorporates diet, physical activity, alcohol, body weight, and smoking – relates to fatigue and perceived work ability in CRC survivors during and after inpatient rehabilitation.

### Methoden

Patients with CRC were enrolled in the prospective, multicenter MIRANDA cohort during a three-week inpatient rehabilitation period within 12 months after primary treatment (Vlaski et al., 2023). Questionnaires were completed at baseline and three months later.

The Healthy Lifestyle Score (HLS) ranged from 0 (least healthy) to 5 (most healthy), with one point each for adherence to five behaviors: normal BMI ( $18.5 - < 25 \text{ kg/m}^2$ ), non- or light smoking ( $< 30$  pack-years), alcohol intake within national limits ( $< 24 \text{ g/day}$  men;  $< 12 \text{ g/day}$  women), balanced diet ( $\geq 34$  points on the diet-quality index), and sufficient physical activity ( $\geq 150$  min moderate or  $\geq 75$  min vigorous per week).

Fatigue was assessed using the FACIT-F Fatigue Scale, and the ability to work by the FACIT- F Functional Well-Being “Ability to Work” item.

Multivariable linear regression models adjusted for covariates estimated retrospective (pre- diagnosis), cross-sectional (baseline), and longitudinal (baseline to 3 months) associations of HLS and individual components with both outcomes.

### Ergebnisse

Among 583 participants, most had intermediate lifestyle scores (HLS 2–3), with moderation in alcohol use and non-smoking being common, while adherence to a balanced diet and sufficient physical activity was less frequent. Physical activity levels declined substantially during treatment and recovered partly 3 months after rehabilitation.

Higher pre-diagnosis lifestyle scores were associated with lower fatigue at rehabilitation, with participants who adhered to more healthy behaviors reporting lower fatigue levels. Cross-



sectionally, higher HLS scores at rehabilitation were related to both lower fatigue and greater perceived ability to work. Compared with those with unhealthy lifestyles (scores 0–1), participants with high HLS (scores 4–5) reported substantially less fatigue and better work ability.

Among individual lifestyle components, non-smoking, moderate alcohol intake, and regular physical activity were each independently associated with lower fatigue and better self-rated ability to work. Normal BMI and a healthy diet were not significantly associated with either outcome. Lifestyle factors at baseline did not predict short-term changes in fatigue or work ability at the 3-month follow-up. However, adherence to alcohol recommendations at any time point remained associated with lower fatigue.

### **Diskussion und Fazit**

CRC survivors adhering to healthier lifestyle recommendations – particularly non-smoking, moderation or abstinence from alcohol, and regular physical activity – experienced substantially lower fatigue and higher self-perceived work ability during rehabilitation. These associations were consistent for both pre-diagnosis and post-treatment behaviors, suggesting that maintaining healthy habits before and after treatment confers functional advantage at the start of recovery. In contrast, lifestyle at rehabilitation did not predict short-term changes over three months, indicating that behavioral stability and the limited observation period may constrain measurable improvement.

Among individual behaviors, physical activity showed the most pronounced relationship with both fatigue and ability to work, followed by adherence to smoking and alcohol recommendations. Diet quality and BMI showed weaker, non-significant associations, possibly reflecting limited variability and reliance on self-report. Similar associations between composite lifestyle scores and quality of life have been observed in a meta-analysis, which links combined healthy behaviors with reduced cancer-related fatigue (Zhu et al., 2024).

Conclusion: Composite lifestyle is strongly associated with fatigue and perceived work ability in CRC patients after rehabilitation, primarily driven by physical activity. Embedding individualized exercise and lifestyle programs into routine care may enhance recovery and facilitate long-term reintegration into the workforce.

### **Take-Home-Message**

CRC survivors who adhere to healthy lifestyle recommendations – especially remaining physically active, abstaining from smoking, and limiting alcohol – experience less fatigue and better ability to work during rehabilitation.

### **Literatur**

- Vlaski T., Schöttker B., Caspari R., Fischer H., Trarbach T., Slavic M., Brenner H. (2023): Development trajectories of fatigue, quality of life, and the ability to work among colorectal cancer patients in the first year after rehabilitation – First results of the MIRANDA study. *Cancers* (Basel), 15 (12).
- Zhu Y., Zhao H., Zhang L., Hu X. (2024): Composite healthy lifestyle and cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 67, 102422.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, grant number 8-11- 1-6-31/31.136.

## **Evaluierung der Wirksamkeit einer onkologischen Rehabilitation bei Patienten mit Mamma- und kolorektalen Karzinomen**

*Alena Garber<sup>1</sup>; Igor Wolff<sup>2</sup>; Vera Kaplienke-Wolff<sup>2</sup>; Oliver Rick<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Reinhardshöhe; <sup>2</sup> Gemeinschaftspraxis, Korbach

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Bedeutsamkeit der onkologischen Rehabilitation (OR) liegt in einer multiprofessionellen und interdisziplinären praktischen und theoretischen Schulungsmaßnahme. „Der Patient soll in die Lage versetzt werden, das erworbene Know-how zu Hause weiter umzusetzen („Nachhaltigkeit der Rehabilitation“), um sich dadurch weitgehend selbst helfen zu können („Hilfe zur Selbsthilfe““ (Rick, 2022).

Über die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären OR legen bisher nur wenige Untersuchungen vor. Wenige Studien beschäftigten sich nicht nur mit der Lebensqualität im Verlauf der Rehabilitation, sondern auch mit den Veränderungen in der Zeit nach der Rehabilitationsmaßnahme (Krischke, 1996; Weis et al., 2006).

Das Ziel dieser Studie ist es, eine integrative, evaluative Bewertung psychologischer, sozialer und medizinischer Faktoren zu erstellen, die als Grundlage für eine nachhaltigere Wirksamkeit der OR dienen könnte. Das andere Ziel dieser Studie ist die Bildung eines multiplen Reha-Wirksamkeit-Indexes (MRWI), der es uns ermöglicht, die unterschiedlichen Faktoren der Reha-Nachhaltigkeit zu erfassen, da bislang die Effektivität der Behandlung in der stationären OR nur an einzelnen oder wenigen kombinierten Endpunkten abgeschätzt wurde.

### **Methoden**

In dieser Studie wurden die Patienten unizentrisch in einer onkologischen Rehabilitationsklinik rekrutiert. In dieser wurde eine Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten (Beginn der stationären Rehabilitation, Ende der Rehabilitation und Sechs-Monats-Katamnese) mit n = 261 Patienten mit Mamma-Karzinomen (n=174, das MW=56,9 Jahre) und kolorektalen Karzinomen (n=87, das MW=62,1 Jahre) durchgeführt.

Für die Erhebung psychologischer Faktoren wurden die folgenden Fragebögen eingesetzt: HADS, MFI-20, EORTC QLQ-30, Reha-Motivation-Fragebogen PAREMO und Patientenbefragungen zur subjektiven Einschätzung zum Rehabilitationsergebnis.

Neben den soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Schulabschluss) und behandlungsbezogenen (Zahl und Bewertung der bisherigen Reha) werden medizinische Basisdaten (Diagnose, Körpergewicht, Karnofsky-Index) erfasst, um die somatischen Einflussfaktoren der Krebserkrankung kontrollieren zu können.

## **Ergebnisse**

Zur Quantifizierung des onkologischen Rehabilitationserfolges wurde ein multiples Ergebniskriterium (MRWI) gebildet, welcher aus 18 Qualitätsindikatoren der psychometrischen Dimensionen „Angst, Depression“, „Fatigue“, „Lebensqualität“ und „Einschätzung des Rehaergebnisses“ besteht.

Als Kriteriumsvariable diente ein MRWI, konzipiert auf der Grundlage der Veränderungseinschätzungen der Patienten. In der multinominalen logistischen Regression fanden sich als Faktoren für die Nachhaltigkeit eines Reha-Erfolges für den Patienten sechs Monate nach einer OR das weibliche Geschlecht, der Schulabschluss (der Schulabschluss sollte höher als der Volks-/Hauptschulabschluss sein), keine Komorbiditäten, Treiben von Freizeitsport, kein Nikotinkonsum sowie der Keine-Skepsis-bzgl. Rehabilitation. Alle Faktoren zusammen erklärten 41,7 % der Varianz der Variable MRWI (Nagelkerke=,417).

Als die effektstärksten unabhängigen Einflussgrößen für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit sechs Monate nach einer OR erwiesen sich das Treiben von Freizeitsport sowie der Schulabschluss. In unserem Datensatz erhöhen somit freizeitliche Sportaktivitäten die Odds zum nachhaltigen Reha-Erfolg um einen Faktor von 0,097, ein höherer Schulabschluss um einen Faktor von 0,251. Als effektstärkste abhängige Einflussgröße erweist sich die Reha-Motivation: niedrige Skepsis-Werte hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Reha-Maßnahme sechs Monate nach der Reha beeinflussen das Ergebnis positiv (Faktor 0,397).

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Befunde bestätigen indirekt die in anderen Studien nachgewiesenen Ergebnisse (Carlsen et al, 2008), dass der Ausbildungsstand eine sehr bedeutsame Rolle spielt, da das Risiko für eine fehlende Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit nach einer Krebserkrankung bei einem niedrigen Ausbildungsstand erhöht ist und der Reha-Erfolg sechs Monate nach der Rehabilitation nachlässt.

Vorliegende Studie beschreibt die Entwicklung eines aus verschiedenen Indikatoren zusammengesetzten Index zur Beurteilung des Rehabilitationserfolges der Nachhaltigkeit einer OR sowie die Untersuchung dieser Größe hinsichtlich ihrer bestimmenden Charakteristika.

## **Take-Home-Message**

Anhand des MRWI kann der individuelle nachhaltige Erfolg einer OR beurteilt werden. Patienten mit geringem Rehabilitationsnutzen rechtzeitig zu identifizieren und diese Patienten vom nachgewiesenen Nutzen der Rehabilitation zu überzeugen, vor allem um ihre Rehabilitations-/Therapiewirkung zu verstärken, ist eine primäre Aufgabe des ärztlichen Aufnahmegesprächs.

## **Literatur**

- Carlsen, K., Oksbjerg Dalton, S., Frederiksen, K., Diderichsen, F., Johansen, C. (2008): Cancer and the risk for taking early retirement pension: a Danish cohort study. *Scandinavian journal of public health*, 36(2), 117-125.
- Krischke, N., Niebrügge, S., Petermann, F., Schuler, O. (1996): Prädiktoren für den Erfolg stationärer medizinischer onkologischer Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation* 8 (3), S. 109-117.

- Rick, O. (2022): Onkologische Rehabilitation. In H. Schmoll, Kompendium Internistische Onkologie. Springer, Berlin, Heidelberg: Springer Reference Medizin.
- Weis, J., Moser, M., Bartsch, H. (2006): Goal-orientated evaluation of an inpatient rehabilitation program for woman with breast cancer (ZESOR-Study). In W. Jäckel, J. Bengel, & J. Herdt, Research in Rehabilitation – Results from a research network in southwest Germany (S. 162-171). Stuttgart: Schattauer.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Junge onkologische Rehabilitation (JOR) – Auswirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit, Lebensqualität, Fatigue, Distress, Ängste und Depressionen.**

*Christiane Capek<sup>1</sup>; Maria Scheer<sup>2</sup>; Georgia Schilling<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Asklepios Medical School GmbH; <sup>2</sup> Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt

### **Hintergrund und Zielstellung**

Jährlich erkranken rund 16.000 junge Menschen im Alter von 15 bis 39 Jahren an einer Krebserkrankung (DGHO, 2019). Damit stellt diese Altersgruppe nur einen kleinen Anteil an den gesamten Krebsneuerkrankungen dar. Entsprechend selten sind Rehabilitationsangebote, die speziell auf ihre besonderen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Familienplanung, langfristige gesundheitliche Folgen, finanzielle Stabilität und Veränderungen sozialer Rollen stellen dabei zentrale Themen dar.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, hat die Asklepios Nordseeklinik ein spezielles Rehabilitationsprogramm für junge onkologische Patient:innen entwickelt. Im Rahmen einer festen Bezugsgruppe erhalten die Teilnehmer:innen sport- und physiotherapeutische Betreuung sowie psychologische Unterstützung, die gezielt auf die individuellen Belastungen und Bedürfnisse dieser Lebensphase ausgerichtet ist.

### **Methoden**

Mit Hilfe von patient reported outcomes und Screening-Tests wurde die Effektivität des Programms evaluiert. Die Patient:innen füllten dazu am Beginn und am Ende des Aufenthalts verschiedene Fragebögen aus. Dies ermöglicht eine Aussage über den Einfluss der Rehabilitationsmaßnahme auf verschiedenen Faktoren wie psychosozialen Distress (Distress Thermometer), Fatigue (Brief Fatigue Inventory), Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 und SF-8), körperliche Leistungsfähigkeit (6-Minuten-Gehtest), Ängste und Depressionen (Hospital Anxiety and Depression Score - HADS), Chemotherapie-induzierte Polyneuropathie (CIPN-20) und Konzentrationsfähigkeit (d2R).

### **Ergebnisse**

Aktuell stellen wir die Ergebnisse von insgesamt 83 Patient:innen dar. In allen oben genannten Bereichen zeigen die patient reported outcomes zum Ende des Programmes eine

Verbesserung bei der Mehrheit der Rehabilitand:innen. Die körperliche Leistungsfähigkeit wurde durch den 6-Minuten-Gehtest erfasst. 85 % der Patient:innen verbesserten sich hierbei bezüglich der Gehstrecke. Bei der Auswertung des Distress Thermometers gaben 78 % der Patient:innen eine Verbesserung des psychosozialen Distresses an. Im Rahmen des Brief Fatigue Inventory Fragebogens konnte bei 75 % eine Verbesserung der initial angegebenen Fatigue festgestellt werden. Der Einfluss auf die Lebensqualität wird mit verschiedenen Fragebögen ausgewertet, unter anderem dem SF-8. Hierbei gaben 82 % der Patient:innen eine Verbesserung im Gesamt-Score an. Ängste und Depressionen werden mit dem HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) erfasst. Auch hier gibt mit 80 % die deutliche Mehrheit der Teilnehmer:innen eine Verbesserung im Gesamt-Score an.

### **Diskussion und Fazit**

Bislang gibt es kaum Daten zur Effektivität spezieller multimodaler Programme für junge onkologische Patient:innen. Die patient reported outcomes ermöglichen eine subjektive Einschätzung des Rehabilitationserfolges durch die Patient:innen. Bei der Mehrzahl der Rehabilitand:innen sind deutliche Verbesserungen zu beobachten. Die Patient:innen schätzen vor allem den Austausch mit Gleichaltrigen in der Gruppe. Die bisherigen Ergebnisse sind vielversprechend und sprechen nicht nur für die Effektivität sondern auch die Notwendigkeit eines solchen Programms. Mit einem gezielten Programm zur Rehabilitation junger onkologischer Patient:innen (JOR) wird eine relevante Versorgungslücke geschlossen, die es flächendeckend auszuweiten gilt.

### **Take-Home-Message**

Obwohl es sich um eine relativ kleine Gruppe betroffener Krebspatient:innen handelt, ist die Rehabilitation von jungen Erwachsenen mit/nach einer Krebserkrankung besonders wichtig, da die Gruppe besonders vulnerabel und auf eine geeignete altersadaptierte Rehabilitation umso mehr angewiesen ist, um eine nachhaltige langfristige erfolgreiche Wiedereingliederung in das Sozial- und Arbeitsleben zu gewähren.

### **Literatur**

DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie) (2019): Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankungen für junge Menschen. Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO, Band 16. ISBN 978-3-9818079-7-4. Verfügbar unter: [https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/junge-erwachsene/dgho\\_bro\\_gpsr\\_16\\_web\\_a.pdf](https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/junge-erwachsene/dgho_bro_gpsr_16_web_a.pdf).

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Moderne Erhaltungstherapien in der Onkologie – Herausforderung für die Rehabilitationsmedizin

*Diana Lüftner<sup>1</sup>; Clemens Stahr<sup>2</sup>; Annette Binder<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Immanuel Klinik Märkische Schweiz;

<sup>2</sup> Zentralapotheker Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau

## Hintergrund und Zielstellung

Erhaltungstherapien im kurativen Ansatz haben in den letzten Jahren in der Onkologie erheblich zugenommen. Betroffen sind epidemiologisch führende Tumorentitäten in Abhängigkeit von der Molekularpathologie des Primärtumors (Mammakarzinom: CDK4/6-Inhibitoren bis zu 3 Jahre; Ovarialkarzinom: PARP-Inhibitoren +/- anti-VEGF-Antikörper bis zu drei Jahre; Kolonkarzinom: Checkpointinhibitor über 6 Monate; Melanom: Checkpointinhibitor für 1 Jahr). Zusätzlich wurde die Prognose von Entitäten wie dem Endometriumkarzinom durch lange Erhaltungstherapien (bis zu drei Jahre) ebenfalls mit Checkpointinhibitoren erheblich verbessert, während andererseits die Inzidenz gerade auch des Endometriumkarzinoms erheblich ansteigt.

Der Selbstbehalt für Medikamente von Euro 500.- pro Rehabilitationsaufenthalt wird vor dem Hintergrund der älteren onkologischen Population üblicherweise durch die Begleitmedikation für Komorbiditäten aufgebraucht. Werden also teure Onkologika leitliniengerecht während der Rehabilitation fortgeführt, bleibt ein relevanter Kostenpunkt sowie ein Verwaltungsaufwand bei den Rehabilitationskliniken hängen, der vor der steigenden Anzahl an Patientinnen eine hohe finanzielle Belastung für die Einrichtungen darstellt.

## Methoden

In Zusammenarbeit mit der zuliefernden Apotheke stellten wir die Anzahl an intravenösen Zubereitungen sowie oralen Tumorthérapien mit Therapiekosten > 1000 Euro/ Monat von 2016-2025 zusammen mit der Frage, ob sich ein relevanter Anstieg an Medikationskosten ergibt.

## Ergebnisse

Von 2016 bis 2024 hat sich in der Immanuel Klinik Märkische Schweiz (IKMS) der Einsatz von intravenös verabreichten Onkologika mit dem Faktor 3,7 vervielfacht, die oralen Tumorthérapien mit Monatskosten > 1000 Euro sind mit dem Faktor 3,25 angestiegen. Bei den intravenösen Gaben stehen im Vordergrund Trastuzumab, Trastuzumab emtansin sowie Pertuzumab beim frühen HER2-positiven Mammakarzinom, ansonsten Nivolumab und Pembrolizumab bei verschiedenen Entitäten. Bei den Oralien nehmen Apalutamid sowie Abemaciclib aktuell einen hohen Stellenwert ein.

## Diskussion und Fazit

Die finanzielle Belastung durch die Gabe von modernen onkologischen Systemtherapien ist hoch und wird perspektivisch zunehmen, beispielweise durch die Gabe von Atezolizumab beim frühen Kolonkarzinom, was alle zwei Wochen appliziert werden muss. Ähnliches gilt auch für Ribociclib, das über drei Jahre beim frühen Mammakarzinom eingesetzt eingesetzt wird und rund 40 % der Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinompatientinnen betrifft.

## **Take-Home-Message**

Eine Übernahme der gesamten Therapiekosten von onkologischen Systemtherapien ist zu fordern, um eine Therapietreue nicht nur von Seiten der Patient\*innen zu gewährleisten, sondern auch von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen.

## **Literatur**

n.a.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Multimodales kognitives Rehabilitationsprogramm bei Rehabilitand\*innen mit krebsbedingter kognitiver Dysfunktion**

*Maren Schäfer; Alena Garber; Oliver Rick*

Klinik Reinhardshöhe

## **Hintergrund und Zielstellung**

Bei einer krebsbedingten kognitiven Dysfunktion (KBKD) als subjektiv erlebte und/oder objektiv messbaren langfristigen Folgestörung einer onkologischen Erkrankung ist je nach Tumorentität von einer Prävalenz von 44 bis 60 % auszugehen (Rick, 2025).

Kognitives Training mit zusätzlichem Interventionsangebot ist zielführend und empfehlenswert. Dies zeigte sich in einer monozentrischen Studie, welche erste Hinweise auf einen synergistischen Effekt von computergestütztem kognitiven Training und betätigungsbezogener Intervention lieferte (Maeir et al., 2023).

Eine durchgeführte Pilotstudie konnte ebenfalls die Effektivität und damit die Notwendigkeit eines multimodalen kognitiven Rehabilitationsprogrammes (MKRP) nachweisen (Rick et al., 2024).

Ziel dieser Studie war die Evaluation des MKRP mittels größerem Datensatz unter Berücksichtigung sozialmedizinischer und psychologischer Faktoren.

Jenes Programm beinhaltete computergestütztes kognitives Training, analoges Training mittels paper-pencil Verfahren sowie verhaltenstherapeutisch orientiertes „Kognitionstraining im Arbeitsalltag“ (KiA). Letzteres Konzept wurde klinikintern für Rehabilitand\*innen mit subjektiv stärker empfundener KBKD entwickelt.

## **Methoden**

Die Daten von 121 KBKD betroffen Rehabilitand\*innen (87 Frauen, 34 Männern) mit Mammakarzinom, Prostatakarzinom, kolorektalem Karzinom und Lungen-, Bronchialkarzinom im erwerbsfähigen Alter wurden von April 2020 bis August 2024 erhoben und retrospektiv ausgewertet. Das mediane Alter betrug 55 Jahre (Range: 30-65 Jahre).

Die Studie charakterisierte ein quantitatives Forschungsdesign unter Anwendung der Statistik Software SPSS 23.0.

Als diagnostische Mittel dienten der Fragebogen erlebter Defizite der Aufmerksamkeit (FEDA) sowie ein virtuelles, kognitives Screening (RehaCom) sowohl vor als auch nach therapeutischer Intervention. Die Experimentalgruppe (EG mit n=74 Personen) erhielt das MKRP, die Standardgruppe (STG mit n=47) die Standardbehandlung (PC-gestützt, paper-pencil). Die Messzeitpunkte waren zu Anfang und zum Ende der Rehamaßnahme. Für die Analyse wurden zusätzlich der Leipziger Kurzfragebogen zu chronischem Stress, das Multidimensional Fatigue Inventory, der Fragebogen European Organization for Research and Treatment of Cancer sowie die Hospital Anxiety and Depression Scale herangezogen.

Die KiA-Module als Teil des MKRP vermittelten Hintergrundinformationen über KBKD, Lerntypen sowie Gedächtnis- und Stressreduktionstechniken unter Berücksichtigung individueller Arbeitsplatzsituationen.

## **Ergebnisse**

Anfänglich bestanden bezüglich der subjektiven Wahrnehmung zur KBKD bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die STG hatte signifikant bessere Ergebnisse als die EG, weshalb für die EG auch das MKRP angezeigt war. Nach erfolgter Therapie offenbarte sich, dass die subjektive Wahrnehmung zur KBKD im Vergleich zwischen beiden Gruppen am Ende auf keine statistisch relevanten Unterschiede mehr hindeutete. Beide Gruppen profitierten subjektiv, hingegen die EG signifikant höher. Objektive Messungen der Kognition via Screening innerhalb der EG ergaben signifikante Verbesserungen der Wachsamkeit und Reaktionskontrolle. Tendenzielle Verbesserungen zeigten sich hinsichtlich visueller Verarbeitung der Geteilten Aufmerksamkeit und des Logischen Denkens. Univariate und multivariate Analysen ergaben, dass das Geschlecht als dominierender Faktor eine hoch signifikante Rolle hinsichtlich der objektiv gemessenen und subjektiv empfundenen kognitiven Leistungsfähigkeit spielt. Eine Korrelationsanalyse ergab Zusammenhänge zwischen Screening-Parametern und chronischem Stress, Depressionen, dem FEDA-Bogen, der Lebensqualität und Fatigue. Die Lebensqualität innerhalb der EG hat sich signifikant verbessert, was die körperlichen-, kognitiven-, emotionalen-, sozialen Funktionen und Rollenfunktion betrifft. Andere Therapien, mit beispielsweise meditativen Ansätzen, hatten keinen signifikanten Einfluss im Hinblick auf eine positive Dynamik der kognitiven Funktionen.

## **Diskussion und Fazit**

STG und EG profitierten innerhalb einer regulären Rehamaßnahme von ihren entsprechenden Therapieprogrammen mit statistischem Effekt, hingegen die EG höher. Es lässt sich vermuten, dass eine längerfristige Anwendung des MKRP im ambulanten ergotherapeutischen Setting nachhaltige Effekte nach sich ziehen würde.

Die Idee des MKRP für stärker empfundene KBKD erscheint bedeutsam und mit Blick auf dessen Etablierung angezeigt zu sein. Es wurden noch keine Faktoren ausfindig gemacht, welche eine entscheidende Rolle für den Erfolg des MKRP der Rehamaßnahme spielen. Die durchgeführte Analyse stärkt die Vermutung, dass eine therapeutische Komponente im Umgang mit den Betroffenen innerhalb der KiA-Module im Austausch von erheblicher Bedeutung sein könnte. Die Etablierung von Feedback-Bogen zu stattgefundenen KiA-Modulen wird daher angestrebt.



## **Take-Home-Message**

Kognitive Leistungsfähigkeit und Lebensqualität lassen sich durch ein MKRP signifikant verbessern und als Schlüsselkomponente wird der therapeutischen Kompetenz eine bedeutende Rolle zugesprochen.

## **Literatur**

- Maeir, T., Makranz, C., Peretz, T., Odem, E., Tsabari, S., Nahum, M., Gilboa, Y. (2023): Cognitive retraining and functional treatment (CRAFT) for adults with cancer related cognitive impairment: a preliminary efficacy study. *Supportive Care in Cancer*, 31(3), 152.
- Rick, O., Schäfer, M., Garber, A. (2024): Combined cognitive treatment in patients with cancer related cognitive dysfunction—preliminary data from a pilot study. *GMS Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin*, 13.
- Rick, O. (2025): Krebsassoziierte kognitive Dysfunktion. *Journal Onkologie*, (1), 56-59.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Besondere berufliche Problemlagen (BBPL) bei Rehabilitand\*innen mit Amputationen und Dysmelie**

*Susanna Philipp-Hauser<sup>1</sup>; Martin Schindl<sup>1</sup>; Harald Zipko<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> AUVA; <sup>2</sup> FH Campus Wien

### **Hintergrund und Zielstellung**

In Österreich leben zwischen 30.000 und 40.000 Menschen mit Major-Amputation (Amputation oberhalb des Hand-, bzw. Sprunggelenkes) und ca. 800-1.000 Menschen mit Dysmelie. Von den im Jahr 2021 amputierten 2667 Patient\*innen, waren 26,92 % im erwerbsfähigen Alter (<https://beinunslaeufts.at/2023/07/22/amputation-zahlen-und-fakten>).

Das Rehabilitationszentrum Weißer Hof betreute im Jahr 2024 83 Patienten mit Amputationen.

Neben den körperlichen und seelischen Folgen sind zusätzlich, vor allem bei Menschen mit körperlich fordernden Tätigkeiten, berufliche Problemstellungen häufig.

In einer Studie zur beruflichen Wiedereingliederung aus dem Jahr 2006 gaben ca. 50 % der Major-Amputierten an, wieder an ihren früheren Arbeitsplatz zurück gekehrt zu sein (Wan Hazmy et al., 2006). In Österreich fehlen für dieses Patientenkollektiv bisher Daten zur BBPL. Daher sollten in einer explorativen Analyse erste Daten zum Vorliegen einer möglichen BBPL in dieser Gruppe erhoben werden.

### **Methoden**

Kriterien für Hinweise auf eine BBPL wurden wie folgt definiert:

1) SELF Fragebogen: < 53/80 Punkte (Riese et al., 2021). Bei der Befragung des bezüglich der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit wurden die Rehabilitand\*innen (falls bereits bei der Aufnahme vorhanden), unter Berücksichtigung der angelegten Prothese befragt. War zum Aufnahmezeitpunkt keine provisorische oder definitive Prothese vorhanden, erfolgte die Beurteilung ohne Prothese.

2) Würzburger Screening (WBS): (Löffler et al., 2008)

a) Item 1: Dienstverhältnis gelöst

b) Items 2 – 4: subjektiv negative Erwerbsprognose > 1/3 Punkte

3) Work Ability Score (WAS): < 6/10 Punkte (Fauser et al., 2022)

4) Ultrakurzscreening (UKS): (Kroenke et al., 2009)

a) Gesamtscore: > 3/12 Punkte

b) Berufliche Belastung: Item 8: > 1/3 Punkte

## Statistik:

Für diskrete Variablen wurden absolute Häufigkeiten und prozentuell-relativen Anteilen mit 95 %igen Konfidenzintervallen, für stetige Variablen sowohl arithmetischer Mittelwert  $\pm 1$  Standardabweichung als auch 95 %ige Konfidenzintervalle sowie Median mit 1. und 3. Quartil analysiert.

## Ergebnisse

22 von 39 gescreeenten Rehabilitand\*innen erfüllten die Einschlusskriterien. Das Alter der 7 weiblichen und 15 männlichen Patienten betrug  $44,8 \pm 14,6$  (38.3 - 51.3) Jahre. Details zu den Amputationsverletzungen sind in Tabelle 1 sichtbar.

Bei 10 Rehabilitand\*innen lag kein aufrechtes Dienstverhältnis vor, bei 12 Rehabilitand\*innen war das Dienstverhältnis aufrecht.

Lediglich bei 5/22 Rehabilitand\*innen lag kein Hinweis für eine BBPL vor. Die Verteilung bezüglich der Anzahl der gleichzeitig vorliegenden Assessments, welche auf eine BBPL hinweisen ist in Tabelle 1 dargestellt.)

Die häufigsten Risikofaktoren für eine BBPL stellten eine niedrige selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit (WAS < 6 Punkte: 11/22, der Verlust, beziehungsweise das Fehlen eines Arbeitsplatzes (WBS item 1: 10/22) und eine subjektive negative Erwerbsprognose (9/22) dar (Tabelle 2).

Tabelle 1: Amputationshöhen und Amputationsursache (AU = Arbeitsunfall, PU = Privatunfall, KH = Krankheit)

| Lokalisation             | Anzahl | Genese            |
|--------------------------|--------|-------------------|
| Untere Extremität        |        |                   |
| Hüft Exartikulation      | 1      | AU<br>PU/KH: 1    |
| Oberschenkel             | 8      | AU: 3<br>PU/KH: 5 |
| Knie Exartikulation      | 1      | AU: 0<br>PU: 1    |
| USCH                     | 6      | AU: 3<br>PU/KH: 3 |
| Unterschenkel und Vorfuß | 1      | AU: 0<br>PU/KH: 1 |
| Obere Extremität         |        |                   |
| OE: Major                | 2      | AU: 1<br>PU: 1    |
| OE: Minor                | 2      | AU: 2<br>PU: 0    |
| Amyelie bzw. Dymelie     | 1      | Angeboren         |

Tabelle 2: Statistische Maßzahlanalysen der inkludierten Variablen in Bezug zu Amputation „ja-nein“.

| Variable                  | Kategorie                                         | Amputation            |                      | Effekt |
|---------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------|
|                           |                                                   | ja                    | nein                 |        |
| n                         |                                                   | 22                    | 98                   |        |
| Gender                    | Weiblich                                          | 7 (31.8; 13.9-54.9)   | 23 (23.5; 15.5-33.1) | 0.075  |
|                           | Männlich                                          | 15 (68.2; 45.1-86.1)  | 75 (76.5; 66.9-84.5) |        |
| Alter (Jahre)             |                                                   |                       | 48.1±11.0 (45.9-     | 0.10   |
|                           |                                                   | 44.8±14.6 (38.3-51.3) | 50.3)                | 1      |
|                           |                                                   | 49.7 (36.2-55.1)      | 49.6 (42.0-56.6)     |        |
| Erstaufenthalt            | Ja                                                |                       | 77 (78.6; 69.1-      | 0.28   |
|                           |                                                   | 10 (45.5; 24.4-67.8)  | 86.2)                | 7      |
|                           | Nein                                              |                       | 21 (21.4; 13.8-      |        |
|                           |                                                   | 12 (54.5; 32.2-75.6)  | 30.9)                |        |
| Latenz (Monate)           |                                                   | 335.0±476.0 (118.4-   | 78.7±267.5           | 0.29   |
|                           |                                                   | 551.7)                | (24.8-132.6)         | 0      |
|                           |                                                   | 46.3 (24.0-520.2)     | 18.6 (11.0-40.1)     |        |
| SELF (Wert)               |                                                   |                       | 51.0±16.9 (47.6-     | 0.07   |
|                           |                                                   | 48.6±20.6 (39.5-57.7) | 54.4)                | 1      |
|                           |                                                   | 50.5 (34.2-63.0)      | 53.0 (41.0-63.8)     |        |
| SELF (Risiko)             | Hohes Risiko für NRTW                             |                       | 27 (27.6; 19.0-      | 0.03   |
|                           |                                                   | 7 (31.8; 13.9-54.9)   | 37.5)                | 7      |
|                           | Moderat bis niedriges Risiko für NRTW             |                       | 71 (72.4; 62.5-      |        |
|                           |                                                   | 15 (68.2; 45.1-86.1)  | 81.0)                |        |
| Work Ability Scale (Wert) |                                                   |                       |                      | 0.12   |
|                           |                                                   | 5.4±2.9 (4.1-6.6)     | 4.8±2.6 (4.3-5.3)    | 8      |
|                           |                                                   | 5.5 (4.0-7.8)         | 5.0 (3.0-7.0)        |        |
| Work Ability Scale        | Hohes Risiko für neg. Erwerbsprognose             |                       | 57 (58.2; 47.8-      | 0.06   |
|                           |                                                   | 11 (50.0; 28.2-71.8)  | 68.1)                | 4      |
|                           | Moderat-geringes. Risiko für neg. Erwerbsprognose |                       | 41 (41.8; 31.9-      |        |
|                           |                                                   | 11 (50.0; 28.2-71.8)  | 52.2)                |        |
| Würzburger Screening      | 6 Monate nach Reha nicht erwerbstätig             |                       | 31 (31.6; 22.6-      | 0.07   |
|                           |                                                   | 9 (40.9; 20.7-63.6)   | 41.8)                | 6      |
|                           | 6 Monate nach Reha erwerbstätig                   |                       | 67 (68.4; 58.2-      |        |
|                           |                                                   | 13 (59.1; 36.4-79.3)  | 77.4)                |        |
| Würzburger Screening      | Erwerbsstatus negativ: Ja                         |                       | 36 (36.7; 27.2-      | 0.06   |
|                           |                                                   | 10 (45.5; 24.4-67.8)  | 47.1)                | 9      |
|                           | Erwerbsstatus negativ: Nein                       |                       | 62 (63.3; 52.9-      |        |
|                           |                                                   | 12 (54.5; 32.2-75.6)  | 72.8)                |        |
| UKS Gesamt (Wert)         |                                                   |                       |                      | 0.33   |
|                           |                                                   | 1.8±1.8 (1.0-2.6)     | 3.1±2.3 (2.6-3.5)    | 0      |

## **Diskussion und Fazit**

Die Verteilung der einzelnen Risikofaktoren für eine BBPL deckt sich weitgehend mit den Daten des Gesamtkollektivs (Abstract M. Schindl). Der Anteil der Rehabilitand\*innen, bei denen eine negative subjektive Erwerbsprognose vorlag (40.90 %) lag in einem vergleichbaren Bereich, wie bei Rehabilitand\*innen zu Beginn einer kardiologischen Rehabilitation (43 %) (Salzwedel et al., 2019). Auffallend in der aktuellen Auswertung ist jedoch das geringe Vorhandensein von psychischen Belastungen (UKS Gesamtscore mit Hinweisen auf moderate bis sehr starke Belastung 2/22).

Limitierungen stellen das heterogene Kollektiv und die geringe Fallzahl der eingeschlossenen Rehabilitand\*innen dar. Diese sind durch den Ausschluss von Rehabilitand\*innen im nicht-erwerbsfähigen Alter (Kinder, Jugendliche, und Pensionist\*innen), sowie auf sprachliche Einschränkungen (Patient\*innen aus der Ukraine) zurückzuführen.

## **Take-Home-Message**

Eine beträchtliche Anzahl von amputierten Rehabilitand\*innen weist Risikofaktoren aus verschiedenen Bereichen für das Vorliegen einer BBPL auf.

## **Literatur**

- Löffler, S., Wolf, H.D., Vogel, H. (2008): Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen – Entwicklung und Validierung. *Gesundheitswesen* 2008;70 – A//. Doi: 10.1055/s-0028-1086302
- Kroenke, K., Strine, T.W., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Berry, J.T., Mokdad, A.H. (2008): The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.* 2009 Apr;114(1-3):163-73. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.026. Epub 2008 Aug 27. PMID: 18752852.
- Riese, D., Kool, J., Jansen, B., Schindl, M., Oesch, P., Trippolini, M.A., Sieben, J., de Bie, R.A. (2021): The predictive validity of the Self Evaluation of Functional Capacity (SELF) instrument for the outcome of non-return to work in patients with musculoskeletal disorders. EUMASS congress 2021 (abstract book)
- Salzwedel, A., Reibis, R., Hadzic, M., Buhlert, H., Völler, H. (2019): Patients' expectations of returning to work, co-morbid disorders and work capacity at discharge from cardiac rehabilitation. *Vasc Health Risk Manag.* 2019 Aug 14; 15: 301-308. doi: 10.2147/VHRM.S216039. PMID: 31616150; PMCID: PMC6698615.
- Wan Hazmy, C. H., Chia, W. Y., Fong, T. S., Ganendra, P. (2006): Functional outcome after major lower extremity amputation: a survey on lower extremity amputees. *The Medical journal of Malaysia*, 61 Suppl A, 3–9.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Das Austrian Knee Profiling Program: ICF-basiertes Assessment und Reha-Outcome bei früher Kniegelenksarthrose und nach Knie-Totalendoprothese**

*Bettina Thauerer<sup>1</sup>; Anna Odrovicsné Tóth<sup>1</sup>; Monika Mustak-Blagusz<sup>2</sup>; Andreas Salzer<sup>3</sup>; Bibiane Steinecker-Frohnwieser<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Ludwig Boltzmann Institut für Arthritis und Rehabilitation; <sup>2</sup> Pensionsversicherung (PV);

<sup>3</sup> Reha-Zentrum Saalfelden der Pensionsversicherung

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Kniegelenksarthrose (OA) ist eine multifaktorielle Erkrankung, bei der das gesamte Gelenk betroffen ist und häufig zu Schmerzen, funktionellen Einschränkungen und reduzierter Partizipation führt. Die Charakterisierung der Erkrankung und zielgerichtete Maßnahmen zur Wiederherstellung der Partizipationsfähigkeit sind essenzielle und zentrale Aufgaben einer multidisziplinären Rehabilitation. Dies erfordert eine ganzheitliche, interdisziplinäre Herangehensweise wie das biopsychosoziale ICF-Modell, das Funktionsfähigkeit als Zusammenspiel von Gesundheit, Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren versteht.

Im Austrian Knee Arthritis Profiling Program (AKAPP) werden der Verlauf und die funktionellen Auswirkungen von OA bei den Patient\*innengruppen (frühe OA mit Knieschmerzen VAS  $\geq 3$ , fortgeschrittene OA, Anschlussheilbehandlung nach Knie-Totalendoprothese (KTEP)) im erwerbsfähigen Alter systematisch erfasst (Thauerer et al., 2025). Ziel dieser Studie ist es, individuelle Beeinträchtigungsgrade mit differenzierten Funktionsprofilen detaillierter abzubilden und Rehabilitationsziele klar zu definieren.

## **Methoden**

In dieser Machbarkeitsuntersuchung wurden rund 60 Patient\*innen (frühe OA und nach KTEP) zu den Einschränkungen ihrer Aktivität aufgrund von Knieschmerz befragt. Die Einstufung der drei Teilbereiche Freizeit, Arbeit und Alltag erfolgt anhand der fünfteiligen ICF-Schweregrad Skala (0-100 %) zu Beginn und am Ende der Rehabilitation. Um kontextuelle Variablen besser erfassen zu können, werden die Daten mithilfe des ICF-Knee Arthritis Pain Setting<sup>20</sup> (ICF-KAPS<sup>20</sup>) erhoben, das speziell für Knieschmerzen in einer Rehabilitationsumgebung entwickelt wurde (© 2025 Thauerer B., Odrovicsné-Tóth A.; siehe Odrovicsné - Tóth et al., 2025). Dazu werden die Teilnehmenden zu Beginn mithilfe des ICF-KAPS<sup>20</sup>-Core-Sets (20 Items zu Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation) befragt. Auf Basis des so generierten individuellen ICF-KAPS<sup>20</sup>-Profils erfolgt die Definition dreier patientenrelevanter Rehabilitationsziele angelehnt an SMART-Kriterien (Kiresuk et al., 1994). Zudem wird ein standardisierter ICF-KAPS<sup>20</sup>-Index (Beeinträchtigungsschweregrad 0-100), bestehend aus vier Domänen Funktion, Mobilität, arbeitsbezogene und soziale Partizipation, errechnet. Dabei entspricht 0 keiner und 100 einer maximalen Beeinträchtigung. Zur Erhebung der Arbeitsfähigkeit werden der Work Ability Index (WAI) und die Ausprägung der Besonderen Beruflichen Problemlage (BBPL) herangezogen.

Die Beurteilung der Zielerreichung erfolgt am Ende der dreiwöchigen stationären Rehabilitation mittels Goal Attainment Scaling (GAS; viel weniger (-2), etwas weniger (-1),

gleich (0), etwas mehr (+1), viel mehr (+2) als erwartet). Longitudinale Veränderungen und Zusammenhänge werden mittels Korrelationsanalysen ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Erste Ergebnisse der Machbarkeitsuntersuchung bestätigen die gute Anwendbarkeit des ICF-KAPS20 zur Identifikation individueller Defizite und zur Ableitung knieschmerzbezogener Reha-Ziele. Die zwei untersuchten Gruppen weisen unterschiedliche Ausprägungen sowohl in den einzelnen vier Domänen (Funktion, Mobilität, arbeitsbezogene und soziale Partizipation) als auch im standardisierten ICF-KAPS20-Index auf. Die Patient\*innen nach KTEP haben bezüglich Arbeitsfähigkeit und der Beeinträchtigung in der Arbeit kritischere Werte. Beide Gruppen konnten wesentliche Fortschritte in Richtung der zu Beginn definierten Ziele erlangen, auch wenn diese noch nicht vollständig erreicht wurden. Longitudinale Analysen verdeutlichen, dass eine dreiwöchige stationäre Rehabilitation die durch Knieschmerz bedingten Beeinträchtigungen in Freizeit-, Arbeits- und Alltagsaktivitäten in beiden Gruppen reduziert und die Arbeitsfähigkeit verbessert. Erste Hinweise zeigen, dass der ICF-KAPS20-Index mit dem Grad der Zielerreichung und der Verbesserung in der Arbeitsfähigkeit in Beziehung steht. Weiters könnte der ICF-KAPS20-Index als Prädiktor für die Identifikation einer BBPL dienen und ein Maß für die Zielerreichung darstellen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Resultate verdeutlichen, dass eine ICF-basierte Funktionsanalyse mittels ICF-KAPS20 in Kombination mit SMART-Zielen und GAS eine differenzierte und patientenzentrierte Beurteilung des Rehabilitationsverlaufs ermöglicht. Durch diese Integration können klinische Rehabilitationsprozesse gezielter gesteuert und Outcome-Messungen verbessert werden. Der ICF-KAPS20-Index könnte sich dabei als sensibles Instrument zur Prädiktion von Zielerreichung innerhalb einer Rehabilitation und Identifikation einer möglichen BBPL in Zusammenhang mit Knieschmerz eignen. Um jedoch eine unausgewogene Gewichtung der Domänen „arbeitsbezogene“ und „soziale Partizipation“ bei der Berechnung des Index zu vermeiden, wird das Item-Set künftig erweitert (ICF-KAPS24). Langfristig könnte dieses Profiling einen wichtigen Beitrag zur Optimierung individualisierter Rehabilitationsstrategien leisten, da Aspekte der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren identifiziert werden könnten, die eine frühzeitige Prognose – d. h. bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation – über die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ermöglichen. Darauf aufbauend sollen zusätzlich Untersuchungen bezüglich psychosozialer Faktoren, Funktion, Schmerz und Lebensqualität implementiert werden.

## **Take-Home-Message**

Ein ICF-basiertes, zielorientiertes Assessment wie das AKAPP-KAPS-Konzept ermöglicht eine präzise und patientenzentrierte Abbildung funktioneller Veränderungen und dient zur besseren Evaluation der Reha-Ergebnisse.

## **Literatur**

Kiresuk, T.J., Smith, A., Cardillo, J.E. (Eds.) (1994): Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315801933>

Odrovicsné-Tóth, A., Thauerer, B., Dorfer, L., Mustak-Blagusz, M., Steinecker-Frohnwieser, B., Salzer, A. (2025): ICF im Fokus: Rehabilitationsziele für Patient\*innen mit Knieschmerzen systematisch definieren. Abstract von Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation 2025, Wien, Österreich. S. 25-26

Thauerer, B., Odrovicsné-Tóth, A., Mustak-Blagusz, M., Felder, D., Salzer, A., Steinecker-Frohnwieser B. (2025): Initial findings from the Austrian Knee Arthritis Profiling Program: Insights into rehabilitation OA-patients with cardiovascular and musculoskeletal conditions. Osteoarthritis and Cartilage, Volume 33, S201 <https://doi.org/10.1016/j.joca.2025.02.281>

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Prävalenz der besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) bei traumatologischen Rehabilitand\*innen**

*Martin Schindl<sup>1</sup>; Harald Zipko<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> AUVA Rehabilitationszentrum Weißer Hof; <sup>2</sup> FH Campus Wien

### **Hintergrund und Zielstellung**

Nach einem Unfall wird die Wahrscheinlichkeit für die Rückkehr in das Arbeitsleben u. a. vom Gesundheitszustand, der damit verbundenen Leistungsfähigkeit und problematischer berufsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster bestimmt.

Bestehen Beeinträchtigungen in zumindest einem der beiden Bereiche wird dies als das Vorliegen einer sogenannten "Besonderen beruflichen Problemlage (BBPL)" definiert.

In Deutschland wurde der Anteil der Patient\*innen mit einem solchen Bedarf zwischen 19 und 23 % geschätzt. (Kaiser et al., 2025)

Daten über die Häufigkeit von BBPL im Bereich der traumatologischen Rehabilitation liegen für Österreich noch nicht vor und sollen daher erstmals explorativ erfasst werden.

### **Methoden**

In die explorative Analyse flossen Daten von Rehabilitand\*innen, welche von 01.04.2025 bis 30.09.2025 in die unfallchirurgische Rehabilitation aufgenommen wurden, entweder in Berufsausbildung oder im erwerbsfähigen Alter standen und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten und deren Daten innerhalb von 2 Tagen ab Aufnahme vollständig erhoben werden konnten, ein.

Zielparameter:

Kriterien für Hinweise auf eine BBPL mit Hinweis auf non return- to-work (NRTW) wurden wie folgt definiert:

- 1) SELF Fragebogen: < 53/80 Punkte (Riese et al., 2021)
- 2) Würzburger Screening (WBS): (Löffler et al., 2008)
  - a) Item 1: Dienstverhältnis gelöst
  - b) Items 2 – 4: subjektiv negative Erwerbsprognose > 1/3 Punkte



3) Work Ability Score (WAS): < 6/10 Punkte (Fauser et al., 2022)

4) Ultrakurzscreening (UKS):

a) Gesamtscore: > 3/12 Punkte

b) Berufliche Belastung: Item 8: > 1/3 Punkte

Statistik:

Für diskrete Variablen wurden absolute Häufigkeiten und prozentuell-relativen Anteilen mit 95 %-igen Konfidenzintervallen, für stetige Variablen sowohl arithmetischer Mittelwert  $\pm$  1 Standardabweichung als auch 95 %-ige Konfidenzintervalle sowie Median mit 1. und 3. Quartil analysiert.

## **Ergebnisse**

Von 139 ausgegeben Screeningbögen konnten 120 in die Auswertung eingeschlossen werden. Das Alter der 90 männlichen und 30 weiblichen Rehabilitand\*innen lag bei  $47.5 \pm 11.7$  (45.3 - 49.6) Jahren. Die übrigen soziodemografischen Daten sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

20,83 % der Rehabilitand\*innen erfüllten zumindest ein Kriterium für das Vorliegen einer möglichen BBPL. Der Anteil der Rehabilitand\*innen, die 2, 3, 4, 5, oder 6 Kriterien erfüllten belief sich auf weitere 14,17 %, 11,67 %, 15,83 %, 10,00 %, beziehungsweise 4,17 %. In 6 Rehabilitanden waren alle 6 Kriterien für eine BBPL vorhanden (0,83 %). Lediglich in 22,50 % der Rehabilitanden war kein Kriterium für das Vorliegen einer BBPL vorhanden. (Abb. 1B)

Die häufigsten Risikofaktoren für eine BBPL stellten eine niedrige selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit (WAS < 6 Punkte: 56 %; 47.3 – 65.7), der Verlust des Arbeitsplatzes (WBS item 1: 38.3 %; 29.6 – 47.6) und selbst wahrgenommene berufliche Belastungen (UKS item 8: 35.8 %; 27.3 – 45.1) dar. (Abb. 1A)

## **Diskussion und Fazit**

Die vorliegende explorative Studie erfasst erstmals in Österreich in einer 6-Monatskohorte von unfallchirurgischen Rehabilitand\*innen das Vorliegen von Risikofaktoren für eine BBPL. Der Prozentsatz der Rehabilitand\*innen mit negativer Erwerbsprognose lag für das WBS in einem vergleichbaren Bereich wie im Bereich der kardialen Rehabilitation (43 %) (Salzwedel et al., 2019). Andere Autoren fanden anhand des SIBAR für den Bereich der MSK Rehabilitation niedrigere Werte (19-23 %), beim Vorliegen psychischer Komorbiditäten jedoch vergleichbare Werte (45 %) (Kaiser et al., 2025).

Limitierungen stellen die kleine Fallzahl und die monozentrische Durchführung der Studie dar. Die Stärke der Studie liegt in der erstmaligen Erfassung der BBPL in einem diesbezüglich noch nicht erfassten Kollektiv und in der umfassenden Auswahl der verwendeten Screening Instrumente.

## **Take-Home-Message**

Unfallchirurgische Rehabilitand\*innen weisen beträchtliche Hinweise für das Vorliegen einer BBPL auf.

Tabelle 1: Deskriptiv-statistische Analyse der inkludierten Variablen.

| Variable                                    | Kategorie                                                | Maßzahlen                                          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Gender                                      | Weiblich                                                 | 30 (25.0; 17.5 - 33.7)                             |
|                                             | Männlich                                                 | 90 (75.0; 66.3 - 82.5)                             |
| Alter (Jahre)                               |                                                          | 47.5 ± 11.7 (45.3 - 49.6)<br>49.6 (40.7 - 55.8)    |
| Arbeitsunfall                               | Ja                                                       | 98 (83.1; 75.0 - 89.3)                             |
|                                             | Nein                                                     | 20 (16.9; 10.7 - 25.0)                             |
| Erstaufenthalt                              | Ja                                                       | 87 (72.5; 63.6 - 80.3)                             |
|                                             | Nein                                                     | 33 (27.5; 19.7 - 36.4)                             |
| Latenz (Monate)                             |                                                          | 124.3 ± 327.3 (64.7 - 184.0)<br>19.9 (11.6 - 46.3) |
| Amputation                                  | Ja                                                       | 22 (18.3; 11.9 - 26.4)                             |
|                                             | Nein                                                     | 98 (81.7; 73.6 - 88.1)                             |
| Anzahl Diagnosen                            | 1                                                        | 82 (68.3; 59.2 - 76.5)                             |
|                                             | 2                                                        | 26 (21.7; 14.7 - 30.1)                             |
|                                             | 3                                                        | 9 (7.5; 3.5 - 13.8)                                |
|                                             | 4                                                        | 1 (0.8; 0.0 - 4.6)                                 |
|                                             | 5                                                        | 2 (1.7; 0.2 - 5.9)                                 |
| SELF (Wert)                                 |                                                          | 50.5 ± 17.6 (47.4 - 53.7)<br>53.0 (39.5 - 64.0)    |
| SELF (Risiko)                               | Hohes Risiko für NRTW                                    | 34 (28.3; 20.5 - 37.3)                             |
|                                             | Moderat bis niedriges Risiko für NRTW                    | 86 (71.7; 62.7 - 79.5)                             |
| Work Ability Scale (Wert)                   |                                                          | 4.9 ± 2.7 (4.4 - 5.4)<br>5.0 (3.0 - 7.0)           |
| Work Ability Scale (Risiko)                 | Hohes Risiko für negative Erwerbsprognose                | 68 (56.7; 47.3 - 65.7)                             |
|                                             | Moderat bis geringes Risiko für negative Erwerbsprognose | 52 (43.3; 34.3 - 52.7)                             |
| Würzburger Screening (Risiko)               | 6 Monate nach Reha nicht erwerbstätig                    | 40 (33.3; 25.0 - 42.5)                             |
|                                             | 6 Monate nach Reha erwerbstätig                          | 80 (66.7; 57.5 - 75.0)                             |
| Würzburger Screening: Erwerbsstatus negativ | Ja                                                       | 46 (38.3; 29.6 - 47.6)                             |
|                                             | Nein                                                     | 74 (61.7; 52.4 - 70.4)                             |
| UKS Gesamt (Wert)                           |                                                          | 2.8 ± 2.2 (2.4 - 3.2)<br>2.5 (1.0 - 4.1)           |
| UKS Gesamt (Risiko)                         | Moderate bis (sehr) starke Belastung                     | 30 (25.0; 17.5 - 33.7)                             |
|                                             | Keine bis geringfügige Belastung                         | 90 (75.0; 66.3 - 82.5)                             |
| UKS Berufliche Belastung                    | Ja                                                       | 43 (35.8; 27.3 - 45.1)                             |
|                                             | Nein                                                     | 77 (64.2; 54.9 - 72.7)                             |
| Assessments Risiko für NRTW'                | 0                                                        | 27 (22.5; 15.4 - 31.0)                             |
|                                             | 1                                                        | 25 (20.8; 14.0 - 29.2)                             |
|                                             | 2                                                        | 20 (16.7; 10.5 - 24.6)                             |
|                                             | 3                                                        | 15 (12.5; 7.2 - 19.8)                              |
|                                             | 4                                                        | 20 (16.7; 10.5 - 24.6)                             |
|                                             | 5                                                        | 7 (5.8; 2.4 - 11.6)                                |
|                                             | 6                                                        | 6 (5.0; 1.9 - 10.6)                                |

## A Relative Anteile der Assessments



## B Assessments mit Risiko für 'non-return-to work'

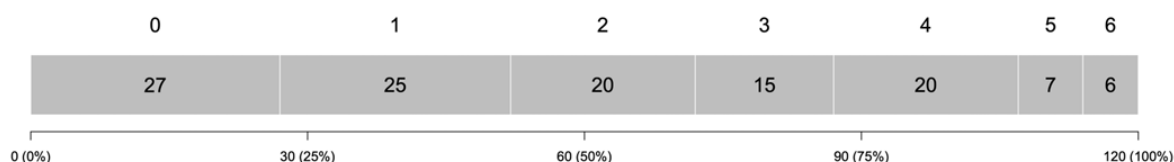


Abbildung 1: A Relative Anteile der NRTW-Assessments. B Anzahl der Assessments mit Risiko für NRTW.

## Literatur

- Fauser, D., Zeuner, A.K., Zimmer, J.M., Golla, A., Schmitt, N., Mau, W., Bethge, M. (2022): Work ability score as predictor of rehabilitation, disability pensions and death? A German cohort study among employees with back pain. *Work*. 2022;73(2): 719-728. doi: 10.3233/WOR-210987 PMID: 35431217.
- Kaiser, U., Nübling, R., Schmidt, J., Bürger, W., Bahr, J., Tüchert, H., Höschele, E., Reinhardt, A. (2025): DRV-Schriften, Band 131; S. 171-173. ISBN 978-3-947949-27-4.
- Löffler, S., Wolf, H.D., Vogel, H. (2008): Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen – Entwicklung und Validierung. *Gesundheitswesen* 2008;70 – A//. Doi: 10.1055/s-0028-1086302
- Riese, D., Kool, J., Jansen, B., Schindl, M., Oesch, P., Trippolini, M.A., Sieben, J., de Bie, R.A. (2021): The predictive validity of the Self Evaluation of Functional Capacity (SELF) instrument for the outcome of non-return to work in patients with musculoskeletal disorders. EUMASS congress 2021 (abstract book)
- Salzwedel, A., Reibis, R., Hadzic, M., Buhler, H., Völler, H. (2019): Patients' expectations of returning to work, co-morbid disorders and work capacity at discharge from cardiac rehabilitation. *Vasc Health Risk Manag*. 2019 Aug 14;15:301-308. doi: 10.2147/VHRM.S216039. PMID: 31616150; PMCID: PMC6698615.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Timing matters: Einfluss des Reha-Beginns auf Range of Motion und Schmerz nach Kniegelenkersatz

Barbara Gusenbauer-Kirchner<sup>1</sup>; Lisa Bartl<sup>1</sup>; Emma Doppelbauer<sup>1</sup>; Monika Mustak-Blagusz<sup>2</sup>; Bibiane Steinecker-Frohnwieser<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Reha-Zentrum Bad Schallerbach der PV; <sup>2</sup> Pensionsversicherung (PV);

<sup>3</sup> Ludwig Boltzmann Institute for Arthritis and Rehabilitation

## Hintergrund und Zielstellung

Nach einem Kniegelenkersatz (KTEP) stellt die stationäre Phase-II-Rehabilitation einen zentralen Bestandteil des Genesungsprozesses dar, um die Wiederherstellung der Gelenkbeweglichkeit, Muskelkraft, Koordination und funktionellen Alltagsfähigkeit zu unterstützen. Internationale Untersuchungen zeigen, dass der Beginn der Phase-II-Rehabilitation innerhalb der ersten Wochen nach OP, mit einer schnelleren funktionellen Erholung, höherer Patientenzufriedenheit und geringeren Komplikationsraten verbunden ist (Quack et al., 2015; Arienti et al., 2020). Diese Vorteile werden auf die frühzeitige Aktivierung neuromuskulärer Anpassungsprozesse, die Vermeidung sekundärer Bewegungseinschränkungen (z. B. Kapselsteife, Muskelatrophie) und die Förderung einer symmetrischen Gang- und Belastungsfähigkeit zurückgeführt. Ein deutlich verzögerter Beginn der Rehabilitation (z. B.  $\geq 8 - 10$  Wochen postoperativ) kann zu einer Reduktion signifikanter zusätzlicher funktioneller Verbesserungen führen, wenn wesentliche Heilungs- und Adaptationsprozesse sich bereits stabilisiert haben (Brandholm, Kehlet, 2012). Ziel der Studie ist es zu untersuchen, ob der Zeitpunkt des Reha-Antritts nach KTEP die Funktionsverbesserung beeinflusst bzw. ob Patient\*innen mit Reha-Beginn innerhalb von vier Wochen postoperativ eine stärkere ROM-Verbesserung erzielen als jene mit Reha-Beginn nach rund 14 Wochen.

## Methoden

Die vorliegende retrospektive Studie untersucht den Einfluss des Zeitintervalls zwischen Operation und Reha-Antritt (OP→Reha) auf den funktionellen Zustand (ROM) und die Schmerzintensität (VAS) im Vergleich Anfang (A)/Ende (E) der Rehabilitationsmaßnahme. Eingeschlossen wurden 220 Patient\*innen, davon 77 % nach primärer KTEP, der Rest nach unikondylärem Kniegelenkersatz oder KTEP-Revision. Die durchschnittliche OP→Reha Zeitspanne betrug  $86,9 \pm 55$  Tage. Es wurden zwei Subgruppen gebildet; Gruppe 1 mit durchschnittlich 31,5 Tagen ( $\pm 6$ ; min/max 22/40;  $n = 40$ ) und Gruppe 2 mit durchschnittlich 100,2 Tagen ( $\pm 53$ ; min/max 42/399;  $n = 167$ ). Die Analyse der Beweglichkeit umfasste das Beugedefizit, die maximale Beugung sowie deren Differenzen ( $\Delta$ ROM) Anfang zu Ende. Die statistischen Unterschiede (A) versus (E) wurden mittels Student's t-Test, die Korrelationen zwischen ROM und OP→Reha nach Pearson ermittelt.

## Ergebnisse

Im Vergleich Reha-Antritt/Entlassung reduzierte sich der Schmerz (VAS) von  $4,3 (\pm 2,4)$  auf  $2,7 (\pm 2,2)$  ( $p < 0,001$ ), die Beweglichkeit verbesserte sich um 28 % (Beugedefizit) und 6,6 % (max. Beugung). Die max. Beugung bei Reha-Antritt korrelierte mit der Zeitspanne OP→Reha ( $r = 0,221$ ); je länger die Zeitspanne, umso größer die erreichte Flexion zum Reha-Antritt. Die

Korrelationsanalyse für  $\Delta$ ROM (Veränderung der Beweglichkeit während der Reha) zeigte deutliche Zusammenhänge ( $r = 0,373$ ); je kürzer der Zeitraum zwischen OP→Reha desto besser bildeten sich funktionelle Verbesserungen ab. Die Subgruppenanalyse bestätigte diese Tendenz. Die negative Korrelationen zwischen  $\Delta$ ROM und OP→Reha war in Gruppe 1 stärker erkennbar ( $r = -0,25$ ). Bezüglich der Schmerzverbesserung zeigten sich dagegen nur geringe Gruppenunterschiede, was auf eine weitgehend zeitunabhängige Schmerzentwicklung schließen lässt. Die Verbesserung im Schmerz lag in Gruppe 1 um 1,8 (A: 4,8/E: 3,0) und in Gruppe 2 um 1,5 (A: 4,1/E: 2,6). In beiden Fällen war der Unterschied signifikant ( $p < 0,001$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse dieser retrospektiven Analyse zeigen, dass der Zeitpunkt des Reha-Antritts nach einer Knieendoprothese (KTEP) einen messbaren Einfluss auf den funktionellen Zugewinn während der Rehabilitation hat. Patient\*innen, die ihre Reha früher begannen, erzielten im Durchschnitt eine deutlichere Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit (ROM) als jene mit einem längeren Intervall zwischen Operation und Reha-Beginn. Diese Beobachtung deckt sich mit der internationalen Evidenz, die einen Vorteil einer frühzeitigen, strukturierten postoperativen Rehabilitation im subakuten Zeitraum beschreibt (Buhagiar et al., 2017; Zhao et al., 2023). Die Schmerzverbesserung zeigte sich hingegen weitgehend unabhängig vom Zeitpunkt des Reha-Antritts, was auf die multifaktorielle und zeitlich selbstlimitierende Natur postoperativer Schmerzen hinweist. Für zukünftige Untersuchungen sollte eine größere Stichprobe angestrebt werden, um einen exakteren Schwellenwert („Cut-off“) für den optimalen zeitlichen Abstand zwischen Operation und Reha-Beginn bestimmen zu können. Darüber hinaus deuten die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass der Range of Motion (ROM) als gut quantifizierbarer Parameter zur Beurteilung der funktionellen Erholung und zum Vergleich unterschiedlicher Reha-Zeitpunkte ausreichend valide und praktikabel ist.

## **Take-Home-Message**

Ein früherer Reha-Antritt nach KTEP maximiert das funktionelle Ergebnis, da sich die Beweglichkeit in den ersten Wochen postoperativ am effektivsten verbessern lässt.

## **Literatur**

- Arienti, C. et al. (2020): Fast-track rehabilitation after total knee arthroplasty reduces length of hospital stay: A prospective, case-control clinical trial. *Turk J Phys Med Rehabil.* 9; 66(4):398-404. doi: 10.5606/tftrd.2020.6266
- Brandholm, T., Kehlet, H. (2012): Physiotherapy exercise after fast-track total hip and knee arthroplasty: time for reconsideration? *Arch Phys Med Rehabil.* Jul;93(7):1292-4. doi: 10.1016/j.apmr.2012.02.014
- Quak, V. et al., (2015): Multidisciplinary Rehabilitation and Fast-track Rehabilitation after Knee Replacement: Faster, Better, Cheaper? A Survey and Systematic Review of Literature. *Rehabilitation.* 54(4): 245-51. doi: 10.1055/s-0035-1555887

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Vollbremsung? Aber sicher! Sicher mit dem Auto unterwegs nach Hüft- oder Knie-TEP-Implantation am rechten Bein**

*Jenny Hübner*

Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney (IfR)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Das eigenständige Führen eines Kraftfahrzeuges ist für viele Erwerbstätige Voraussetzung für die Rückkehr in den Beruf und für ältere Menschen Grundlage ihrer Mobilität. Jährlich erhalten rund 379.000 Patient\*innen in Deutschland Gelenkersatz in Hüfte oder Knie (Grimberg et al., 2024). Einheitliche Empfehlungen zur Wiedererlangung der Fahrtauglichkeit fehlen, da die Literatur heterogene Studiendesigns und Latenzzeiten von zwei bis zwölf Wochen berichtet (Kirschbaum et al., 2021; Na et al., 2020; Spies, 2022). Ziel dieser Studie war, belastbare Evidenz für einen Zeitpunkt zu gewinnen, an dem die Wiederaufnahme der aktiven Verkehrstüchtigkeit empfohlen werden kann.

## **Methoden**

Mit einem Fahrsimulator wurde während einer simulierten Notfallbremsung die totale Bremsreaktionszeit (TBRT) sowie die Bremspedalkraft des rechten Beins ermittelt. Messungen erfolgten drei, vier, sechs und acht Wochen nach OP (T1–T4). Pro Zeitpunkt wurden drei Versuche durchgeführt, deren Mittelwert analysiert wurde. Zwischen April 2024 und Mai 2025 wurden Teilnehmer\*innen rekrutiert. Zusätzlich wurden Fragebogendaten zu Person, Gesundheitszustand und Mobilität erhoben. Die statistische Analyse umfasste einen Test auf Nicht-Unterlegenheit gegenüber einer Kontrollgruppe unter Berücksichtigung einer festgelegten Nicht-Unterlegenheitsgrenze von 0,6 Standardabweichungen sowie die Prüfung, wann Normwerte ( $< 800$  ms,  $> 250$  N) erreicht wurden.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden Daten von 43 teilnehmenden KTEP-operierten sowie von 35 teilnehmenden HTEP-operierten Personen und weiteren 50 Teilnehmer\*innen einer Kontrollgruppe in die Analyse eingeschlossen. Das Durchschnittsalter lag bei  $61,3 \pm 7,1$  Jahren (KTEP) bzw. bei  $61,2 \pm 7,4$  Jahren (HTEP) und bei  $45,8 \pm 13,7$  Jahren in der Kontrollgruppe. In der Gruppe der Knie-TEP-operierten waren 46,5 % männlich, in der Gruppe der Hüft-TEP-operierten waren 62,9 % männlich. In der Kontrollgruppe hingegen waren 32 % der Teilnehmenden männlich. Drei Wochen nach OP unterschritten 37,2 % der KTEP-operierten Teilnehmer\*innen die Nicht-Unterlegenheitsgrenze von 620 ms ( $705 \pm 202$  ms, 95%-KI: 643 bis 767). In der Gruppe der HTEP-operierten ( $n = 34$ ) waren es zu diesem Zeitpunkt 41,2 % der Teilnehmer\*innen ( $699 \pm 301$  ms, 95%-KI: 594 bis 804). Eine Woche später steigerte sich die Anzahl der Personen auf 62,8 % (KTEP) ( $633 \pm 088$  ms, 95%-KI: 606 bis 660) bzw. auf 57,1 % (HTEP) ( $618 \pm 089$  ms, 95%-KI: 587 bis 648). Zu T3 unterschritten bereits 69,8 % der KTEP-Teilnehmer\*innen ( $597 \pm 067$  ms, 95%-KI: 577 bis 618) die 620 ms sowie 74,3 % der HTEP-Teilnehmer\*innen ( $597 \pm 093$  ms, 95%-KI: 565 bis 629). Zum letzten Messzeitpunkt, acht Wochen nach OP, unterlagen 80,6 % der teilnehmenden KTEP-operierten ( $n = 31$ ) dem berechneten Schwellenwert ( $574 \pm 071$  ms, 95%-KI: 548 bis 600). In der Gruppe der HTEP-operierten Personen ( $n = 20$ ) waren es

75,0 % ( $590 \pm 071$  ms, 95%-KI: 556 bis 623). Wird nur das Unterschreiten der empfohlenen Normwerte von  $< 800$  ms betrachtet so erlangen 90,7 % der KTEP-operierten bereits nach vier Wochen und 100 % nach sechs Wochen wieder ihre Fahrtauglichkeit zurück. In der Gruppe der HTEP-operierten sind es nach vier Wochen 94,3 % und weitere zwei Wochen später 97,1 % der Teilnehmenden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Patient\*innen bereits nach vier Wochen die empfohlenen Normwerte sowie nach sechs Wochen die strengere Nicht-Unterlegenheitsgrenze von 620 ms erreichen, was deutlich kürzer ist als die in der Literatur berichteten Zeitspannen von bis zu zwölf Wochen. Unterschiede zwischen der Gruppe der Knie- und Hüft-TEP-operierten sind gering, was auf eine vergleichbare Wiedererlangung der Fahrtauglichkeit hinweist. Die starke Streuung zu T1 und die Verletzung der Normalverteilung verdeutlichen die individuelle Variabilität und die Notwendigkeit ergänzender klinischer Einschätzungen wie etwa die genauere Berücksichtigung von Schmerzen oder Medikamenteneinnahme. Eine frühere Rückkehr zur Mobilität kann die Lebensqualität und berufliche Reintegration fördern, erfordert aber klare Empfehlungen.

## **Take-Home-Message**

Die Fahrtauglichkeit nach Knie- oder Hüft-TEP-OP wird überwiegend innerhalb von sechs Wochen wiedererlangt.

## **Literatur**

- Grimberg, A., Kirschner, S., Lützner, J., Melsheimer, O., Morlock, M., Steinbrück, A. (2024): Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Jahresbericht 2024: Mit Sicherheit mehr Qualität. URL: [https://www.eprd.de/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Jahresbericht2024-Status5\\_2024-10-22\\_F.pdf](https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Jahresbericht2024-Status5_2024-10-22_F.pdf), Abruf: 07.10.2025.
- Kirschbaum, S., Fuchs, M., Otto, M., Gwinner, C., Perka, C., Sentürk, U., Pfitzner, T. (2021): Reaction time and brake pedal force after total knee replacement: timeframe for return to car driving. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*, 29(10). 3213-3220.
- Na, A., Richburg, K., Gugala, Z. (2020): Clinical considerations for return to driving a car following a total knee or hip arthroplasty: a systematic review. *BioMed research international*, 2020(1). 1-10.
- Spies, I. L. S. (2022): Entwicklung der Bremskraft und Bremsreaktionszeit nach totalendoprothetischem Ersatz des rechten Hüftgelenks über einen minimalinvasiven anterolateralen Zugang. URL: [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/32825/Diss\\_ILS\\_Spies.pdf?sequence=3](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/32825/Diss_ILS_Spies.pdf?sequence=3), Abruf: 07.10.2025.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

## **20 Jahre Evaluation Geriatrischer Rehabilitation in Rheinland-Pfalz**

*Klaus Freidel<sup>1</sup>; Bernd Röhrig<sup>1</sup>; Beate Feeser<sup>1</sup>; Jochen Heckmann<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz; <sup>2</sup> Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe

### **Hintergrund und Zielstellung**

Seit 2005 werden in Rheinland-Pfalz Verlaufsdaten der stationären geriatrischen Rehabilitanden systematisch erfasst und statistisch ausgewertet. Dieses Verfahren (EVA-Reha®) wird von den Einrichtungen, den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst (MD) Rheinland-Pfalz gleichermaßen umgesetzt. Ziel von EVA-Reha ist es, Therapie und Ergebnisse transparent zu machen, den Qualitätsdialog zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Krankenkassen zu unterstützen und ein Benchmark der Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen.

### **Methoden**

In allen stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Rheinland-Pfalz werden abgestimmte Informationen zu den Rehabilitationsverläufen elektronisch erfasst und pseudonymisiert an den MD Rheinland-Pfalz weitergeleitet. Dort erfolgen die Datenanalyse und die statistische Auswertung. Erhoben werden Daten wie Alter, Diagnosen, Lebenssituation vor und nach der Rehabilitation, Dauer der Rehabilitation, therapeutische Leistungen nach KTL (DRV, 2015) sowie die funktionelle Selbständigkeit bei Verrichtungen des täglichen Lebens zu Beginn und am Ende der Rehabilitation (Freidel et al., 2025).

### **Ergebnisse**

Die vorliegende Auswertung gibt einen Überblick über den Zeitraum von 2005 bis 2024 und umfasst 86.730 Rehabilitationsverläufe. Es zeigt sich eine Tendenz der Zunahme hochbetagter Rehabilitanden. Der Anteil Rehabilitanden in der Altersgruppe 90 Jahre stieg von 8,0 % im Jahr 2005 auf 10,2 % im Jahr 2024. Im Beobachtungszeitraum blieb die durchschnittliche Rehabilitationsdauer relativ konstant, mit durchschnittlich 23,4 Tagen im Jahr 2005 und 23,8 Tagen im Jahr 2024. Die Krankenhausverweildauer nahm im Beobachtungszeitraum um etwa zwei Tage ab und variierte zwischen 18,2 und 21,6 Tagen. Fasst man die indikationsbegründenden Diagnosen zu Impairmentgruppen (Stineman et al., 1997) zusammen, kamen 46,7 % aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates nach Frakturen, Eingriffen mit Gelenkersatz oder auch Wirbelsäulenerkrankungen unterschiedlicher Genese zur Rehabilitation (2025: 44,6 % und 2024: 55,5 %). Am häufigsten war die Indikation zur Rehabilitation nach einer Femurfraktur (ICD-10 S72) gestellt worden (27,4 %). Die Therapieleistungen werden seit 2007 nach KTL erfasst. Die mittlere Therapiedauer (ohne die Kategorien Pflege und Rekreation) nahm um 92 Minuten pro Woche von 359 im Jahr 2007 auf 451 Min/Woche im Jahr 2024 zu. Im Jahresvergleich finden sich stabile Ergebnisse bei der Verbesserung der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation. Die höheren funktionellen Verbesserungen wurden bei Fertigkeiten abgebildet, die zu Rehabilitationsbeginn



deutlicher beeinträchtigt waren. Das waren motorische Bereiche wie zum Beispiel Treppensteigen, die Fähigkeit sich selbst anzukleiden oder die Körperpflege. Bei kognitiven Fertigkeiten, die zu Rehabilitationsbeginn durchschnittlich weniger stark beeinträchtigt waren, zeigten sich geringere funktionelle Zugewinne im Verlauf der Rehabilitation. Die Ergebnisse des Einrichtungsvergleiches führten im Laufe der Jahre zu einer Angleichung der adjustierten Effekte.

## **Diskussion und Fazit**

Die Darstellung der Rehabilitationsverläufe bestätigt die Ergebnisse anderer Studien, wonach geriatrische Rehabilitation zu deutlichen Funktionsverbesserungen bei alltagsrelevanten motorischen Fähigkeiten führt (Bachmann et al., 2010, Jamour et al., 2014, Freidel et al., 2017). Über die Jahre wurden verschiedene Verfahrensanpassungen zum Beispiel bei den eingesetzten Assessments vorgenommen. Einige der Rehabilitationseinrichtungen mussten im Verlauf der Jahre ihr Angebot einstellen, andere kamen hinzu. Zu Beginn des Verfahrens stand das Bestreben im Vordergrund, das Leistungspotenzial der Rehabilitationseinrichtungen darzustellen. Das gesamte Verfahren hat zur gegenseitigen Vertrauensbildung beigetragen und ist Grundlage des im Bundesland etablierten Qualitätssiegels Geriatrische Rehabilitation in Rheinland-Pfalz.

## **Take-Home-Message**

Systematische Evaluation verbessert die Transparenz in der Rehabilitation.

## **Literatur**

- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A.E., Clough-Gorr, K.M. (2010): Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 340: c1718.
- Freidel, K., Linck-Eleftheriadis, S., Röhrig, B., Schilling, S., Heckmann, J. (2017): 10 Jahre Evaluation der geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50. 365-373.
- Freidel, K., Röhrig, B., Feeser, B., Fischer, T. (2025): Functional Independence in Daily Activities – Validierung des FIDA-Assessments bei geriatrischen Rehabilitanden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. <https://doi.org/10.1007/s00391-025-02446-0>
- Jamour, M., Marburger, C., Runge, M., Sieber, C.C., Tümena, T., Swoboda, W. (2014): Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation bei Hochbetagten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47. 389-396.
- Stineman, M.G., Tassoni, C.J., Escarce, J.E., Goin, J.E., Granger, C.V., Fiedler R.C., Williams, S.V. (1997): Development of function-related groups version 2.0. A classification system for medical rehabilitation. *Health Service Research*, 32. 529-548.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Aktualisierung der Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche: Ergebnisse

*Kathrin Murauer<sup>1</sup>; Erik Farin-Glattacker<sup>2</sup>; André Golla<sup>3</sup>; Thorsten Meyer-Feil<sup>3</sup>; Emre Özbulut<sup>2</sup>; Nicole Wimmesberger<sup>2</sup>; Claudia Matthies<sup>4</sup>; Heiner Vogel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Würzburg; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Freiburg;

<sup>3</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; <sup>4</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## Hintergrund und Zielstellung

Die Reha-Therapiestandards (RTS) sind ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung für die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Sie enthalten präzise Vorgaben zur Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitationsleistungen, einschließlich des Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Rehabilitand:innen sowie der Mindestdauer und -häufigkeit der verschiedenen Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM). Diese Module werden jeweils durch Gruppen therapeutischer Leistungen aus der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) abgebildet.

Die Aktualisierung der RTS für Kinder und Jugendliche ist Bestandteil eines von der DRV Bund geförderten Projekts zur Überarbeitung aller RTS (Laufzeit: 2023-2026). Ähnlich wie medizinische Leitlinien werden die RTS regelmäßig aktualisiert, um die Versorgungsqualität sicherzustellen und dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu entsprechen. Die letzte Überarbeitung der RTS für Kinder und Jugendliche erfolgte im Jahr 2015. Im Unterschied zu medizinischen Leitlinien verfolgt die DRV mit den RTS eine einrichtungsbezogene Perspektive: Der Fokus liegt auf der Gesamtheit aller Rehabilitand:innen, die einer bestimmten medizinischen Indikation – hier Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis – in einer Reha-Einrichtung zugeordnet sind (Farin et al., 2018).

## Methoden

Die Überarbeitung der RTS für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis (DRV, 2016) basierte auf einer Zusammenführung dreier unterschiedlicher Perspektiven bzw. Arbeitsschritte:

1. indikationsbezogene Literatursynthese: In einem mehrstufigen Verfahren wurden zunächst internationale Leitlinien identifiziert, die Empfehlungen zu den jeweiligen Indikationen enthalten. Die zweite Stufe umfasste die Recherche nach relevanten Meta-Analysen und systematischen Reviews in internationalen, medizinischen Datenbanken. Bei unzureichenden Ergebnissen in einzelnen ETM, wurde die Suche auf Originalarbeiten erweitert. Ergänzend wurden auch Querschnittsthemen berücksichtigt, die für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung sind.

2. retrospektive Analyse des Versorgungsgeschehens: Anhand von Leistungsdokumentationen (KTL-Analyse) der Rehabilitationseinrichtungen wurden der Erfüllungsgrad der bisherigen RTS-Vorgaben überprüft und mögliche Versorgungsunterschiede und potentielle Anpassungsbedarfe identifiziert.

3. Expert:innenaustausch: Ergebnisse und offene Fragen aus den beiden Arbeitsschritten 1 und 2 wurden schließlich mit Expert:innen verschiedener Disziplinen der Reha-Praxis bei

Kindern und Jugendlichen diskutiert, um wissenschaftliche Erkenntnisse mit Praxiswissen zu verbinden und die Anforderungen der einzelnen ETM praxisgerecht anzupassen.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden 22 Leitlinien für Kinder und Jugendliche für die Indikationen Asthma, Adipositas und Neurodermitis sowie zu den Querschnittsthemen Transition und Bewegung einbezogen. Für die Indikation Asthma wurden 103 Empfehlungen aus Leitlinien und 55 Übersichtsarbeiten identifiziert, 130 Empfehlungen und 78 Übersichtsarbeiten für Adipositas und 165 Empfehlungen und 9 Übersichtsarbeiten konnten Neurodermitis zugeordnet werden. Wesentliche Änderungen, die auf Basis der Vorschläge der Projektgruppe für die Aktualisierung festgelegt wurden, betreffen insbesondere die altersbezogene Differenzierung, die nun je nach Indikation unterschiedlich ausgestaltet ist. Zudem wurde die Teilnahme von Begleitpersonen an therapeutischen Maßnahmen ermöglicht, sodass diese zur Erfüllung der Vorgaben beitragen können. Darüber hinaus wurde die Option einer digitalen Umsetzung (max. 15 %) der RTS geschaffen.

Die bisherige Einteilung in „Kinder bis 7 Jahre“ und „Kinder/Jugendliche ab 8 Jahren“ wurde überarbeitet und eine neue Einteilung in „Kinder bis 11 Jahre“ und „Jugendliche ab 12 Jahren“ vorgesehen. Diese Anpassung wurde jedoch ausschließlich für die Indikation Adipositas übernommen, da sie sich aufgrund unterschiedlicher Altersverteilung und der damit verbundenen erforderlichen Mindestanzahl an Einrichtungen zur Qualitätssicherung für Asthma bronchiale und Neurodermitis als nicht sinnvoll erwiesen hat.

Neben den indikationsspezifischen Anpassungen bei Mindestanteil und -dauer wurden übergreifende Änderungen vorgenommen: eine neue Reihenfolge sowie teilweise Umbenennung und Harmonisierung der ETM, die Einführung eines neuen ETM „Abhängigkeitssensibilisierung“, Streichung der Altersbegrenzung bei Angehörigen-gesprächen, Zusammenführung zweier ETM zu „Berufliche Orientierung, schulische und soziale Integration“ sowie Erhöhung des zeitlichen Mindestumfangs der „Beratung nachgehender Leistungen“ auf 30 Minuten pro Reha.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse der Literatursynthese haben einen notwendigen Anpassungsbedarf in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis aufgezeigt. Durch die Verbindung von wissenschaftlicher Evidenz und Praxiswissen konnten die RTS sowohl dem aktuellen Stand der Forschung angepasst als auch anwendungsorientiert weiterentwickelt werden. Die Überarbeitung trägt zur Harmonisierung der ETM, zur stärkeren Berücksichtigung von Transition und Bewegung sowie zur Öffnung für digitale Umsetzungsformen bei.

## **Take-Home-Message**

Die aktualisierten RTS verbinden Evidenz mit Praxis und sichern eine kontinuierlich an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Versorgungsbedingungen angepasste medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

## Literatur

- Deutsche Rentenversicherung (2016): Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas, Neurodermitis, Stand März 2016. Broschüre, Selbstverlag. Download: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_rehatherapiestandards/KiJu/rts\\_kinder\\_download.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/KiJu/rts_kinder_download.html) (24.10.2025)
- Farin, E., Wirth, A., Quaschnig, K., Meyer, T., Nowik, D., Block, I., Vogel, H., Volke, E. (2018): Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 57 (1), 48–54. DOI: 10.1055/s-0043-124309

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Die Rehabilitand\*innenbefragung in der Ambulanten Reha Sucht [ARS] – Ausgewählte Ergebnisse

*Katarzyna Kowalska; Désirée Brand; Christian Tasso Braun; Johannes Falk*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### Hintergrund und Zielstellung

Die (berufsbegleitende) ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen („Ambulante Reha Sucht“, ARS) stellt nach der stationären Behandlung (ungeachtet Mischformen) die zweithäufigste Form der Rehabilitation auf diesem Indikationsgebiet dar (Erbstößer et al., 2022). Sie erfolgt häufig nach der Entwöhnungsbehandlung und dient der Festigung der bisherigen Reha-Erfolge (Steffen, 2024). Die Wirksamkeit der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wurde bereits mehrfach bestätigt, vorrangig anhand von Katamnese-Analysen (Claussen, 2023, Becker et al., 2022, Steffen, 2024). Es stellt sich die Frage, ob der Erfolg einer solchen Rehabilitation auch mittels Daten aus der externen Reha-Qualitätssicherung (QS) bestätigt werden kann, beispielsweise anhand der Ergebnisse aus der Rehabilitand\*innenbefragung. Der Beitrag fokussiert demnach auf den Antworten zum subjektiv empfundenen Behandlungserfolg sowie zur Zufriedenheit dieser Rehabilitand\*innen und was ihn beeinflusst.

### Methoden

Bei der Rehabilitand\*innenbefragung handelt es sich um eine kontinuierliche Befragung einer Stichprobe von Rehabilitand\*innen ca. 8 bis 12 Wochen nach dem Ende der Rehabilitation. Der indikationsspezifische Fragebogen umfasst 79 Fragen. Dabei beurteilen die Rehabilitand\*innen sämtliche Aspekte, die u.a. den Ablauf und den Prozess der stattgefundenen Rehabilitation betreffen sowie den Reha-Erfolg aus ihrer Sicht (z. B. Verbesserung der Leistungsfähigkeit und des gesundheitsförderlichen Verhaltens). Eine ARS dauert im Unterschied zu einer „klassischen“ stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation zwischen 12 und 18 Monaten. Es werden zudem weniger Rehabilitand\*innen zum gleichen Zeitpunkt behandelt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016). Um ausreichend große

Fallzahlen zu erhalten, wird in dieser Analyse ein längerer Zeitraum betrachtet. Im Fragebogen der ARS werden neben den o.g. Aspekten auch spezielle Fragen bzw. Fragenkomplexe, die sich explizit auf diese Rehabilitationsform beziehen, gestellt. Die vorliegende Analyse (n=6734) berücksichtigt die Erhebungszeiträume 2013 bis 2015 (n=4269), 2018 bis 2020 (n=1524) sowie 2022 bis 2024 (n=941).

## Ergebnisse

Der Reha-Erfolg in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen wird vorrangig mit Abstinenz, also einem vollständigen Verzicht auf den Konsum von Suchtmitteln, gleichgesetzt. (Becker, 2022) Mehrere Wochen nach der beendeten ARS geben mehr als 80 % der Befragten an, keine Suchtmittel mehr zu konsumieren. Über die Zeit lässt sich ein leichter Zuwachs der vollständig abstinent lebenden Personen zugunsten einer Verringerung des „Teilweisen-Konsums“ beobachten. Gleichzeitig verringert sich im Zeitvergleich jedoch geringfügig der Anteil Derjenigen, die eine langfristige Abstinenz für „sehr wahrscheinlich“ halten (Tabelle 1).

Tabelle 1: Frage 21: Sehen Sie sich dazu in der Lage, langfristig abstinent zu bleiben? (in %)

|           | sehr wahrscheinlich | vermutlich | weiß nicht | vermutlich nicht | auf keinen Fall |
|-----------|---------------------|------------|------------|------------------|-----------------|
| 2013-2015 | 63,3                | 22,3       | 9,5        | 3,2              | 1,7             |
| 2018-2020 | 64,7                | 21,2       | 8,9        | 3,7              | 1,5             |
| 2022-2024 | 62,5                | 23,6       | 7,3        | 4,9              | 1,6             |

Zum Befragungszeitpunkt schätzt die Mehrheit der Rehabilitand\*innen den Erfolg ihrer Rehabilitation als „sehr gut“ oder sogar „ausgezeichnet“ ein (Tabelle 2). Dieses Ergebnis bleibt über die Jahre hinweg stabil. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Reha-Zufriedenheit: hier hat der Anteil von Personen, die ihre Rehabilitation insgesamt als „sehr gut“ bewerten im Zeitvergleich sogar leicht zugenommen. Ein weiteres Indiz für den Reha-Erfolg ist die erfolgreiche Integration auf dem Arbeitsmarkt. Der Anteil von Vollzeitberufstätigen hat innerhalb der letzten 10 Jahre um 10 Prozentpunkte zugenommen. Die Zahlen belegen zudem, dass der Reha-Erfolg tendenziell häufiger eintritt, wenn vor der ARS eine stationäre Rehabilitation mit gleicher Indikation stattgefunden hat.

Tabelle 2: Subjektiver Reha-Erfolg und Zufriedenheit im Zeitvergleich (in %)

|           | Subjektiver Reha-Erfolg<br>Frage 22: Wie beurteilen Sie den Erfolg der Rehabilitation insgesamt? |             |              |          |               |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|----------|---------------|
|           | schlecht                                                                                         | mittelmäßig | gut          | sehr gut | ausgezeichnet |
| 2013-2015 | 2,3                                                                                              | 7,8         | 21,4         | 39,2     | 29,2          |
| 2018-2020 | 1,5                                                                                              | 6,8         | 20,7         | 40,4     | 31,0          |
| 2022-2024 | 2,1                                                                                              | 8,0         | 20,5         | 41,1     | 28,4          |
|           | Zufriedenheit mit der Reha<br>Frage 25: Wie würden Sie Ihre Rehabilitation insgesamt bewerten?   |             |              |          |               |
|           | sehr schlecht                                                                                    | schlecht    | teils, teils | gut      | sehr gut      |
| 2013-2015 | 0,8                                                                                              | 2,0         | 10,3         | 38,5     | 48,4          |
| 2018-2020 | 0,5                                                                                              | 1,3         | 8,2          | 39,3     | 50,7          |
| 2022-2024 | 0,4                                                                                              | 2,3         | 9,5          | 36,0     | 51,8          |

## **Diskussion und Fazit**

Anhand der dargestellten Ergebnisse wird ersichtlich, dass Daten aus der externen Qualitätssicherung Informationen zum Erfolg der ARS liefern können. Es bleibt allerdings zu eruieren, wie und zu welchem Zeitpunkt der Reha-Erfolg in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen am besten erfragt werden kann und welche Rolle dabei die subjektiven Einschätzungen der ehemaligen Rehabilitanden spielen. Würde man diesen Überlegungen folgen, müsste das Instrumentarium zur Messung des Reha-Erfolges in einer „atypischen“ Reha-Form neu gedacht und auch neu entwickelt werden.

## **Take-Home-Message**

Die Rehabilitandenbefragung liefert nützliche Informationen zum Reha-Erfolg bei ARS. Der subjektive Behandlungserfolg und auch die Zufriedenheit mit der Rehabilitation sind trotz methodischer Herausforderungen (geringe Fallzahlen, lange Rehabilitationsdauern) relevante Indikatoren zur Messung des Reha-Erfolges.

## **Literatur**

- Becker, A., Bick-Dresen, S., Schneider, B., Bachmeier, R., Bingel-Schmitz, D., Funke D., Klein, T., Steffen, D., Dyba, J. (2022): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2019 von Ambulanzen für Alkohol und Medizinabhängige. Sucht Aktuell, Mai 2022, 60-69.
- Claussen, U. (2023): Zur Wirksamkeit der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeit. In: Sucht Aktuell, Mai 2023, S. 15-20.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Ergebnisbericht. Rehabilitandenbefragung Ambulante Reha Sucht (ARS). Befragungszeitraum: 01.10.2013–30.09.2015.
- Erbstößer, S., Mayer, A.-K., Zollmann, P. (2022): Im Fokus: Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin Dezernat Reha-Wissenschaften: Reha-Bericht 2022. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG. 86–104.
- Steffen, D. V. (2024): Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS) als modernes Gesundheitszentrum unter Public Health Aspekten. Sucht Aktuell, November 2024. 4–13.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# Training-related adaptations in healthy older adults: identifying non-responders through different time courses in outcome measurements

*Špela Matko<sup>1 2</sup>; Helmut Kern<sup>1 3</sup>; Stefan Löfler<sup>1</sup>; Nejc Šarabon<sup>1 4</sup>; Michael J. Fischer<sup>1 5</sup>;  
Vincent Grote<sup>1 6</sup>*

<sup>1</sup> Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research; <sup>2</sup> Medical University of Vienna;

<sup>3</sup> Physiko- & Rheumatherapie St. Pölten; <sup>4</sup> University of Primorska, Slovenia;

<sup>5</sup> Rehabilitation Center Kitzbühel; <sup>6</sup> Medical University of Graz

## Hintergrund und Zielstellung

Physical activity (PA) is crucial for healthy ageing and preventing functional decline. It is one of the most commonly used medical treatments in rehabilitation, usually carried out in the form of supervised exercise therapy (SET). The response to SET can be assessed using various outcome domains. Evidence suggests improvements in function, positive effects on muscle capacity, changes in body composition, and improvements in pain symptoms and health-related quality of life (HRQoL). The potential effects of exercise at various levels highlight the importance of a multidimensional description of exercise effects to enable better characterisation and differentiation between responders and non-responders. This study examines how individual measurements change over time in healthy older adults undergoing SET, with the aim of identifying appropriate outcome measures for rehabilitation practice.

## Methoden

A total of 126 healthy older adults (mean age: 67.7 ± 5.3 years; 62.7 % female) participated in a 12-week, clinic-based, prevention programme. Supervised 60-minute SET sessions were held twice a week. Outcome measures were assessed at baseline (T0) and after completion of the SET programme (T1) after 12 weeks. These outcome measures were then grouped into four independent, content-related domains using principal component analysis: functional performance, muscle capacity, body composition and pain/HRQoL. Exercise effects were described using the standardised mean difference (SMD). A threshold of ≥ 0.67 SMD (large effect based on Cohen's convention) in the overall outcome (the mean of the four domain scores) was set to categorise responders and non-responders.

## Ergebnisse

The healthy older adults showed a small but statistically significant improvement in overall outcome ( $z\text{-Diff} = 0.15$ ;  $\eta^2p = 0.223^{***}$ ), primarily due to improvements in functional performance ( $SMD = 0.67$ ;  $\eta^2p = 0.583^{***}$ ). Minor exercise effects were observed in body composition ( $SMD = -0.07$ ;  $\eta^2p = 0.034^*$ ), with no changes observed in muscle capacity ( $SMD = -0.02$ ;  $\eta^2p = 0.002$ ) or pain/HRQoL ( $SMD = 0.02$ ;  $\eta^2p = 0.000$ ).

Overall, 21.4 % of participants met the responder criterion (strong effect), while 78.6 % were classified as non-responders. At baseline, non-responders exhibited a more favourable profile across most domains, including higher HRQoL scores. Over the 12-week period, responders showed significant improvements in functional performance and pain/HRQoL, while non-responders also improved in functional performance but showed a significant deterioration,

as demonstrated by the interactions observed in HRQoL ( $\eta^2p = 0.276^{***}$ ), muscle capacity ( $\eta^2p = 0.078^{**}$ ) and body composition ( $\eta^2p = 0.050^*$ ). These results are presented in Figure 1.

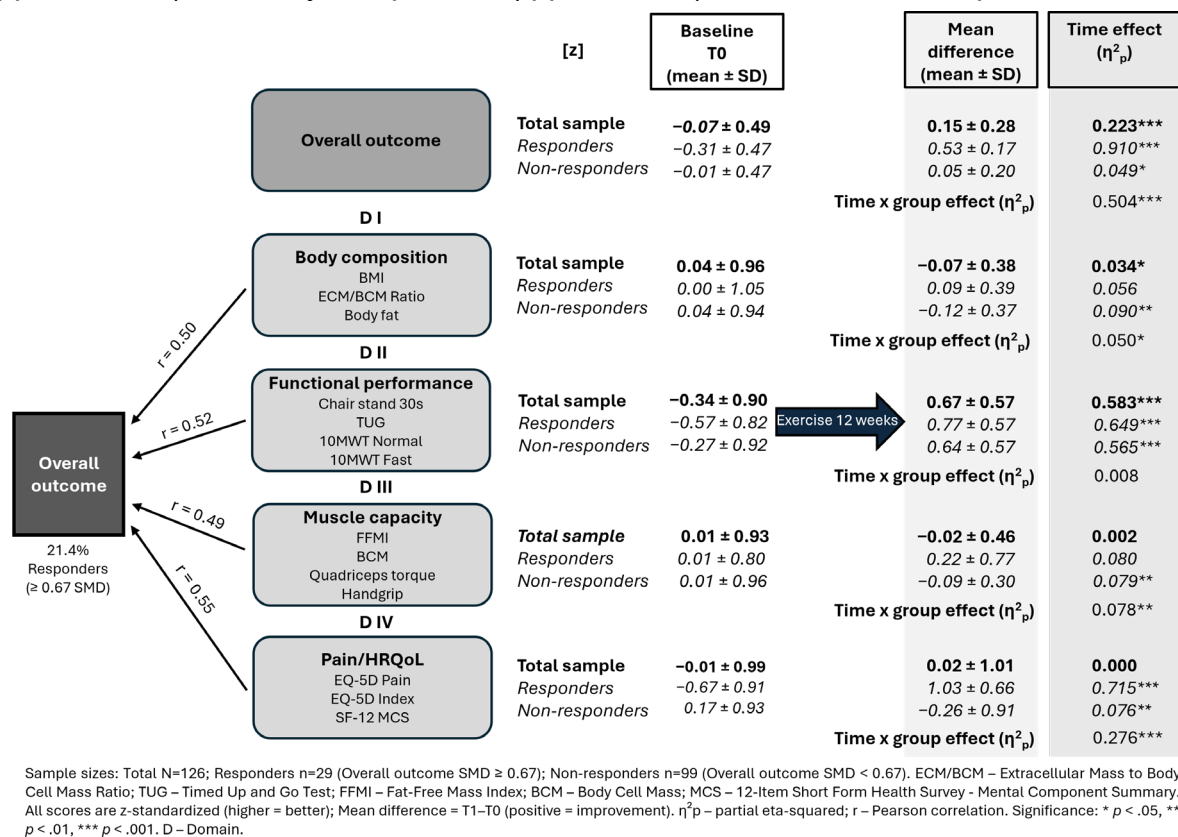


Figure 1: Changes in individual domains of outcome measurements after 12 weeks of exercise therapy.

## Diskussion und Fazit

Our data demonstrate distinct temporal trajectories across independent domains of medical outcome quality. Early functional performance improvements are evident, while other domains show a more prolonged response, requiring extended intervention and observation periods to demonstrate measurable adaptation. In medical rehabilitation, these heterogeneous response profiles may help to distinguish responders from non-responders. Early monitoring in the first few weeks should therefore focus on HRQoL and performance-based indicators to guide progression and dosing, while measures of body composition and muscle capacity are better suited to longer-term follow-up. Further research is required to determine whether these response patterns can be replicated in clinical rehabilitation settings and utilised for the early identification of non-responders.

## Take-Home-Message

Early evaluation of treatment response should not rely on a single outcome metric but integrate subjective experiences (e.g. HRQoL) and functional performance (e.g. walking tests), while taking into account individual baseline values.

## Literatur

n.a.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -



## **Ärztlicher Fachkräftemangel in stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationskliniken – Vergleich zweier Berechnungsweisen**

*Claudia Kirsch; Julia Habermann; Dorothee Noeres*

Medizinische Hochschule Hannover

### **Hintergrund und Zielstellung**

Obwohl es im Jahr 2024 eine Zunahme der berufstätigen Ärzt\*innen um zwei Prozent auf rund 437.000 gab, reicht diese Entwicklung laut der Bundesärztekammer nicht aus, um dem nahenden Ruhestand zahlreicher Ärzt\*innen entgegenzuwirken (Blum, 2025). Mit einer Untersuchung in der medizinischen Rehabilitation konnten Jansen und Marquardt (2024) belegen, dass der ärztliche Fachkräftemangel bereits in den Fachabteilungen angekommen ist. Aufgrund ihrer vergleichbaren Strukturen und Prozesse könnten auch stationäre Mutter- /Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationskliniken von einem ärztlichen Fachkräftemangel betroffen sein. Dies ist Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Dabei soll die Berechnungsweise eines Fachkräftemangel-Index nach Jansen und Marquardt (2024) einem eigens gebildeten Fachkräftemangel-Score gegenübergestellt werden.

### **Methoden**

Die Auswertung basiert auf Angaben von 81 Einrichtungsleitungen, die der postalischen Einladung zur Studie im Jahr 2023 an alle 128 in Deutschland ermittelten stationären Mutter- /Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationskliniken gefolgt sind (Rücklaufquote 63,3 %).

Aus den Antworten wurden die drei Indikatoren I. Anteil unbesetzter Stellen, II. Vakanzzeit und III. Fluktuationsrate (Kaps et al., 2016) berechnet. Mittels Quartilssplit wurden die teilnehmenden Kliniken in die Gruppen ‚keine bzw. niedrige‘, ‚mittlere‘ und ‚hohe‘ Problematik hinsichtlich der ärztlichen Stellenbesetzung zugeordnet. Eine Berechnung des Fachkräftemangel-Index bzw. Scores erfolgte nur, wenn bei zwei von drei Indikatoren ein gültiger Wert vorlag.

(a) Berechnung des Fachkräftemangel-Index (FKM-Index) (Jansen, Marquardt, 2024):

Den drei genannten Indikatoren wurden entsprechend des Quartilssplits die Werte -1 ‚niedrig‘, 0 ‚mittel‘ und 1 ‚hoch‘ zugewiesen. Die jeweiligen Werte der Indikatoren wurden summiert, sodass der FKMI die Werte -3 bis 3 annehmen kann. Eine hohe Problematik auf einem der Indikatoren kann somit durch unauffällige Werte auf einem der anderen Indikatoren ausgeglichen werden.

(b) Berechnung eines Fachkräftemangel-Scores (FKM-Score):

Aus den drei Indikatoren wurde ein Summenscore gebildet, in den jeweils die Ausprägung „hohe“ Problematik aufgenommen wurde und der Werte von ‚0‘ bis ‚3‘ annehmen kann. Der Wert ‚0‘ zeigt an, dass kein Fachkräftemangel besteht, der Wert ‚1‘ deutet auf einen geringen und die Werte ‚2‘ und ‚3‘ auf einen hohen bzw. sehr hohen Fachkräftemangel hin.

## **Ergebnisse**

In 14 Fällen lagen bei mindestens zwei Indikatoren keine gültigen Werte vor, sodass weder der FKM-Index noch der FKM-Score berechnet wurden.

(a) Berechnung des Fachkräftemangel-Index (FKM-Index) (Jansen, Marquardt, 2024):

Von 67 Kliniken sind 26 (38,8 %) im niedrigen und etwas mehr als ein Viertel (26,9 %) im mittleren Bereich. Ein Drittel (34,3 %) sind im hohen Bereich und weisen damit eine große Problematik hinsichtlich der ärztlichen Stellenbesetzung auf.

(b) eigene Berechnung eines Fachkräftemangel-Scores (FKM-Score):

Bei 41 von 67 Kliniken (61,2 %) lag auf keinem der Indikatoren eine hohe Ausprägung vor und somit kein ärztlicher Fachkräftemangel. Etwa jede vierte Klinik (25,4 %) weist einen geringen Fachkräftemangel auf, da bei einem Indikator eine hohe Ausprägung vorlag. Neun Kliniken (13,4 %) haben einen hohen Fachkräftemangel. Ein sehr hoher Fachkräftemangel lag bei keiner Klinik vor.

## **Diskussion und Fazit**

Mit dieser Untersuchung konnte anhand beider Berechnungsweisen auch in den stationären Mutter-/Vater-Kind-Kliniken ein ärztlicher Fachkräftemangel festgestellt werden. Beide Berechnungsweisen kommen zu dem Ergebnis, dass knapp ein Fünftel der Kliniken von einem (sehr) hohen ärztlichen Fachkräftemangel betroffen sind. Während die Berechnungsweise nach Jansen und Marquardt (2024) keine Kategorie „kein Fachkräftemangel“ vorsieht, zeigen die Ergebnisse nach unserer eigenen Berechnung, dass knapp die Hälfte der Kliniken bislang noch von einem ärztlichen Fachkräftemangel verschont geblieben ist. Weiterhin zeigen beide Berechnungsweisen, dass etwa jede vierte Klinik einen geringen Fachkräftemangel aufweist. Es gilt jedoch zu bedenken, dass bei der Berechnung nach Jansen und Marquardt (2024) eine hohe Problematik auf einem der Indikatoren durch unauffällige Werte auf einem der anderen Indikatoren ausgeglichen werden kann, was zur Unterschätzung der Situation führen kann. Nach eigener Berechnung, bei der jeweils die Ausprägung „hohe“ Problematik in den Summenscore einfließt, ist jedoch eine Überschätzung der ärztlichen Personalsituation möglich.

Die Bewertung des Fachkräftemangels erfolgte zudem anhand der empirischen Verteilung der Daten, da bislang keine Kriterien bestimmt werden konnten, ab welchem Ausmaß sich die Indikatoren als problematisch erweisen. Weitere Überlegungen zur Ermittlung eines ärztlichen Fachkräftemangels sollten daher angestellt werden, da mit Blick auf die kommenden Jahre vermutlich weitere Bereiche der medizinischen Versorgung betroffen sein könnten.

## **Take-Home-Message**

Mittels beider Berechnungsweisen lässt sich ein ärztlicher Fachkräftemangel in den stationären Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationskliniken feststellen.

## **Literatur**

Blum, M. (2025): Ärztestatistik: Zu niedriges Wachstum für eine ausreichende Versorgung. Deutsches Ärzteblatt, 122(10), 566-567.

Jansen, E. M., Marquardt, M. (2024): Ärztlicher Fachkräftemangel in der Rehabilitation – Ergebnisse einer quantitativen Umfrage in deutschen Rehabilitationsfachabteilungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 34(06), 350–357.

Kaps, R. U. (2016): *Fluktuationskennzahlen und die liebe Mathematik*. Rolf Ulrich Kaps, Pfungstadt.

Interessenkonflikt: Die wissenschaftliche Arbeit der Autorinnen wird durch Kliniken finanziert, die Untersuchungsobjekt des Artikels sind.

Förderung: Kliniken des Forschungsverbund Familiengesundheit

## **Diverse therapeutische Berufsgruppen: Soziale Nachhaltigkeit durch interdisziplinäre Zusammenarbeit**

*Andrea Reusch<sup>1</sup>; Esther Bufe<sup>2</sup>; Matthias Graeber<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung (ZePG e. V.);

<sup>2</sup> Impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

In der ambulanten medizinischen Rehabilitation arbeiten diverse therapeutische Berufsgruppen zusammen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit (IPZ) ist deshalb ein wichtiger Faktor für eine gut abgestimmte und patientenorientierte Rehabilitation (Worringen et al., 2024). IPZ verbessert nicht nur direkte Effekte der Rehabilitation, sondern auch indirekt über die Zufriedenheit der Mitarbeitenden (Körner, Dorn, 2021). Bei einer qualitativen Erhebung in Fokusgruppen zur Nachhaltigkeit im Impuls Reha- und Gesundheitszentrum in Würzburg ergab sich auch im Bereich der Sozialen Nachhaltigkeit Verbesserungsbedarf, der systematisch definiert wurde (Reusch et al., 2025). Neben der Mitarbeitenden-Gesundheitsförderung, Gleichstellung und guten Arbeitsbedingungen wurden auch Weiterentwicklungsbedarfe bezogen auf A) Kompetenzerweiterung, B) Kommunikation, C) Konfliktmanagement und D) Team-Building erfasst. Zur Verbesserung dieser Bereiche wurde im Impuls Reha- und Gesundheitszentrum ein Entwicklungsprojekt zur sozialen Nachhaltigkeit etabliert.

### **Methoden**

Für das Entwicklungsprojekt wurden Strategien des Plan-Do- Check-Act-Zyklus (Fischer, 2024; Becker, Reusch, 2025) genutzt. Geschäftsführung (Verwaltung und Therapie) sowie die Nachhaltigkeitsbeauftragte definierten Ziele, konkrete Maßnahmen, Implementierungsstrategien und deren Überprüfung für die Bereiche A) Kompetenzerweiterung, B) Kommunikation, C) Konfliktmanagement und D) Team-Building. Für die Kompetenzerweiterung der therapeutischen Mitarbeitenden (N= 54) wurde eine Online-Befragung zu inhaltlichen und organisatorischen Fortbildungsbedarfen erarbeitet und Daten von 29 therapeutischen Mitarbeitenden ausgewertet (Rücklauf: 54 %).

## Ergebnisse

Der Bedarf der 29 Mitarbeitenden umfasste zahlreichen Themen (s. Tabelle 1). Im Jahr 2025 wurden zwei Fortbildungsnuggets zu „Motivierung von Rehabilitand:innen“ (n=12/54 TN) und „Kompetent in schwierigen Gesprächen“ (n=12/54 TN), „Zielarbeit mit Rehabilitand:innen“ für die Mitarbeitenden im Empfang/Planung (n=10/16 TN) und ein Fortbildungsvideo zu „MoVo-Zielarbeit mit Rehabilitand:innen“ (n=16 Zugriffe) angeboten. Weitere Fortbildungen sind geplant. Zudem waren Therapeut:innen aktiv oder teilnehmend bei zwei Patiententagen und drei Experten-Modulen der Puls-Akademie einbezogen, was den interprofessionellen Austausch und die themenbezogene Zusammenarbeit stärkten.

Tabelle 1: Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung Interner Fortbildungsbedarf (N = 29)

| Bereich                                | Thema                  | n  |
|----------------------------------------|------------------------|----|
| Motivation und Volition                | Stressmanagement       | 15 |
|                                        | Ernährung              | 8  |
|                                        | Bewegung               | 4  |
| Umgang mit psych. belasteten Patienten | priv./beruf. Sorgen    | 13 |
|                                        | Schmerzen              | 9  |
|                                        | Stress                 | 6  |
| Umgang mit psych. erkrankten Patienten | Depression             | 14 |
|                                        | Angststörungen         | 11 |
|                                        | Sucht                  | 7  |
| Vorträge/Seminar halten                | schwierige Gruppen     | 6  |
|                                        | Moderation             | 5  |
|                                        | Medien sinnvoll        | 4  |
| Kommunikation/Motivation               | Schwierige Gespräche   | 12 |
|                                        | Motivierende. Beratung | 12 |
|                                        | Kommunikation          | 11 |
| Lebensstil, Selbstmanagement           | Lebensstiländerung     | 13 |
|                                        | Selbstmanagement       | 13 |
| Themenspezifischer Austausch           | RV-Fit                 | 4  |
|                                        | Reha                   | 3  |
|                                        | IRENA                  | 1  |
|                                        | Schmerz                | 6  |
|                                        | Rücken                 | 5  |
|                                        | Hüfte/Knie-TEP         | 3  |
|                                        | Schulter               | 2  |

B) Zur Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation wurden folgende Strategien neu implementiert: regelmäßiger Newsletter mit Berichten und Neuigkeiten aus allen Abteilungen an alle Mitarbeitenden (N=109), Kennlernetreffen und Hospitation neuer Kolleg:innen, Gruppenchat für die schnelle Kommunikation, Online-Austauschplattform (Physicon-App) mit allen Dokumenten, Einweisungen (z. B. Sicherheit, Brandschutz) und Kommunikationskanäle (z. B. Hausmeisterbuch, Urlaubsplanung), monatlicher „Interdisziplinärer Therapeut:innen Austausch“ (seit 09-2025) zu aktuellen Themen mit den Zielen: Austausch, Etablierung gemeinsamer Therapie-Strategien und Sprache sowie Ermittlung von Optimierungsbedarfen.

C) Zur Verbesserung des Konfliktmanagements wurde (neben o. g. Strategien) eine wöchentliche Mitarbeitenden-Sprechstunde bei der Psychologie eingerichtet (seit 06-2025). Konflikte können hier zeitnah besprochen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden.

D) Verschiedene Team-Building-Maßnahmen wurden von der Geschäftsführung neu implementiert und angeboten, um den zwanglosen Austausch und persönlichen Zusammenhalt zu fördern, im Jahr 2025: Neujahrs-Feier (n =82/109), Volksfestbesuch (n=39/109), Firmenlauf (n=13/109) und Betriebsausflug (n=42/109).

### **Diskussion und Fazit**

Die systematisch etablierten Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind von den Mitarbeitenden gut angenommen und bewertet worden. Durch die Kombination der Maßnahmen können zentrale Faktoren einer gelingenden Teamkultur adressiert werden. Langfristig implementiert soll so die Zufriedenheit und Bindung der Mitarbeitenden verbessert werden, was angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels ein relevanter Faktor auch für die Qualität der Rehabilitationsleistungen sein kann. Weitere Evaluationen sollen die Nachhaltigkeit der Effekte sichern und Optimierungspotenziale aufzeigen. Denn die Förderung der sozialen Nachhaltigkeit ist ein fortlaufender Organisationsentwicklungsprozess.

### **Take-Home-Message**

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein zentraler Faktor für soziale Nachhaltigkeit und Erfolg der medizinischen Rehabilitation. Sie kann durch systematische Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung, der Verbesserung der Kommunikation, Konfliktmanagement und Teambuilding optimiert werden.

### **Literatur**

- Becker, P., Reusch, A. (2025): Klimaschutz und Klimaanpassung in Reha-Einrichtungen: Strategien und Herausforderungen für eine nachhaltige Transformation In: U. Worringen, Schwerpunkttheft Ökologische Transformation in der Rehabilitation, Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation (38), 2, 122-133.
- Fischer, M. (2024): Nachhaltigkeitsmanagement im Gesundheitswesen. Konzeptionelle Grundlagen und Orientierungshilfen. Essentials. Wiesbaden: Springer.
- Körner, M., Dorn, M. (2021): Das Reha-Team und Teamentwicklung. In J. Bengel und O. Mittag (Hrsg.). Psychologie in der medizinischen Rehabilitation (S. 361-374), 2. Auflage. Berlin: Springer.
- Reusch, A., Graeber, M., Behnke, A., Drewniok, N., Fröhlich, L., Zanglein, M., Alt, M., Merz, A., Bolsinger, H. (2025): „Wir bei Impuls schaffen eine gesunde Zukunft“ – Nachhaltigkeit von der Vision über Handlungsfelder zu Maßnahmen. DRV-Schriften Band 131, Seite 525-237.
- Worringen, U., Geidl, W., Reusch, A., Proding, B., Redzewsky, L., Salzwedel, A., Reudelsterz, C., Herbold, D., Zimmer, J.-M., Thomas, A., Körner, M. (2024): Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ in der DGRW. Rehabilitation, 63, S. 131–137.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

# **Fit für Bani: Transformationserfordernisse und Veränderungsbereitschaft in Schweizer Rehabilitationskliniken – eine qualitative Interviewstudie**

*Mirjam Körner; Lisa Walther; Iris Sterkele; Luise Menzi*

Berner Fachhochschule

## **Hintergrund und Zielstellung**

Rehabilitationskliniken sind komplexe Organisationen, die einem Strukturwandel unterliegen, der beispielsweise durch neue Finanzierungssysteme (Fallpauschalen), Digitalisierungsprozesse, komplexere, multimorbide PatientInnen bei gleichbleibendem oder geringerem Personalschlüssel sowie durch Fachkräftemangel initiiert wird. Der Veränderungsdruck ergibt sich aus den zunehmend schnelleren fachlichen und technischen Entwicklungen, den veränderten Bedarfen und Erwartungen der RehabilitandInnen sowie den gesellschaftlich-politischen Rahmenbedingungen (Grossmann, Lobnig, 2013). Transformationsprozesse wie diese erfordern eine ständige Auseinandersetzung mit den Veränderungen, um künftig erfolgreich zu bleiben. Die aktuellen BANI-Herausforderungen (brittle (Brüchigkeit), anxious (Angst), nonlinear (Nicht-Linearität) und incomprehensible (Unbegreiflichkeit)) können von den Kliniken nur durch erhöhte Resilienz, Belastbarkeit, gleichzeitig aber auch Adaptivität, Transparenz und verstärkte Empathie aufgefangen werden (Haas et al., 2022). Dies verlangt, dass Rehabilitationskliniken auf Veränderungsfähigkeit ausgerichtet sind. Ziel der Studie ist die Erfassung der aktuellen Herausforderungen bzw. Transformationserfordernisse in Rehabilitationskliniken sowie bereits vorhandene Bewältigungsstrategien.

## **Methoden**

Die Studie ist eine qualitative Interviewstudie. Die Studie umfasste sechs unterschiedlich grosse Rehabilitationskliniken in der Schweiz: Davos, Felix Platter, Heiligenschwendi, Adelheid, Valens und Nottwil. Diese Kliniken decken ein breites Spektrum an stationären und teilweise auch ambulanten Rehabilitationsleistungen ab, darunter muskuloskelettale, neurologische, pulmonale, kardiologische, geriatrische und paraplegische Rehabilitation. Die Auswertung der Studie erfolgt mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022).

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden 11 halbstrukturierte Interviews durchgeführt, wobei pro Klinik jeweils ein bis drei Interviews stattfanden. Die Interviewpartner repräsentierten mittlere Führungspositionen aus verschiedenen Berufsgruppen, darunter Pflegeleitungen, Therapieleitungen sowie Ärztliche Leitungen.

Ein zentrales Thema war der steigende Kostendruck durch das DRG-System, wodurch finanzielle Aspekte in der Patientenversorgung zunehmend wichtig werden. Zudem wurde die Zunahme multimorbider und komplexer Patientengruppen als Herausforderung genannt, die sowohl das medizinische Fachpersonal als auch die Therapieplanung betrifft. „Mhm genau, genau Sie sprechen da verschiedene Herausforderungen an: die komplexeren Patientinnen eben auch der ökonomische Druck“. Der Fachkräftemangel stellt ein weiteres Problem dar, insbesondere in der Medizin und der Pflege. Veränderungen in den Patientenerwartungen sowie die Belastung des Personals durch hohe Fluktuation, fehlende Abstimmung zwischen den Berufsgruppen wurden ebenfalls mehrfach thematisiert.

Um den Herausforderungen zu begegnen, setzen Kliniken verstärkt auf die internationale Fachkräftegewinnung, die digitale Prozessoptimierung und neue Versorgungsmodelle. Flexible Arbeitszeitmodelle und Zusatzleistungen wie Freizeitangebote sollen die Attraktivität der Arbeitsplätze erhöhen. „Und natürlich ist es auch so, dass die Arbeitsbedingungen zunehmend attraktiver gestaltet werden, also sei es in Bezug auf Arbeitszeitmodelle beispielsweise. Und dennoch ist das natürlich, stell ich mir vor, eine grosse Herausforderung, diese Balance zu halten. Attraktiver Arbeitgeber oder attraktive Arbeitgeberin zu sein und gleichzeitig dem Kostendruck im Gesundheitswesen gerecht zu werden“. Weiterhin werden verstärkt Gesundheitsmaßnahmen für Mitarbeitende angeboten, um Stress zu reduzieren. Besonders hervorgehoben wurde die Notwendigkeit einer besseren interdisziplinären Abstimmung und Digitalisierung, um Effizienz und Qualität in der Rehabilitation weiter zu steigern.

Bereits positiv beschrieben werden der Führungsstil und die interprofessionelle Zusammenarbeit: Die meisten Kliniken verfolgen einen partizipativen Führungsstil mit flachen Hierarchien. Besonders betont wurde die Bedeutung offener Kommunikation und Mitarbeitendenbindung durch flexible Arbeitszeitmodelle sowie Zusatzleistungen (z. B. Freizeitangebote). In einigen Kliniken zeigte sich jedoch, dass Entscheidungsprozesse durch zu viele Beteiligte verlangsamt werden. Gleichzeitig wurde die Förderung von Eigenverantwortung und Ideenmanagement als wichtiger Bestandteil einer modernen Führungskultur beschrieben.

### **Diskussion und Fazit**

Die befragte Stichprobe spiegelt eine multiprofessionelle Perspektive aus der mittleren Führungsebene in Rehabilitationskliniken wider. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmung der Transformationserfordernisse in den verschiedenen Berufsgruppen sehr ähnlich ausfällt und dass es einen Bedarf besteht, diese im Sinne der Personal-, Team- und Organisationsentwicklung zu bewältigen, um zukunftsfähige Rehabilitationskliniken zu gestalten (Körner, 2024). Dabei spielt die interprofessionelle Zusammenarbeit eine grosse Rolle. Es zeigt sich, dass die sich beteiligenden Kliniken „fortschrittlich“ sind und bereits zahlreiche Maßnahmen umsetzen.

Die Studienergebnisse bilden den Ausgangspunkt für einen Forschungsantrag zur Stärkung der Resilienz und der Veränderungsbereitschaft in Rehabilitationskliniken.

### **Take-Home-Message**

Es zeigt sich, dass die Stärkung der Resilienz und der Veränderungsbereitschaft beim mittleren Management als relevant betrachtet wird. Es wurden die in der Literatur beschriebenen Transformationserfordernisse identifiziert. Besonders herausfordernd werden die ökonomischen Zwänge und der Fachkräftemangel dargestellt.

### **Literatur**

Grossmann, R., Lobnig, H. (2013): Organisationsentwicklung im Krankenhaus – Grundlagen und Interventionskonzepte. In: Lobnig, H. und Grossman, R. (Hrsg.): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 3-95.

Haas, O., Huemer, B., Preissegger, I. (2022): Resilienz in Organisationen. Erfolgskriterien erkennen und Transformationsprozesse gestalten. Stuttgart: Schäffer-Oeschel Verlag.  
Körner, M. (2024): Interprofessionelle Zusammenarbeit als Zukunftsperspektive. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 2024.37: 113-121.  
Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (16. Auflage). Weinheim: Beltz.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Interne Förderung durch die Berner Fachhochschule

## **REGENERATION-Studie Teil 1: Die Effektivität von Ernährungstherapie bei gastrointestinalen TumorpatientInnen während der Rehabilitationsmaßnahme – Status Quo**

*Nicole Jost<sup>1</sup>; Nicole Thurner<sup>1</sup>; Christine Welker<sup>2</sup>; Felicitas Härlin<sup>3</sup>; Claudia Haupt<sup>4</sup>; Susanne Lange-Maurer<sup>5</sup>; Christian Lotze<sup>6</sup>; Michael Marutt<sup>7</sup>; Christine Reudelsterz<sup>8</sup>; Nicole Erickson<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinikum der Universität München; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Regensburg;

<sup>3</sup> Fachklinik Sonnenhof ; <sup>4</sup> Reha-Zentrum Bad Homburg; <sup>5</sup> Klinik Bad Trissl;

<sup>6</sup> Reha-Zentrum Lübben; <sup>7</sup> Reha-Zentrum Mölln; <sup>8</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Fortschritte in der Onkologieforschung haben die Überlebenszeit von PatientInnen deutlich verlängert, sodass Krebs heute zunehmend als chronische Erkrankung betrachtet wird (Feldstain et al., 2017). Ein wesentlicher Bestandteil der evidenzbasierten medizinischen Rehabilitation für KrebspatientInnen in Deutschland konzentriert sich daher darauf, krankheitsbedingten Beeinträchtigungen entgegenzuwirken, um Funktionalität und Lebensqualität zu verbessern (DRV Bund, 2009). PatientInnen mit gastrointestinalen (GI) Tumoren haben je nach Tumorentität, -stadium und -lokalisation ein um 25 bis 80 % erhöhtes Mangelernährungsrisiko (Bossi et al., 2021), welches zudem langanhaltend Funktionalität sowie Lebensqualität beeinträchtigen kann (Eckhardt et al., 2021). Daher war das primäre Ziel des ersten Teils der REGENERATION-Studie, den Status Quo der Wirksamkeit der Ernährungstherapie für GI-TumorpatientInnen während der Rehabilitationsmaßnahme zu evaluieren.

### **Methoden**

Es wurde eine Längsschnittanalyse durchgeführt. Die Rekrutierung fand an fünf deutschen Rehabilitationszentren statt. Der Ernährungs- und psychosoziale Belastungsstatus, die Lebensqualität (QoL) sowie die Berufsunfähigkeit wurden bei Aufnahme (t1) und Entlassung (t2) mit Hilfe des Patient Generated-Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA-SF), des Distress-Thermometers, der Euro Quality of Life-Visual Analogue Scale (EQ-VAS) sowie des Screening-Instruments für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR) bewertet. Bei



vorliegender Zwischenanalyse wurden gepaarte t-Tests für quantitative, sowie Fishers-Exact Tests und McNemar Tests für kategoriale Variablen angewendet.

## **Ergebnisse**

Von 170 TeilnehmerInnen beantworteten 91 % (n=155; 63,9 % männlich, 36,1 % weiblich) die Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten. Bei 54,2 % wurde ein Tumor im oberen GI-Trakt diagnostiziert, bei 45,2 % im unteren GI-Trakt und 0,6 % spezifizierten ihre GI-Tumordiagnose nicht.

Bei Aufnahme hatten 53 TeilnehmerInnen ein hohes Mangelernährungsrisiko (PG-SGA-SF-Score  $\geq 9$ ) und 53 TeilnehmerInnen ein moderates Risiko (PG-SGA-SF-Score 4-8). Während der Rehabilitationsmaßnahme haben die PatientInnen durchschnittlich 1,8 Einzel- (KTL 590), 1,5 Gruppenberatungen (KTL 600) und 1 Lehrküche (KTL 621) erhalten. Von t1 auf t2 verringerte sich das Mangelernährungsrisiko, indem die Teilnehmerzahl mit keinem/geringem Risiko (PG-SGA-SF-Score 0-3) um 68,3 % stieg und die Teilnehmerzahl mit moderatem Mangelernährungsrisiko um 9,7 % abnahm. Insbesondere die Gesamtzahl der TeilnehmerInnen mit hohem Mangelernährungsrisiko verringerte sich signifikant um 50,9 % ( $p < 0,001$ ). Nur bei drei PatientInnen zeigte sich eine Veränderung des Ernährungsstatus von „kein/geringes Mangelernährungsrisiko“ zu „moderatem bzw. hohem Mangelernährungsrisiko“. Der mittlere PG-SGA-SF-Score verbesserte sich signifikant um 2,2 Punkte (95 % KI: 1,6 - 2,8;  $p < 0,001$ ). Der BMI veränderte sich im Mittel nicht (Diff.: 0,05; 95 % KI -0,15 – 0,05;  $p = 0,311$ ). Die Teilnehmerzahl, die über  $\geq 1$  ernährungsbedingtes Symptom berichteten, sank um 27,1 % ( $p < 0,001$ ).

Die Anzahl der psychosozial belasteten PatientInnen (Distress-Thermometer  $\geq 5$ ) verringerte sich um 15,7 %, allerdings war diese Veränderung statistisch nicht signifikant ( $p=0,112$ ).

Der mittlere EQ-VAS-Score verbesserte sich signifikant im Mittel um 9,6 Punkte (95 % KI 7.5 – 11.7;  $p < 0,001$ ).

Die Teilnehmerzahl mit positivem SIBAR-Screening (SIBAR-Score  $\geq 8$ ) veränderte sich nicht signifikant ( $p = 0,371$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine Rehabilitationsmaßnahme einschließlich Ernährungstherapie den allgemeinen Ernährungsstatus erfolgreich verbessert, indem sie den Schweregrad des Ernährungsrisikos um 2,2 Punkte auf dem PG-SGA-SF-Score verringert und den Anteil der PatientInnen mit hohem Ernährungsrisiko um 50,9 % senkt. Obwohl wir keine Veränderung des BMI beobachten konnten, ist die Verhinderung eines weiteren Gewichtsverlusts bereits als wichtiger therapeutischer Erfolg bei GI-TumorpatientInnen anzusehen. Die Verringerung der Gesamtzahl der PatientInnen, die über  $\geq 1$  ernährungsbedingtes Symptom berichten, könnte zur Gewichtsstabilisierung beigetragen haben.

Während die signifikante Verbesserung der Lebensqualität unseres Patientenkollektivs den Gesamtnutzen der interdisziplinären Bemühungen im Rehabilitationsprogramm widerspiegelt, kann die Verringerung der ernährungsbedingten Symptome maßgeblich dazu beigetragen haben.

## Take-Home-Message

Eine Rehabilitationsmaßnahme einschließlich Ernährungstherapie kann das Mangelernährungsrisiko bei GI-TumorpatientInnen verringern und ihren allgemeinen Ernährungszustand verbessern, was zu einer höheren Lebensqualität beitragen kann.

## Literatur

Bossi, P., Delrio, P., Mascheroni, A., Zanetti, M. (2021): The Spectrum of Malnutrition/Cachexia/Sarcopenia in Oncology According to Different Cancer Types and Settings: A Narrative Review. *Nutrients* 13(6): 1980

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund

Eckhardt, C., Richter, T., Heinemann, V., Erickson, N. (2021): Nutrition counselling as an integral part of the treatment strategy among cancer patients with gastric tumor resection. Investigation of the status quo. *Ernährungs Umschau* 68(11): 210–216

Feldstain, A., Lebel, S., Chasen, M. R. (2017): The longitudinal course of depression symptomatology following a palliative rehabilitation program. *Qual Life Res.* 26(7): 1809-1818

Interessenkonflikt: C. Haupt, M. Marrut, C. Reudelsterz: Angestelltenverhältnis Deutsche Rentenversicherung Bund; S. Lange-Maurer: Honorare für Vorträge bei der bayr. Krebsgesellschaft; N. Erickson: Beratungstätigkeit für Baxter und Fresenius, Honorare für Vorträge bei Audi

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Vergleich der Handlungsorientierung von Sozialarbeiter\*innen in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation

*Tobias Knoop<sup>1</sup>; Levi Schöberl<sup>2</sup>; Mariam Arouna<sup>3</sup>; Nadja Freymüller<sup>1</sup>; Silke Werner<sup>3</sup>; Dieter Röh<sup>3</sup>; Silke Tophoven<sup>2</sup>; Thorsten Meyer-Feil<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; <sup>2</sup> Hochschule Düsseldorf;

<sup>3</sup> HAW Hamburg

## Hintergrund und Zielstellung

Sozialarbeiter\*innen sind in ihrer Praxis herausgefordert, Beauftragungen ohne genaue Handlungsanweisungen, sog. Mandate, miteinander zu verhandeln. Staub-Bernasconi (2019) differenziert drei Mandate: der Gesellschaft, der Klientel und der Profession. Knoop et al. (2024) stellten vor diesem Hintergrund für die medizinische Rehabilitation fest, dass entweder das Mandat der Gesellschaft oder der Rehabilitand\*innen priorisiert wurde; zudem entwickelten sie Hypothesen zum Einfluss des Reha-Settings und der Ausbildungsgeneration, d. h. Bachelor/Master vs. Diplom-Abschluss, auf die Handlungsorientierung. Zur Überprüfung dieser Hypothesen in repräsentativen Stichproben wurde eine Befragungsskala der

Handlungsorientierung entwickelt und in zwei Online-Befragungen mit Sozialarbeiter\*innen eingesetzt.

## **Methoden**

Beide Online-Befragungen sind Querschnittsstudien im Bereich der beruflichen (Projekt ANSAB, Tophoven, Seefeld, 2025) bzw. medizinischen Rehabilitation (Projekt SoDia-Reha). Im Projekt ANSAB wurden Einladungen zur Online-Befragung an  $k=265$  berufliche Reha-Einrichtungen aus dem Rehadat-Verzeichnis gesendet, im Projekt SoDia-Reha an alle von der DRV federführend belegten Fachabteilungen ( $k=1.499$ ).

Mit der Skala sollte die Relevanz von sechs Handlungsorientierungen für die eigene Praxis bewertet werden. Die Orientierungen basierten auf den drei o. g. Mandaten und wurden auf das Reha-Setting angepasst. Das Mandat der Profession wurde in Orientierungen an professionellen Werten und Forschung unterteilt. Zwei zugrundeliegende Mandate wurden ergänzt: 1. das Mandat der Institution, das Röh (2006) postuliert hat, sowie 2. das Mandat des Reha-Teams, dessen potenzielle Relevanz sich aus der Studie von Knoop et al. (2024) ableiten ließ. Um die Nachteile von Bewertungsskalen auszugleichen, wurde ein Forced-Choice Experiment (FCE) -Ansatz angewendet (Streiner et al., 2014), bei dem die Befragten die sechs Orientierungen sortierten statt einzeln bewerteten. Die Umsetzbarkeit der Skala wurde im Vorfeld der SoDia-Reha-Befragung getestet. Zusätzlich wurden zur Überprüfung der Hypothese zur Ausbildungsgeneration Informationen zur Berufsausbildung herangezogen.

Die Ergebnisse der Skala werden mithilfe der gruppenübergreifenden Verteilungen nach Rängen im FCE und mittleren Ränge der Orientierungen inkl. 95 %-Konfidenzintervall dargestellt und zwischen den Projekten verglichen. Der Zusammenhang zur Ausbildungsgeneration wird projektbezogen mit dem Chi-Quadrat-Test auf statistische Signifikanz getestet. Dabei gilt ein Bonferroni-korrigiertes Alpha-Fehlerniveau von  $p = 0,05/12 = 0,004$ . Zur Einschätzung der Größe des Zusammenhangs wird Cramers-V angegeben. Die Ergebnisse der Skala und Tests werden nur mit den Daten von Befragten berichtet bzw. durchgeführt, die ein Studium der Sozialen Arbeit absolvierten.

## **Ergebnisse**

Im Vergleich der Charakteristika der beiden Stichproben fällt auf, dass die Befragten aus beruflichen Reha-Einrichtungen öfter andere Ausbildungshintergründe als Soziale Arbeit aufweisen und etwas berufserfahrener sind (Tabelle 1). In beiden Stichproben werden die Orientierung an den Interessen und Anliegen der Rehabilitand\*innen als im Mittel am bedeutsamsten und die Orientierung an Erkenntnissen aus der Forschung am wenigsten bedeutsam bewertet. Unterschiede bestehen zwischen den Orientierungen an den Vorgaben des Kostenträgers und dem abgestimmten Vorgehen im Reha-Team. Sozialarbeiter\*innen aus der medizinischen Rehabilitation bewerten die Abstimmung im Reha-Team im Mittel bedeutsamer als in der beruflichen Rehabilitation (Tabelle 2). Befragte Sozialarbeiter\*innen der ANSAB-Studie mit Diplom-Abschluss bewerten die Orientierung an Rehabilitand\*innen im Vergleich zu Befragten mit einem Master- oder Bachelor-Abschluss signifikant als weniger bedeutsam (Cramers-V = 0,45;  $p = 0,003$ ).

Tabelle 1: Stichproben der befragten Sozialarbeiter\*innen in der beruflichen (Projekt ANSAB) bzw. medizinischen Rehabilitation (Projekt SoDia-Reha)

| Merkmal                                                                                      | Berufliche Rehabilitation |      | Medizinische Rehabilitation |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|-----------------------------|------|
|                                                                                              | n                         | %    | n                           | %    |
| Ausbildung                                                                                   |                           |      |                             |      |
| mit Studium der Sozialen Arbeit                                                              | 60                        | 65,2 | 275                         | 92,0 |
| ohne Studium der Sozialen Arbeit                                                             | 32                        | 34,8 | 24                          | 8,0  |
| höchster Studienabschluss Soziale Arbeit                                                     |                           |      |                             |      |
| Bachelor                                                                                     | 15                        | 25   | 102                         | 30,7 |
| Master                                                                                       | 19                        | 31,7 | 35                          | 10,5 |
| Diplom                                                                                       | 26                        | 43,3 | 170                         | 51,2 |
| Fort-/Weiterbildung                                                                          |                           |      |                             |      |
| ja, und zwar eine spezifische Fort-/Weiterbildung (z. B. gesundheitsbezogene Soziale Arbeit) | 38                        | 44,2 | -                           | -    |
| ja, und zwar eine unspezifische Fort-/Weiterbildung                                          | -                         | -    | 49                          | 14,8 |
| Berufserfahrung                                                                              |                           |      |                             |      |
| weniger als 5 Jahre                                                                          | 30                        | 32,3 | 139                         | 43,3 |
| 6 bis 10 Jahre                                                                               | 16                        | 17,2 | 61                          | 19,0 |
| mehr als 10 Jahre                                                                            | 47                        | 50,5 | 121                         | 37,7 |
| Art der Einrichtung                                                                          |                           |      |                             |      |
| Berufsförderungswerke                                                                        | 23                        | 26,4 | -                           | -    |
| Rehabilitation psychisch kranker Menschen                                                    | 9                         | 10,3 | -                           | -    |
| Berufliche Trainingszentren                                                                  | 34                        | 39,1 | -                           | -    |
| andere                                                                                       | 21                        | 24,1 | -                           | -    |
| Indikationsbereich (Mehrfachnennung möglich)                                                 |                           |      |                             |      |
| Orthopädie/Rheumatologie                                                                     | -                         | -    | 170                         | 51   |
| Psychosomatik                                                                                | -                         | -    | 99                          | 30   |
| Neurologie                                                                                   | -                         | -    | 69                          | 21   |
| Kardiologie                                                                                  | -                         | -    | 55                          | 17   |
| Abhängigkeitserkrankungen                                                                    | -                         | -    | 57                          | 17   |
| Onkologie                                                                                    | -                         | -    | 35                          | 11   |
| Pneumologie                                                                                  | -                         | -    | 17                          | 5    |
| Gastroenterologie                                                                            | -                         | -    | 13                          | 4    |

## Diskussion und Fazit

Sozialarbeiter\*innen in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich in wichtigen Orientierungen in der alltäglichen Praxis. Die Unterschiede im Hinblick auf das Reha-Team und die Vorgaben von Kostenträgern sprechen für einen settingspezifischen Einfluss auf die Orientierung der Fachkräfte. Für die berufliche Rehabilitation konnte zudem ein Zusammenhang mit der Ausbildungsgeneration auf die Orientierung an den Anliegen der Rehabilitand\*innen gezeigt werden. Die Ergebnisse erweitern damit die Erkenntnisse von Knoop et al. (2024). Im vorliegenden Beitrag werden viele der Informationen der Skala nicht genutzt; mithilfe der Analyse latenter Klassen könnten die gesamten Informationen verwendet werden.

Tabelle 2: Verteilung der Orientierungen nach Rang und mittlerer Rang der Orientierungen in den Stichproben der beruflichen Rehabilitation (ANSAB-Studie) und medizinischen Rehabilitation (Projekt SoDia-Reha)

| Antwortmöglichkeiten FCE                                                                               | Berufliche Rehabilitation |      |                         | Medizinische Rehabilitation |      |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|-------------------------|-----------------------------|------|-------------------------|
|                                                                                                        | n                         | %    | Mittlerer Rang (95%-CI) | n                           | %    | Mittlerer Rang (95%-CI) |
| Vorgaben des jeweiligen <b>Kostenträgers</b> sind meine wichtigste Orientierung.                       |                           |      |                         |                             |      |                         |
| Rang 1                                                                                                 | 13                        | 22,0 |                         | 22                          | 8,1  |                         |
| Rang 2                                                                                                 | 15                        | 25,4 |                         | 36                          | 13,3 |                         |
| Rang 3                                                                                                 | 12                        | 20,3 | 2,8                     | 38                          | 14,0 | 3,9                     |
| Rang 4                                                                                                 | 8                         | 13,6 | (2,5; 3,3)              | 68                          | 25,1 | (3,7; 4,0)              |
| Rang 5                                                                                                 | 7                         | 11,9 |                         | 64                          | 23,6 |                         |
| Rang 6                                                                                                 | 4                         | 6,8  |                         | 43                          | 15,9 |                         |
| Das abgestimmte Vorgehen mit meinen <b>Kolleg*innen/meinem Team</b> ist meine wichtigste Orientierung. |                           |      |                         |                             |      |                         |
| Rang 1                                                                                                 | 2                         | 3,4  |                         | 32                          | 11,8 |                         |
| Rang 2                                                                                                 | 10                        | 17,2 |                         | 87                          | 32,1 |                         |
| Rang 3                                                                                                 | 15                        | 25,9 | 3,6                     | 81                          | 29,9 | 2,8                     |
| Rang 4                                                                                                 | 10                        | 17,2 | (3,3; 4,0)              | 49                          | 18,1 | (2,7; 2,9)              |
| Rang 5                                                                                                 | 19                        | 32,8 |                         | 19                          | 7,0  |                         |
| Rang 6                                                                                                 | 2                         | 3,4  |                         | 3                           | 1,1  |                         |
| Vorgaben meines <b>Arbeitgebers</b> sind meine wichtigste Orientierung.                                |                           |      |                         |                             |      |                         |
| Rang 1                                                                                                 | 6                         | 10,2 |                         | 14                          | 5,2  |                         |
| Rang 2                                                                                                 | 7                         | 11,9 |                         | 26                          | 9,6  |                         |
| Rang 3                                                                                                 | 7                         | 11,9 | 3,9                     | 41                          | 15,1 | 4,0                     |
| Rang 4                                                                                                 | 11                        | 18,6 | (3,5; 4,4)              | 72                          | 26,6 | (3,9; 4,2)              |
| Rang 5                                                                                                 | 20                        | 33,9 |                         | 92                          | 33,9 |                         |
| Rang 6                                                                                                 | 8                         | 13,6 |                         | 26                          | 9,6  |                         |
| Die Interessen und Anliegen der <b>Rehabilitand*innen</b> sind meine wichtigste Orientierung.          |                           |      |                         |                             |      |                         |
| Rang 1                                                                                                 | 23                        | 39,0 |                         | 150                         | 55,4 |                         |
| Rang 2                                                                                                 | 16                        | 27,1 |                         | 57                          | 21,0 |                         |
| Rang 3                                                                                                 | 12                        | 20,3 | 2,1                     | 31                          | 11,4 | 1,8                     |
| Rang 4                                                                                                 | 6                         | 10,2 | (1,8; 2,4)              | 23                          | 8,5  | (1,7; 2,0)              |
| Rang 5                                                                                                 | 2                         | 3,4  |                         | 9                           | 3,3  |                         |
| Rang 6                                                                                                 | 0                         | 0,0  |                         | 1                           | 0,4  |                         |
| Erkenntnisse aus der <b>Forschung</b> sind meine wichtigste Orientierung.                              |                           |      |                         |                             |      |                         |
| Rang 1                                                                                                 | 1                         | 1,8  |                         | 1                           | 0,4  |                         |
| Rang 2                                                                                                 | 0                         | 0,0  |                         | 3                           | 1,1  |                         |
| Rang 3                                                                                                 | 0                         | 0,0  | 5,1                     | 12                          | 4,4  | 5,4                     |
| Rang 4                                                                                                 | 13                        | 22,8 | (4,8; 5,5)              | 35                          | 13,0 | (5,3; 5,5)              |
| Rang 5                                                                                                 | 6                         | 10,5 |                         | 36                          | 13,3 |                         |
| Rang 6                                                                                                 | 37                        | 64,9 |                         | 183                         | 67,8 |                         |
| <b>Professionelle Werte</b> sind meine wichtigste Orientierung                                         |                           |      |                         |                             |      |                         |
| Rang 1                                                                                                 | 13                        | 22,0 |                         | 52                          | 19,2 |                         |
| Rang 2                                                                                                 | 15                        | 25,4 |                         | 62                          | 22,9 |                         |
| Rang 3                                                                                                 | 12                        | 20,3 | 2,8                     | 68                          | 25,1 | 3,0                     |
| Rang 4                                                                                                 | 11                        | 18,6 | (2,3; 3,2)              | 24                          | 8,9  | (2,9; 3,2)              |
| Rang 5                                                                                                 | 3                         | 5,1  |                         | 51                          | 18,8 |                         |
| Rang 6                                                                                                 | 5                         | 8,5  |                         | 14                          | 5,2  |                         |

Notizen CI = Konfidenz-Intervall

## Take-Home-Message

Sozialarbeiter\*innen in der Rehabilitation zeichnen sich durch eine starke Orientierung an Rehabilitand\*innen aus; die Ergebnisse zur Berücksichtigung von Forschungsergebnissen in der alltäglichen Praxis stellen dagegen eine besondere Herausforderung für die Reha-Wissenschaften und eine evidenzbasierte Soziale Arbeit dar.

## Literatur

- Knoop T, Freymüller N, Dettmers S, Meyer-Feil T. (2024): On the development of a professional mandate by social workers in medical rehabilitation- key results from the SWIMMER Project. Front Rehabil Sci 5:1383995.
- Röh, D. (2006): Die Mandate der Sozialen Arbeit: in wessen Auftrag arbeiten wir? Soziale Arbeit 55: 442–449.

- Staub-Bernasconi, S. (2019): Menschenwürde, Menschenrechte, Soziale Arbeit: Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Streiner, D. L., Norman, G.R., Cairney, J. (2015): Health measurement scales: A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press.
- Tophoven S, Seefeld J. (2025): Blick auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. FORUM sozialarbeit + gesundheit; 3: 38-43.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Mentoring-Programme für Gründungsinteressierte mit Behinderung – Erfahrungen zu Aufbau und Umsetzung aus dem „BESSER“-Projekt**

*Bartholomäus Zielinski; Stefan Zapfel*

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die berufliche Selbständigkeit spielt bei der Frage der Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben in Deutschland nur eine geringere Rolle (Zielinski, 2025). Zu den Ursachen gehört unter anderem, dass dazu für den betreffenden Personenkreis kaum adäquate Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen (Zapfel et al., 2022). Ziel des durch den „Ausgleichsfonds für überregionale Vorhaben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderten Projekts „Barrierefrei Existenzgründen. Selbständig und erfolgreich im Erwerbsleben mit Behinderung“ (BESSER) ist es, die Zugangs- und Stabilisierungschancen der beruflichen Selbständigkeit von Menschen mit Behinderung durch den Aufbau eines auf diese Gruppe zugeschnittenen Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebots zu verbessern. Dazu gehörte unter anderem ein im Frühjahr 2025 abgeschlossenes Mentoring-Programm. In einer dyadischen (Tandem-)Beziehung sollten dabei Gründungsvorhaben von Menschen mit Behinderung (Mentees) durch einen geordneten Erfahrungsaustausch mit im Feld der beruflichen Selbständigkeit berufserfahrenen Mentor\*innen gefördert werden.

Der Beitrag gibt einen Überblick über zentrale Ergebnisse, die die wissenschaftliche Begleitung des BESSER-Projekts zu diesem Mentoring-Programm erbracht hat.

### **Methoden**

Zum Mentoring-Programm des BESSER-Projekts wurden von der wissenschaftlichen Begleitung 18 qualitative Leitfadeninterviews zur Konzeption und Umsetzung durchgeführt. Einbezogen wurden dabei elf Mentees, sechs Mentor\*innen sowie die Programmkoordination. Die Interviews wurden nach den Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse dokumentiert und ausgewertet (Kuckartz, Rädiker, 2024). Ergänzende Informationen wurden mit Hilfe von Dokumentenanalysen gewonnen, die sich beim Mentoring insbesondere auf die Mentoring-Dokumentation und das Mentoring-Handbuch bezogen.

### **Ergebnisse**

Das „BESSER“-Mentoring erfolgte in zwei Durchgängen mit einer Dauer von jeweils einem Jahr. Insgesamt nahmen, nachdem sie einen Bewerbungsprozess durchlaufen hatten, 26 Mentees und 21 Mentor\*innen an diesem Programm teil. Auf Basis der aus den Bewerbungsunterlagen hervorgegangenen Inhalten wurden Mentor\*innen und Mentees einander zugewiesen (Matching) und im Zuge dessen 13 Tandems gebildet. Berücksichtigt wurden insbesondere Inhalte der Gründungsidee, der Bildungshintergrund und behinderungs-

biografische Erfahrungen. Zu den Tandemtreffen kamen im Programmverlauf verschiedene tandemübergreifende Veranstaltungen hinzu.

Auf der Seite der Mentees bestand die Teilnahmemotivation vornehmlich in der Hoffnung, bei der Gründung und in der Anfangsphase der beruflichen Selbständigkeit eine ergänzende und intensive Unterstützung zu erhalten. Für die Mentor\*innen hingegen standen für die Teilnahmeentscheidung Bestrebungen der solidarischen Unterstützung von Gründer\*innen mit Behinderung und die Ausweitung des persönlichen Netzwerks im Vordergrund. Sowohl Mentees als auch Mentor\*innen bewerteten ihre Teilnahme am Mentoring-Programm positiv; insbesondere die Mentees nahmen das Programm im Gründungskontext als sehr hilfreich wahr. Auch wurde die Programmumsetzung im Hinblick auf die Barrierefreiheit der tandemübergreifenden Veranstaltungen und die konsequente Berücksichtigung behinderungsbezogener Bedarfe positiv bewertet. Wertgeschätzt wurde in der Mentoring-Organisation und -Betreuung zudem die Möglichkeit, im Bedarfsfall einen Zuordnungswechsel vornehmen zu können. Vor allem die Mentor\*innen schätzten ferner die Abhaltung aufwandsschonender Online-Meetings ergänzend zu Präsenztreffen sowie den Eindruck, den Mentees in der Gründungsphase weitergeholfen zu haben. Verbesserungsvorschläge betrafen vor allem eine verstärkte Ansprache der jeweiligen Rollen im Mentoring-Programm und die damit zusammenhängenden gegenseitigen Erwartungen. Bei den tandemübergreifenden Veranstaltungen wurden darüber hinaus mehr Pausen sowie eine Reduktion der Gruppengrößen angeregt.

### **Diskussion und Fazit**

In den Ergebnissen der Begleitforschung hat sich herausgestellt, dass Mentoring-Programme auf dem Wege eines biografie- bzw. Peer-gestützten Erfahrungsaustauschs einen ergänzenden Beitrag zur Unterstützung von Gründungsvorhaben von Menschen mit Behinderung leisten können. Sowohl von den Mentees als auch von den Mentor\*innen wurde das Programm als hilfreich und positiv bewertet, weil der Austausch in den Tandems und den tandemübergreifenden Veranstaltungen sowie die Vermittlung von Impulsen und Problemlösungshinweisen im Gründungsprozess aus Sicht der Beteiligten gut gelang. Verbesserungswürdig für vergleichbare zukünftige Angebote ist den Mentor\*innen zufolge eine genauere Klärung der Rollen und Erwartungen, die an die Programmteilnehmende gerichtet werden, während den Mentees vor allem eine stärkere Einplanung von Pausen bei den Mentoring-Veranstaltungen wichtig war.

### **Take-Home-Message**

Mentoring-Programme können ergänzend zu anderen auf die Bedarfe von Gründungsinteressierten mit Behinderung zugeschnittenen Beratungs- und Begleitangeboten Existenzgründungsvorhaben des betreffenden Personenkreises unterstützen.

### **Literatur**

- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Zapfel, S., Zielinski, B., Mederer, B. (2022): Barrierefrei Existenzgründen. Selbständig und erfolgreich im Erwerbsleben mit Behinderung. Forschungsbericht der Vorstudie. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.



Zielinski, B. (2025): Selbständigkeit mit Schwerbehinderung? Teilhabepotenziale einer kaum wahrgenommenen Erwerbsform. Bielefeld: transcript.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Prädiktoren für den Return-to-work (RTW) 6 Monate nach Entlassung aus Dualer Rehabilitation**

*Jennifer Seeger<sup>1</sup>; Natascha Scheller<sup>1</sup>; Peter Eisermann<sup>2</sup>; Klaus Herrmann<sup>3</sup>;  
Sabine Jendrosch<sup>4</sup>; Volker Köllner<sup>5</sup>; Jödis Kroll<sup>2</sup>; Christoph Reichel<sup>6</sup>; Gerhard Süttels<sup>7</sup>;  
Karin Meng<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Würzburg; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Bad Frankenhausen;

<sup>3</sup> Reha-Zentrum Bad Kissingen, Kliniken Rhön und Saale;

<sup>4</sup> Reha-Zentrum Borkum, Klinik Borkum Riff; <sup>5</sup> Reha-Zentrum Seehof, Teltow;

<sup>6</sup> Reha-Zentrum Bad Brückenau; <sup>7</sup> Reha-Zentrum Todtmoos

### **Hintergrund und Zielstellung**

In einer dualen Rehabilitation werden Patient\*innen mit einer gleichwertig rehabilitationsbedürftigen körperlichen und psychischen Erkrankung unter Zusammenarbeit zweier entsprechender Fachabteilungen behandelt. Das Projekt DUAL untersucht die Umsetzung dieses Konzepts in einer Modellphase in sechs Rehabilitationskliniken unterschiedlicher somatischer Indikationen. Erste Ergebnisse der prospektiven Kohortenstudie zeigen Verbesserungen in allen Zielparametern im Behandlungsverlauf (Meng et al., 2025). Zum Return-to-work (RTW), einem Hauptkriterium für die Effektivität von Rehabilitationsbehandlungen, liegen bisher keine Daten für duale Rehabilitand\*innen vor. Studien zum RTW bei (psycho-)somatischer Rehabilitation konnten Prädiktoren für den RTW wie soziodemografische Variablen, vorausgegangene Arbeitsunfähigkeitszeiten oder die subjektive Arbeitsfähigkeit identifizieren (z. B. Rotter et al., 2023).

Im vorliegenden Beitrag sollen der Einfluss dieser Variablen sowie explorativ der Einfluss von psychischer und somatischer Belastung zu Reha-Beginn auf den RTW 6 Monate nach Reha-Entlassung bei dualen Rehabilitand\*innen geprüft werden. Folgende Fragestellungen werden untersucht:

Bestehen Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Variablen sowie vorausgegangener Arbeitsunfähigkeit und dem RTW bis 6 Monate nach Entlassung aus dualer Rehabilitation?

Können die subjektive Arbeitsfähigkeit sowie die psychische und körperliche Belastung zu Beginn einer dualen Rehabilitation den RTW bis 6 Monate nach Reha-Entlassung vorhersagen?

## Methoden

Die Daten der Rehabilitand\*innen wurden im Rahmen der prospektiven Kohortenstudie des Projekts DUAL mit drei vorliegenden Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6-Monats-Follow-Up) an sechs Rehabilitationskliniken unterschiedlicher somatischer Indikationen erhoben.

Sozialmedizinische Parameter wurden der Klinikdokumentation entnommen. Soziodemografische Daten, die subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI), die psychische Belastung (PHQ-9, GAD-7) und die allgemeine Befindlichkeit (HEALTH-49, psychische und somatoforme Beschwerden) wurden mittels Fragebogen zu Reha-Beginn erfasst.

Zur Datenanalyse wurden deskriptive Statistiken sowie eine schrittweise logistische Regression (Muche, 2008) berechnet. Abhängige Variable ist der RTW (ja/nein) 6 Monate nach Reha-Entlassung. Angaben zur Arbeitsunfähigkeitsdauer vor Reha-Beginn wurden in die Kategorien „3 Monate oder weniger“ und „mehr als drei Monate“ (Rotter et al., 2023) dummy-kodiert.

Die Stichprobe besteht aus 544 dualen Rehabilitand\*innen (12 bis 21 % pro Indikationsbereich), im Verhältnis zur Ausgangsstichprobe (N=717) liegen demnach für 75.9 % der Teilnehmenden vollständige Datensätze 6 Monate nach Reha-Entlassung vor. Hiervon sind 68.8 % weiblich, das Durchschnittsalter beträgt 53.1 Jahre (SD=8.75, Range 23 - 65) und n=405 (70.2 %) sind in die Arbeit zurückgekehrt. 8.3 % der Teilnehmenden haben einen Volks-/Hauptschulabschluss, 42.3 % die Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule, 18 % Fachabitur und 31.1 % Abitur. Bei Aufnahme in die Reha-Klinik waren 33.6 % (n=183) arbeitsunfähig, bei 37.9 % (n=206) betrug die Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor Reha-Beginn mehr als 3 Monate.

## Ergebnisse

Geschlecht und Alter sowie die psychische Ausgangsbelastung (PHQ, GAD) zeigen in den vorliegenden Daten keinen signifikanten Einfluss auf den RTW bis 6 Monate nach Reha-Ende. Ein höherer erreichter Schulabschluss ( $p < .01$ , OR=1.28), eine Arbeitsunfähigkeit von 3 Monaten oder weniger vor Reha-Beginn ( $p < .01$ , OR=2.20) sowie eine höhere subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI,  $p < .001$ , OR=1.48) hängen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit des RTW bis 6 Monate nach Reha-Ende zusammen. Demgegenüber bedingt eine vorliegende Arbeitsunfähigkeit ( $p < .001$ , OR=0.34) sowie eine schlechtere allgemeine Befindlichkeit ( $p < .05$ , OR=0.68) zu Reha-Beginn eine niedrigere Wahrscheinlichkeit für den RTW bis 6 Monate nach Reha-Ende. Das Gesamtmodell zeigt eine gute Anpassungsgüte (Nagelkerkes  $R^2=.52$ , Hosmer-Lemeshow-Test  $p=.11$ ).

## Diskussion und Fazit

In Einklang mit bisherigen Studien mit Patient\*innen in der (psycho-)somatischen Rehabilitation bestehen auch bei dualen Rehabilitand\*innen signifikante Zusammenhänge der subjektiven Arbeitsfähigkeit sowie den Arbeitsunfähigkeitszeiten zu Beginn der Rehabilitation und dem späteren RTW (Bethge et al., 2013, Rotter et al., 2023). Darüber hinaus zeigt der vorliegende Beitrag, dass die allgemeine Befindlichkeit zu Behandlungsbeginn, nicht aber die psychische Belastung eine relevante Rolle für einen gelingenden RTW dualer Rehabilitand\*innen spielt.

Die Ergebnisse liefern erste Anhaltspunkte für weitere Analysen und eröffnen die Möglichkeit der Identifikation von dualen Rehabilitand\*innen, die für einen erfolgreichen RTW einer besonderen Förderung bedürfen.

### **Take-Home-Message**

Der Return-to-work bis 6 Monate nach einer dualen Rehabilitation zeigt systematische Zusammenhänge mit verschiedenen Parametern zu Reha-Beginn.

### **Literatur**

- Bethge, M., Gutenbrunner, C., Neuderth, S. (2013): Work ability index predicts application for disability pension after work-related medical rehabilitation for chronic back pain. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94. 2262-2268.
- Meng, K., Scheller, N., Eisermann, P., Kroll, J., Herrmann, K., Jendrosch, S., Wessbecher, R., Köllner, V., Reichel, C., Sütfels, G. (2025): Welche kurzfristigen Prä-Post-Verläufe bestehen für duale Rehabilitand:innen in unterschiedlichen somatischen Indikationsbereichen? DRV-Schriften, Bd. 131. 136-139.
- Muche, R. (2008): Die logistische Regression – ein vielseitiges Analyseinstrument rehabilitationswissenschaftlicher Forschung. Die Rehabilitation, 47. 56-62.
- Rotter, K., Lambrecht, A., Koch, B., Kobelt-Pönicke, A. (2023): Reha-Erfolg nach psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von Symptombelastung und Arbeitsunfähigkeitsdauer. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 73. 300-307.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Wie bewerten Rehabilitanden berufliche Maßnahmen in der Rehabilitation? Ergebnisse aus leitfadengestützten Interviews im Projekt MBOR-ABC-Analyse**

*Susanne Dibbelt*

Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney (IfR)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Zwar ist die Effektivität beruflicher Maßnahmen (MBOR) in der orthopädischen Rehabilitation gut belegt (Fauser et al., 2020; Bethge et al., 2019). Mehrere Studien haben jedoch gezeigt, dass die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den beruflichen Maßnahmen sehr unterschiedlich ausfällt (Dibbelt et al., 2016; Fröhlich et al., 2023). Die Akzeptanz der Maßnahmen ist aber eine wichtige Voraussetzung für deren Wirksamkeit. Mithilfe von Interviews und zur Vorbereitung einer Fragebogenstudie sollten Kriterien für die Bewertung der MBOR herausgearbeitet werden. Dazu wurden leitfadengestützte Interviews mit der MBOR zugewiesenen Rehabilitand:innen in einer orthopädischen Reha-Einrichtung mit beruflichem Schwerpunkt durchgeführt.

## **Methoden**

17 Rehabilitand:innen, die berufliche orientierte Maßnahmen im Rahmen eines orthopädischen Heilverfahrens erhielten (davon n = 12 MBOR B und n = 5 MBOR C), erklärten sich zu einem Interview bereit. Anhand der Transkriptionen wurden Anmerkungen der Rehabilitanden zu den beruflichen Maßnahmen von zwei Beurteilern als positiv oder kritisch identifiziert und nach einem Verfahren von Mayring (2022) inhaltlichen Kategorien zugeordnet.

## **Ergebnisse**

Als Kern der beruflichen Maßnahmen nahmen die Teilnehmenden (i.f. TN) das Arbeitsplatztraining in einem Workpark, die Beratung durch den Sozialdienst sowie ein berufsbezogenes Bewegungstraining wahr.

Im Interview wurden die TN ausdrücklich nach Bewertungen der Maßnahmen gefragt.

Das Arbeitsplatztraining (i.f. APT) fand in einem gut ausgestatteten Workpark (MBOR-Kompetenzzentrum) statt, in dem das Arbeiten an zahlreichen Arbeitsplätzen simuliert werden kann. Bezüglich des APT wurden die folgenden übergeordneten Aspekte der Bewertung identifiziert und mit der angegebenen Häufigkeit als eher positiv oder eher kritisch bewertet. Dabei haben nicht alle Befragten zu allen Aspekten Stellung genommen.

Die beruflichen Maßnahmen insgesamt, die Information über MBOR/APT in der Klinik oder im Vorfeld der Reha ebenso wie die Entscheidungsbeteiligung wurde überwiegend positiv bewertet. Gespalten waren die Teilnehmenden dagegen bei den Aspekten „Anleitung und Betreuung während des APT“ und der „Passung des Trainings zur Arbeitssituation“. Circa die Hälfte der Befragten bewerteten diese Aspekte kritisch. Die Sozialberatung wurde überwiegend positiv bewertet, allerdings sahen mehr als die Hälfte der Befragten geringen Beratungsbedarf.

Die Ausstattung des Workparks wurde zwar von vielen positiv bewertet, die Durchführung und die Passung zur eigenen Situation wurde dagegen von einzelnen Teilnehmenden eher kritisch betrachtet. So beklagten Teilnehmende z. B., dass (a) die Übungen im Workpark zu eintönig gewesen seien, (b) die Ausstattung nicht gut zum eigenen Arbeitsplatz passe oder (c) die wiederholte Übung der Arbeitsbewegungen an der Magnetwand für sie „nichts Neues“ oder „peinlich“ gewesen seien. Ein Dachdecker, der im Workpark die Möglichkeit hatte, auf einem Dach zu arbeiten, merkte an, dass seine Arbeitssituation nicht realistisch abgebildet werde: „Bei der Arbeit könne er nicht nach einer Stunde wieder vom Dach gehen“ und „da gäbe es auch andere Dachneigungen als lauffreundliche 20 Grad“. Hier ist u. E. wichtig, die Relation der simulierten zur realen Arbeitssituation während des Trainings und auch schon im Vorfeld zu thematisieren. Dabei sollte deutlich gemacht werden, dass es nicht darum geht, die reale Arbeitssituation zu 100 % nachzubilden, sondern darum, Bewegungsabläufe genau zu analysieren und ggf. zu korrigieren.

## **Diskussion und Fazit**

Als Kern der MBOR-Maßnahmen wurden das APT und die Sozialberatung wahrgenommen. Während beides überwiegend positiv bewertet wurde, wurden die Passung und der Bedarf der Maßnahmen von einzelnen TN kritisch gesehen.

Kritische Anmerkungen zum APT bezogen sich vor allem auf die Anleitung und Betreuung während des APT sowie die Passung des Trainings zur eigenen beruflichen Situation.

### **Take-Home-Message**

Aus den Ergebnissen kann die Empfehlung für die Durchführung berufsbezogener Maßnahmen abgeleitet werden, dass der MBOR-Bedarf und die Passung der Maßnahme zur beruflichen Problemlage, vor allem auch die Sicht der Rehabilitanden darauf noch genauer im Vorfeld geprüft werden sollte.

### **Literatur**

- Bethge, M., Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C., Schuler, M. (2019): Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany: Propensity score matched analysis. *Occup Environ Med* 76: 913-9.
- Fauser, D., Vogel, M., Bethge, M. (2020): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen: eine Propensity-Score-Analyse. *Rehabilitation (Germany)*, 59(6), 332-340. <https://doi.org/10.1055/a-1135-0753>
- Fröhlich, S., Greitemann, B., Niemeyer, R. (2023): Evaluation der MBOR-C Maßnahme an einer orthopädischen Reha-Klinik der Deutschen Rentenversicherung. Multiperspektivische Bewertung des Prozesses, Prüfung auf Optimierungspotential und Beobachtung der Entwicklung der Rehabilitand:innen über ein Jahr an der Klinik Münsterland. Projekt EVAMBOR-C1, Abschlussbericht an die DRV Westfalen.
- Mayring P (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13., aktualisierte Auflage. Beltz.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

## **Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Return-to-Work zwei Jahre nach Rehabilitation: Längsschnittanalysen auf Basis von DRV-Routinedaten**

*Martin Brünger; Sebastian Bernert; Paul Gellert*

Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Physische und psychosoziale Arbeitsbelastungen stehen in engem Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erwerbsverläufen (Dragano et al., 2016). Solche berufsbedingten Belastungen können zudem die Rückkehr in den Beruf nach einer medizinischen Rehabilitation erschweren und somit den Rehabilitationserfolg gefährden. Informationen zu individuellen Arbeitsbelastungen von Rehabilitand:innen liegen nicht flächendeckend dokumentiert vor. Jedoch lässt sich mithilfe von Job-Exposure-Matrizen ein arbeitsbelastungsbezogener Index bilden, der berufstypische Belastungen von Rehabilitand:innen auf Basis von empirischen arbeitswissenschaftlichen Erhebungen bei

Erwerbstätigen in Deutschland abbilden kann. Frühere Analysen konnten bereits zeigen, dass hohe Arbeitsbelastungen gemäß Index mit einer ungünstigen Return-to-Work-Prognose am Ende der Rehabilitation assoziiert sind (Brünger et al., 2020). Ziel der vorliegenden Studie ist es, den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungsindex und dem tatsächlichen Return-to-Work in den 24 Monaten nach Ende der Rehabilitation zu untersuchen.

## **Methoden**

Es wurde eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis des Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2014–2021“ durchgeführt (Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung, 2024). Eingeschlossen wurde die erste abgeschlossene, mindestens 7-tägige medizinische Rehabilitation im Zeitraum 2014 bis 2019 von n=621.695 Versicherten im Alter von 18 bis 63 Jahren, die im sechsmonatigen Zeitraum vor Reha-Antragstellung mindestens einen Monat erwerbstätig waren und für die eine Angabe über die Berufstätigkeit gemäß Klassifikation der Berufe (KldB) vor Antragstellung vorlag. Arbeitsbelastungen wurden anhand des Overall Job Exposure Index erfasst und nach Dezilen in niedrige (1.–3.), mittlere (4.–7.) und hohe (8.–10.) Belastungen eingeteilt (Kroll, 2015).

Der sozialmedizinische Verlauf wurde über Pflicht-, freiwillige und Anrechnungszeiten bis 24 Monate nach Rehabilitationsende monatsweise abgebildet. Als Return-to-Work wurde eine mindestens einmonatige sozialversicherungspflichtige Beschäftigung definiert. Ergänzend wurde zudem sog. stabile Beschäftigung (mindestens durchgehend viermonatige Erwerbstätigkeit) als weitere Operationalisierung von Return-to-Work betrachtet (Streibelt et al., 2024). Neben deskriptiven Analysen wurden Hazard Ratios roh (Modell 1), adjustiert für soziodemografische Merkmale (Modell 2: Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Siedlungstyp) und zusätzlich für erwerbs- und gesundheitsbezogene Merkmale (Modell 3: sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu Reha-Beginn, Arbeitsunfähigkeitszeiten 12 Monate vor Rehabilitation, Bewilligungsdiagnosegruppe) mithilfe von Cox-Regressionen mit Zielgröße Return-to-Work geschätzt.

## **Ergebnisse**

Return-to-Work für wenigstens einen Monat im Zeitraum 24 Monate nach Rehabilitation erreichten 93,2 % der Personen mit niedrigen Arbeitsbelastungen, 89,8 % mit mittleren und 88,7 % mit hohen Arbeitsbelastungen. Stabile Beschäftigung nach 12/24 Monaten wurde für 78,1 %/74,4 % der Rehabilitand:innen mit niedrigen, 71,0 %/68,4 % mit mittleren und 68,5 %/66,2 % mit hohen Arbeitsbelastungen verzeichnet.

In den Cox-Regressionen zeigten sich sowohl für mindestens einmonatigen Return-to-Work als auch für stabile Beschäftigung signifikante Zusammenhänge zu Arbeitsbelastungen (Modell 1), die auch nach Adjustierung für soziodemografische (Modell 2) sowie zusätzlich für erwerbs- und gesundheitsbezogene Merkmale (Modell 3) weitgehend bestehen blieben. Eins-minus-Überlebensfunktionen verdeutlichen, dass sich die Unterschiede im Return-to-Work in Abhängigkeit von Arbeitsbelastungen bereits im ersten Monat nach Rehabilitationsende zeigen und über den 24-monatigen Beobachtungszeitraum nahezu stabil blieben.

## **Diskussion und Fazit**

Hohe arbeitsbezogene Belastungen sind mit geringerem Return-to-Work nach medizinischer Rehabilitation assoziiert. Diese Zusammenhänge bestehen auch nach Kontrolle zentraler

soziodemografischer und erwerbsbezogener Einflussfaktoren fort. Der Overall Job Exposure Index auf Basis der beruflichen Tätigkeit erweist sich damit als geeignetes Instrument, um Unterschiede im sozialmedizinischen Verlauf nach Rehabilitation auf Basis von DRV-Routinedaten abzubilden. Die Befunde unterstreichen die Bedeutung arbeitsbezogener Faktoren für den langfristigen Rehabilitationserfolg und weisen auf die Notwendigkeit hin, berufsbezogene Belastungsprofile stärker in die individuelle, bedarfsorientierte Zuweisung und Ausgestaltung von Rehabilitationsleistungen einzubeziehen. Eine gezielte arbeitsplatzorientierte Rehabilitation – z. B. im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) – könnte dazu beitragen, die Rückkehr in Beschäftigung insbesondere bei Versicherten mit hohen Arbeitsbelastungen zu fördern.

### **Take-Home-Message**

Vor Rehabilitation bestehende Arbeitsbelastungen stehen in Zusammenhang zu Return-to-Work nach Rehabilitation und sollten zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs in der Rehabilitation zielgenau adressiert werden.

### **Literatur**

- Brünger, M., Bernert, S., Spyra, K. (2020): Occupation as a proxy for job exposures? Routine data analysis using the example of rehabilitation. *Gesundheitswesen*, S1. S41–S51.
- Dragano, N., Wahrendorf, M., Müller, K., Lunau, T. (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit: Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59(2). 217–27.
- Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (2024): Scientific Use File Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungslauf. Berichtszeitraum 2014-2021
- Kroll, L. E. (2015): Job Exposure Matrices (JEM) for ISCO and KldB (Version 2.0). Updated for ISCO-08 and KldB-2010 and including an additional Heavy Work Index. *datorium*, doi: 10.7802/1102.
- Streibelt, M., Zollmann, P., Völler, H. (2024): Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen – Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 63. 169–179.

Interessenkonflikt: Die Autor:innen haben keinen Interessenkonflikt angegeben.

Förderung: -

## **Vorankündigung:**

Das

### **36. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung**

findet voraussichtlich vom

**16. bis 18. März 2027**

**in der Messe**

**in Dortmund**

statt.

Veranstalter:

**Deutsche Rentenversicherung Bund**

**Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See**

in Zusammenarbeit mit

**Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)**

#### **Ansprechpartner**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Dezernat Reha-Wissenschaften  
10704 Berlin

Telefon: 030 865-39350

Internet: [www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)



---

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Kommunikation, Hohenzollerndamm 46-47, 10713 Berlin, Postanschrift: 10704 Berlin, Telefon: 030 865-0, Internet: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de), E-Mail: [drv@drv-bund.de](mailto:drv@drv-bund.de). Verantwortlich für den Gesamthalt: Schriftleitung: Dr. Dina Frommert und Hans-Christoph Keller.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: [Abo-Service@drv-bund.de](mailto:Abo-Service@drv-bund.de), Telefon: 030 86524536, als Einzelheft oder jährlich zu beziehen. Das Abonnement kann monatlich gekündigt werden.

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Deutschen Rentenversicherung Bund wieder. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Gewähr. Nachdruck ist unter Quellenangabe nur mit Genehmigung der Schriftleitung zulässig. Satz und Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main.

Die DRV-Schriften sind kostenfreie Sonderausgaben der Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG.

ISBN 978-3-947949-28-1