



Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V.
Rehabilitationwissenschaftlicher Verbund Berlin, Brandenburg und Mitteldeutschland (BBMD)
in Kooperation mit
Universität Potsdam und Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
Charité – Universitätsmedizin Berlin



- ABSTRACTS -

zum

25. Rehabilitationwissenschaftlichen Symposium

„Präventive Aspekte beruflicher und sozialer Teilhabe“

8. November 2024 in Potsdam

Inhalt

Session I „Wann zeigt sich Präventions- und Rehabilitationsbedarf?“

„Ü45-Check: Screenings zur Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs in der sportmedizinischen Ambulanz“

Prof. Dr. Bernd Wolfarth und Linda Kalski, Humboldt-Universität zu Berlin

„Ü45-Check: Screening in der Hausarztpraxis“

Martin Brünger, Charité – Universitätsmedizin Berlin

„Risikoindex Erwerbsminderungsrente: Den Zugang zu Teilhabeleistungen proaktiv bahnen“

Katrin Parthier, Deutsche Rentenversicherung Bund

Verleihung des Forschungs- und Innovationspreises der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V. mit Vortrag der Preisträgerin:

„Mega-Ethnographie qualitativer Meta-Synthesen zum Return to Work bei chronischen Erkrankungen“

Dr. Betje Schwarz, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation iqpr GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

Laudatio: Andreas Konrad, Deutsche Rentenversicherung Bund

Session II „Komponenten der sozialen und beruflichen Teilhabe“

„Präventionspotenziale in Deutschland: mehr Verhältnisprävention wagen?“

Prof. Dr. Andreas Seidler, Technische Universität Dresden

„Ist eine intensive Nachsorge die Lösung: Ergebnisse der Pilotphase AmPULS“

Annika Sternberg, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

„Ü45-Check: Screenings zur Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs in der sportmedizinischen Ambulanz“

Prof. Dr. Bernd Wolfarth und Linda Kalski, Humboldt-Universität zu Berlin

Zielsetzung: Die gestiegene Lebenserwartung stellt neue Herausforderungen für die Erhaltung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit dar. Im Sozialrecht gilt der Grundsatz ‚Prävention vor Reha vor Rente‘. Im Rahmen des Präventionsgesetzes und durch Nennung des Ü45-Checks im Koalitionsvertrag 2021-2025 soll die Umsetzbarkeit einer Gesundheitsvorsorgeuntersuchung erprobt werden. Unser Ziel war es, eine solche Untersuchung durchzuführen und diese mit einer Fragebogenerhebung zu vergleichen, um Unterschiede im Hinblick auf den Bedarf an Prävention und Rehabilitation unter Berücksichtigung des Risiko-Index für Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) zu analysieren.

Methoden: In dieser Studie nahmen 1.040 Proband:innen, im Alter von 45-59 Jahren, teil. Vor der klinischen Untersuchung füllten die Proband:innen einen Fragebogen (Ü45-Screening) zur Erfassung ihres Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs aus. Die Auswertung des Gesundheitszustands erfolgte mithilfe eines Ampelsystems (grün = kein Handlungsbedarf, gelb = Präventionsbedarf, rot = Rehabilitationsbedarf). Die klinische Untersuchung umfasste u.a. anthropometrische und kardiovaskuläre Messparameter sowie Laboranalysen. Anschließend wurde der Gesundheitszustand durch das ärztliche Personal ebenfalls in das Ampelsystem eingestuft, sodass die Ergebnisse gegenübergestellt werden konnten.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter der Proband:innen betrug $52,9 \pm 4,2$ Jahre, mit einem BMI von $26,9 \pm 4,9$ kg/m², wovon n = 631 (61%) männlich waren. Die Ergebnisse zeigten erhebliche Unterschiede, Ü45-Screening: grün = 733 (70%), gelb = 215 (21%), rot = 91 (9%); klinische Untersuchung: grün = 141 (14%), gelb = 717 (69%), rot = 181 (17%). Die Proband:innen haben laut dem RI-EMR folgendes Risiko in Frührente zu gehen: grün (niedrig) = 540 (52%), gelb (moderat) = 307 (30%), rot (hoch) = 193 (19%).

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines umfassenderen Ansatzes für präventive Maßnahmen, insbesondere für Personen mit erhöhtem Risiko einer vorzeitigen Berufsunfähigkeit. Der Fragebogen zeigte einen geringeren Präventions- (-48%) und Rehabilitationsbedarf (-8%) als die klinische Untersuchung. Medizinisch betrachtet scheint der Gesundheitszustand der Stichprobe kritischer, als ihn der Fragebogen abbildet. Dies sollte bei der Umsetzung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen berücksichtigt werden.

„Ü45-Check: Screening in der Hausarztpraxis“

Martin Brünger, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund: Hausärzt:innen werden als zentrale Anlaufstation für Rehabilitation und Prävention durch die Bevölkerung wahrgenommen. Allerdings wird bislang nicht systematisch auf Rehabilitations- und Präventionsleistungsbedarf gescreent, so dass ein bestehender Bedarf teils nicht frühzeitig identifiziert wird.

Ziel: Untersuchung der Wirksamkeit und Machbarkeit eines Ü45-Checks zur Identifikation von Rehabilitations- und Präventionsleistungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung.

Methoden: Es wurde eine pragmatische, randomisierte kontrollierte Studie in 26 Hausarztpraxen bei Patient:innen im Alter 45 bis 59 Jahre durchgeführt. Die Kontrollgruppe (n=695) erhielt neben usual care einen Fragebogen zu soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen. Die Interventionsgruppe (n=706) durchlief zusätzlich den Ü45-Check. Hierzu wurde im Wartezimmer das zweiseitige psychometrisch validierte „Ü45-Screening“ ausgefüllt, welches in fünf Dimensionen Rehabilitations- und Präventionsleistungsbedarf erfasst. Nach der Ad hoc-Auswertung durch das Praxispersonal war es der Arztpraxis möglich, auf Basis von vorhandenen Informationen (z.B. Diagnosen, berufliche Situation, soziale Lage) die Empfehlung zu modifizieren. Bei vorliegendem Bedarf wurden Informations- und Antragsunterlagen ausgehändigt. Das Antragsverfahren auf medizinische Rehabilitation wurde im Rahmen der Studie vereinfacht. Anträge (primärer Endpunkt) sowie Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen (sekundäre Endpunkte) wurden mithilfe von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung erfasst. Qualitativ wurden Praktikabilität, Nutzen und eine mögliche Implementierung in die Routineversorgung bei allen beteiligten Akteursgruppen erhoben.

Ergebnisse: Soziodemografische, erwerbs- und gesundheitsbezogene Merkmale waren in beiden Studiengruppen vergleichbar verteilt. In der Interventionsgruppe wurden 85 Anträge (12,0%) auf medizinische Rehabilitation oder Prävention binnen zwei Monate nach Studienteilnahme gestellt, in der Kontrollgruppe 20 Anträge (2,9%; $p < 0.001$). Ein vergleichbarer Effekt zeigte sich für die sekundären Endpunkte. Praktikabilität und Nutzen des Ü45-Checks wurden gemäß Interviews insgesamt hoch eingeschätzt, eine Implementierung in die Regelversorgung wurde ganz überwiegend befürwortet.

Schlussfolgerung: Die Implementation des Ü45-Checks in die hausärztliche Versorgung führt zu einer häufigeren Antragstellung, Bewilligung und Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Präventionsleistungen im Vergleich zur Regelversorgung. Der Ü45-Check kann Hausärzt:innen dabei unterstützen, Rehabilitations- und Präventionsleistungsbedarf bei ihren Patient:innen strukturiert zu erkennen und eine bedarfsorientierte Antragstellung einzuleiten.

„Risikoindex Erwerbsminderungsrente: Den Zugang zu Teilhabeleistungen proaktiv bahnen“

Katrin Parthier, Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Leistungszugangs ist für die Deutsche Rentenversicherung zentral, um Versicherten mit Präventions- und Rehabilitationsleistungen eine selbstbestimmte Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen und einer Erwerbsminderung möglichst frühzeitig entgegenzuwirken. Zugangsbarrieren können allerdings dazu führen, dass diese Leistungen von Versicherten zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden. So erfolgt fast jeder zweite Neuzugang in die Erwerbsminderungsrente ohne vorangegangene Rehabilitation zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Einer der Gründe dafür liegt darin, dass Rehabilitationsleistungen bei dieser Zielgruppe nicht hinreichend bekannt sind. Die Rentenversicherung will daher künftig auf Versicherte mit potenziellem Unterstützungsbedarf proaktiv zugehen, um ihnen passende Angebote zu unterbreiten.

Eine wichtige Rolle spielen dabei wissenschaftlich fundierte Instrumente zur frühzeitigen Bedarfserkennung, damit die „richtigen“ Versicherten zur „richtigen“ Zeit mit der „richtigen“ Leistung erreicht werden. Im Rahmen von Forschungsprojekten wurde dafür ein Index entwickelt, der auf der Grundlage von Routinedaten der Rentenversicherungsträger einen ersten Hinweis auf eine gefährdete Zielgruppe gibt: Mithilfe des sogenannten „Risikoindex Erwerbsminderungsrente“ können Versicherte identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Seine Anwendung als datenbasiertes Screeninginstrument wurde in Modellprojekten bereits wissenschaftlich erprobt. Versicherte mit Teilhaberrisiken können auf diesem Weg gezielt über Teilhabeleistungen informiert, zur Inanspruchnahme einer Beratung motiviert und bei Bedarf bei der Leistungsbeantragung unterstützt werden.

Der künftige Routineeinsatz des „Risikoindex Erwerbsminderungsrente“ wird aktuell im Pilotprojekt „RV Proaktiv“ mit zwölf Rentenversicherungsträgern systematisch vorbereitet, um eine Strategie des proaktiven Zugangs auf Versicherte zu unterstützen. Ausgehend vom konkreten Vorgehen im Pilotprojekt wird im Vortrag aufgezeigt, wie der Zugang zu Teilhabeleistungen der Rentenversicherung durch strategische Forschungsförderung, innovative Modell- und Pilotprojekte und systematischen Forschungs-Praxis-Transfer weiterentwickelt wird.

„Mega-Ethnographie qualitativer Meta-Synthesen zum Return to Work bei chronischen Erkrankungen“

Dr. Betje Schwarz

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

Einleitung: Um ergänzend zu quantitativen Meta-Analysen und über einzelne Erkrankungsgruppen hinaus übergreifende Erkenntnisse zur beruflichen Wiedereingliederung (Return to Work, RTW) bei chronischen Erkrankungen zu gewinnen, wurde eine Re-Analyse der Ergebnisse bestehender (erkrankungsbezogener) qualitativer Meta-Synthesen (QMS) vorgenommen. Ziel war die Erarbeitung eines generischen RTW-Modells sowie daraus resultierender Empfehlungen für die Rehabilitationspraxis.

Methoden: Grundlage bildete eine systematische Literaturrecherche in PubMed, Epistemonikos, CENTRAL und PsycARTICLES zur Identifizierung thematisch einschlägiger QMS, die zwischen 2000 und 2021 veröffentlicht wurden. Die Synthese erfolgte auf der Basis des meta-ethnographischen Ansatzes von Noblit und Hare (1988).

Ergebnisse: 19 QMS wurden in die Analyse und Synthese einbezogen. Im systematischen Vergleich und der wechselseitigen Übersetzung der einzelnen Ergebnisse konnten eine Reihe übergreifender Themen identifiziert werden, die die Grundlage für vier RTW-Prinzipien und ein generisches RTW-Modell bildeten.

Schlussfolgerungen: Der RTW ist als multifaktorieller und hochgradig interaktiver Prozess mit vielen Beteiligten anzusehen, der in eine individuelle Lebens- und Arbeitsgeschichte sowie in einen sozialen und gesellschaftlichen Kontext eingebettet ist. Er verläuft parallel zu und in Wechselwirkung mit dem Prozess der Krankheitsbewältigung und der Neuausrichtung der eigenen Identität. Neben den Symptomen und Folgen der Krankheit, den individuellen Bewältigungsstrategien und der Motivation zur Wiedereingliederung werden der Verlauf und der Erfolg der Wiedereingliederung stark von der Anpassungsfähigkeit des Arbeitsumfelds und der sozialen Unterstützung im privaten und im Arbeitsleben beeinflusst. Der RTW ist kein Problem des Einzelnen, sondern immer auch eine Angelegenheit des sozialen Gefüges und erfordert einen ganzheitlichen, personenzentrierten und systemischen Ansatz sowie eine alle Beteiligten und deren Interessen koordinierende Instanz.

„Präventionspotenziale in Deutschland: mehr Verhältnisprävention wagen?“

Prof. Dr. Andreas Seidler, Technische Universität Dresden

In den letzten sieben Jahrzehnten ist die Lebenserwartung in Deutschland erheblich – um etwa 15 Jahre – angestiegen. Auch die Zahl der in weitgehender Gesundheit verbrachten Lebensjahre ist in den letzten Jahrzehnten angestiegen. Doch die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung kein „Naturgesetz“ ist.

Hinzu kommt: Deutschland weist im europäischen Vergleich eine eher geringe Lebenserwartung (mit einem zugleich eher geringen Anstieg in den letzten Jahren) auf.

Im vorliegenden Beitrag werden die Gründe dafür diskutiert. Darauf aufbauend wird die Frage gestellt:

- Wo muss Prävention ansetzen, um einen wirkungsvollen Beitrag zu einem möglichst langen Leben in Gesundheit und sozialer Teilhabe zu leisten?
- Müssen wir prioritär die Verhaltensprävention stärken – oder sollen wir mehr Verhältnisprävention wagen?

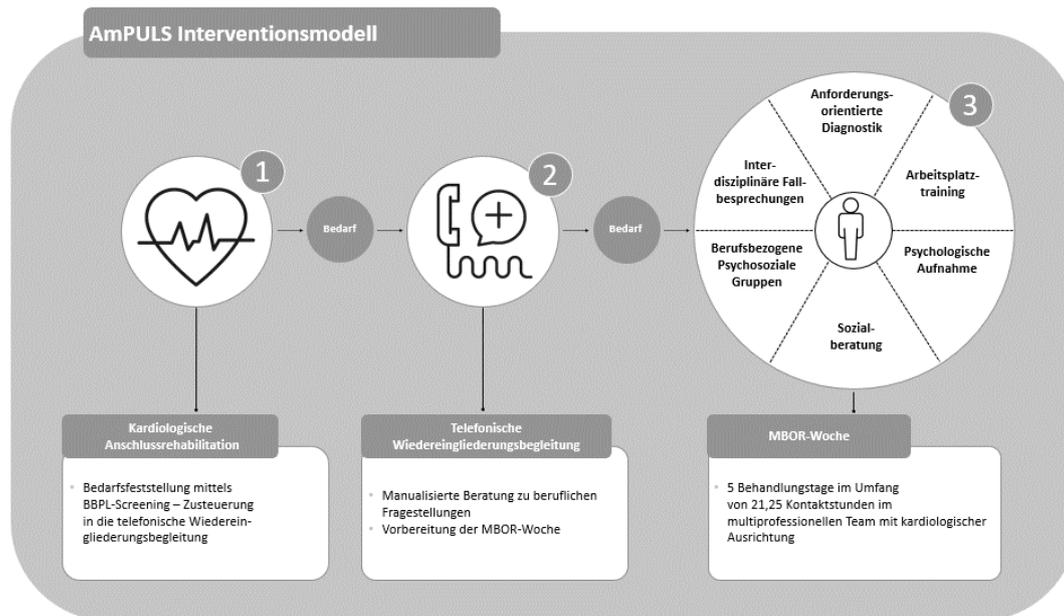
Antworten auf diese Fragen werden mit Bezug auf aktuelle Präventionsdiskurse (Gesundes-Herz-Gesetz, „BIPAM“) gesucht.

„Ist eine intensive Nachsorge die Lösung: Ergebnisse der Pilotphase AmPULS“

Annika Sternberg, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Hintergrund und Zielstellung: In der kardiologischen Anschlussrehabilitation wird der Anteil von Patienten mit hohen beruflichen Wiedereingliederungsrisiken aufgrund negativer Selbsteinschätzung der beruflichen Prognose oder Rentenantragsabsicht auf über 40 % geschätzt. Die Rate beruflicher Wiedereingliederung ist in dieser Population im Verlauf eines Jahres mit ca. 44 % erheblich vermindert. Für Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen wurde in den vergangenen Jahren das Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt, das Diskrepanzen zwischen arbeitsplatzbezogenen Anforderungen und Fähigkeiten zu verringern sucht, um berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Die Implementierung der MBOR bei kardiovaskulären Erkrankungen ist in Deutschland aufgrund der hohen Therapie- und Schulungsdichte in der kardiologischen Anschlussrehabilitation bislang nicht erfolgt. Allerdings zeigt die internationale Studienlage, dass zusätzliche arbeitsplatzbezogene Interventionen bei kardiologischen Patienten einen positiven Effekt auf die Rückkehr in Arbeit haben können. Der vorliegende Beitrag schildert erste Erfahrungen aus dem Projekt AmPULS, in dem eine Intervention zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen im Anschluss an die kardiologische Anschlussrehabilitation erprobt wurde.

Methodik: Die Teilnehmenden erhielten unmittelbar im Anschluss an die kardiologische Anschlussrehabilitation zunächst eine telefonische Wiedereingliederungsbegleitung über drei bis fünf Monate mit mindestens drei telefonischen Kontakten durch den Sozialdienst der Rehabilitationsklinik. Der Sozialdienst beriet zu beruflichen Frage- und Weichenstellungen und thematisierte wiederkehrend Gesundheitszustand, Arbeitsfähigkeit und aktuellen Stand der beruflichen Wiedereingliederung. Die telefonische Begleitung ermöglichte die Identifikation potenzieller Teilhabe- und Wiedereingliederungsbarrieren. Parallel wurden mit Hilfe eines webbasierten Selbsteinschätzungstools individuelle arbeitsbezogene Anforderungen und Fähigkeiten der Teilnehmenden erhoben und automatisiert abgeglichen. Die Informationen aus Profilvergleich und telefonischer Begleitung konnten in der anschließenden zweiten Interventionsphase, einer komprimierten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR-Woche), gezielt adressiert werden. Die komplementäre MBOR-Woche wurde nach der telefonischen Begleitung in fünf Behandlungstagen mit insgesamt 21,25 direkten Kontaktstunden umgesetzt. Diagnostische und therapeutische Inhalte orientierten sich am Konzept der MBOR und wurden durch spezifische kardiologische Angebote ergänzt (Abb. 1). Das Programm wurde von April bis Oktober 2023 in einer Pilotierungsphase erprobt.



Ergebnisse: 17 Personen nahmen an der telefonischen Begleitung und 16 Personen an der MBOR-Woche teil. Die bisherigen Rückmeldungen der Teilnehmenden zu beiden Interventionsteilen sind positiv. In der MBOR-Woche wurde den Teilnehmenden in den angewandten Testverfahren, entgegen ihrer Erwartungen, eine gute körperliche Leistungsfähigkeit attestiert. Demgegenüber waren vermehrt psychosoziale Belastungen der Teilnehmenden zu verzeichnen. Arbeitsplatzbezogene Ängste und das Vertrauen in die arbeitsplatzbezogenen körperlichen und kognitiven Fähigkeiten waren von zentraler Bedeutung für die berufliche Wiedereingliederung. Im Fokus der MBOR-Woche standen der Umgang mit Vermeidungsstrategien und die Unterstützung bei der Bewältigung psychosozialer Belastungen in Einzel- und Gruppentherapien. Aus den bisherigen Erfahrungen zeichnet sich ein hoher Bedarf an psychischer und psychosozialer Begleitung und der Erprobung unterschiedlicher Arbeitsabläufe und Arbeitsfähigkeiten ab.

Diskussion: Patienten in der kardiologischen Anschlussrehabilitation stellen eine Population mit besonderem Unterstützungsbedarf hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung und der Bewältigung erkrankungsbedingter Einschränkungen dar. Da häufig ein deutlich reduziertes Vertrauen in die eigene Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit vorliegt, sind insbesondere psychosoziale Angebote erforderlich, um eine Rückkehr in Arbeit zu unterstützen. Das Projekt AmPULS eröffnet dieser Population eine bedürfnisorientierte zweistufige Intervention bestehend aus einer telefonischen Begleitung und einer medizinisch-beruflich orientierten komprimierten Rehabilitation und schließt damit eine Lücke in der bestehenden rehabilitativen Versorgung. Die Intervention wird während der Pilotierungsphase durch eine Prä-Post-Befragung der Teilnehmenden und eine Prozessevaluation begleitet. Nach Abschluss der Pilotierung wird die Intervention im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Take-Home-Message: Das Projekt AmPULS bietet für kardiologische Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen eine spezifische, auf psychosoziale Problemlagen ausgerichtete Intervention zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung.

