

Rehab Science *Spotlight*



04/2025

Newsletter des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr)



Rückblick

13. Reha-Symposium in Lübeck

Studienvorstellung

Symptomverläufen bei Long-COVID

Cochrane Snippets

Übergangsinterventionen für
Menschen mit Schizophrenie

157. Sozialmedizinisches Kolloquium: Neue Perspektiven für junge Menschen mit chronischen Erkrankungen



Das Programm RehaJET der Pensionsversicherung Österreich richtet sich an junge Menschen (Symbolbild)

Am 10. September 2025 fand das 157. Sozialmedizinische Kolloquium in digitaler Form statt. Eingeladen hatten der vffr e. V. gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Nord, dem Medizinischen Dienst Nord sowie dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Rund 60 Teilnehmende aus Rehabilitation, Forschung, Beratung und von Sozialleistungsträgern verfolgten den Vortrag von Andrea M. Handschuh und Mag. Doreen Stöhr von der Pensionsversicherung Österreich, die in ihrem Beitrag die Möglichkeiten einer medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation für junge Menschen mit chronischen Erkrankungen vorstellten.

Ausgangspunkt des Vortrags war die Beobachtung, dass Arbeit im jungen Erwachsenenalter weit mehr ist als Erwerbstätigkeit. Arbeit strukturiert den Alltag, ermöglicht finanzielle Unabhängigkeit, prägt Identität und Selbstwirksamkeit und schafft soziale Zugehörigkeit. Gleichzeitig stehen junge Menschen mit chronischen Erkrankungen hier vor besonderen Herausforderungen. Am Beispiel der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) zeigten die Referentinnen, dass trotz therapeutischer Fortschritte eine Vielzahl physischer, psychosozialer und beruflicher Belastungen bestehen bleibt. Laut Handschuh und Stöhr erleben junge Erwachsene mit JIA häufig Schmerzen, Fatigue, funktionelle Einschränkungen und psychosoziale Belastungen, die den Übergang ins Berufsleben erschweren. Die Transition vom Jugend- ins Erwachsenenalter sei daher nicht nur eine medizinische,

sondern vor allem eine sozial- und berufsbezogene Herausforderung. Vor diesem Hintergrund stellten die Referentinnen das Heilverfahren PV RehaJET der Pensionsversicherung Österreich vor. PV RehaJET ist ein medizinisch-berufsorientiertes Rehabilitationsprogramm mit dem Ziel, die berufliche Leistungsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Es kombiniert medizinische und psychologische Elemente mit einer ausgeprägten arbeitsplatzbezogenen Ausrichtung. Zentral sei eine detaillierte Betrachtung der beruflichen Anforderungen und eine konsequente Orientierung an der realen Tätigkeit der Patientinnen und Patienten. Dies erfolgt unter anderem über eine systematische Analyse des Berufsbilds, der körperlichen und kognitiven Anforderungen sowie möglicher besonderer beruflicher Problemlagen. Anschließend wird ein gezielt auf den Arbeitsplatz abgestimmtes Therapieprogramm erstellt. Besonders anschaulich wurde dieses Vorgehen anhand des sogenannten Arbeitssimulationstrainings. Hierbei werden täglich berufstypische Bewegungs- und Handlungsabläufe möglichst realitätsnah trainiert und durch begleitende therapeutische Maßnahmen flankiert. Für die Teilnehmenden entsteht so ein sicherer Übungsraum, in dem Belastungen erprobt, Grenzen identifiziert und Lösungsstrategien entwickelt werden können. Ergänzt wird dies durch persönliche Beratung, sozialrechtliche Unterstützung und Teilhabepflicht, wodurch medizinische, psychosoziale und berufliche Aspekte eng verzahnt werden.

Dass diese zielgruppenorientierte Rehabilitation nicht nur funktionelle, sondern auch identitäts- und biografiebezogene Themen berührt, machten die Referentinnen anhand der Lebenslagen junger Erwachsener deutlich. Die Phase des Berufseinstiegs sei geprägt von Identitätsbildung, Autonomieentwicklung und der Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung. Chronische Erkrankungen können diesen Prozess erheblich verkomplizieren; die Anforderungen am Arbeitsplatz treffen auf erhöhte Vulnerabilität und Unsicherheit über den eigenen gesundheitlichen Verlauf. Die Referentinnen argumentierten daher, dass der Erfolg einer Rehabilitation nicht allein an körperlichen Parametern festgemacht werden könne, sondern auch an der Frage, ob Menschen die Erfahrung machen, ihre beruflichen Ziele mit ihren gesundheitlichen Bedürfnissen in Einklang bringen zu können. Im weiteren Verlauf rückte die Bedeutung fördernder und hindernder Faktoren in den Mittelpunkt. Förderlich seien insbesondere eine Passung zwischen beruflichen Interessen und Tätigkeiten, ein Arbeitsumfeld, das individuelle gesundheitliche Bedürfnisse berücksichtigt, sowie Offenheit für Anpassung und berufliche Umorientierung, wenn dies erforderlich ist. Demgegenüber stehen strukturelle Barrieren wie unflexible Versorgungswege, unzureichende finanzielle Unterstützung und gesellschaftliche Vorurteile gegenüber rheumatischen Erkrankungen bei jungen Menschen. Viele dieser Barrieren wirken über den medizinischen Rahmen hinaus und beeinflussen Motivation, Selbstbild und Teilhabechancen. Abschließend gaben die Referentinnen einen Ausblick auf künftige Entwicklungen. Aus ihrer Sicht beginnt ein gesunder Karriereweg bereits in der Ausbildung. Entsprechend könnten

Bildungsinstitutionen durch Sensibilisierung, Gesundheitskompetenzvermittlung und flexible Ausbildungsmodelle dazu beitragen, gesundheitliche Nachteile frühzeitig abzufedern. Perspektivisch brauche es flexible, interdisziplinäre Interventionen, die die Selbstwirksamkeit stärken und die Handlungsfähigkeit im Arbeitsleben nachhaltig fördern.

In Kürze:

- Das Programm RehaJET der österreichischen Pensionsversicherung richtet sich an junge Menschen und verbindet medizinische und berufsbezogene Rehabilitation.
- Arbeitssimulation und individuelle Beratung unterstützen dabei, berufliche Perspektiven trotz gesundheitlicher Einschränkungen realistisch zu gestalten.
- Ziel ist die nachhaltige Teilhabe im Arbeitsleben und die Stärkung der Selbstwirksamkeit.

Fazit: Der Vortrag verdeutlichte, dass es für junge Menschen mit chronischen Erkrankungen entscheidend ist, dass die Rehabilitation ihre Lebenslagen realistisch abbildet und frühzeitig Brücken in die Arbeitswelt baut. Das vorgestellte RehaJET-Verfahren zeigt zudem, wie funktionelle, psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Dimensionen wirkungsvoll miteinander verknüpft werden können und dass berufliche Teilhabe nicht nur ein Endpunkt, sondern ein integraler Bestandteil im Versorgungsprozess von chronischen Erkrankungen ist. <<

13. Reha-Symposium in Lübeck:

REHAvolution — Die Zukunft der Rehabilitation im Fokus

Das 13. Reha-Symposium am 17. November 2025 in Lübeck stand unter dem Leitmotiv „REHAvolution – Innovationen für die Zukunft der Rehabilitation“. Die Tagung brachte etwa einhundertfünfzig Expertinnen und Experten aus medizinischer und beruflicher Rehabilitation, von Sozialleistungsträgern, Universitäten und Forschungseinrichtungen digital und in Präsenz zusammen, um wegweisende Entwicklungen und Zukunftsperspektiven der rehabilitativen Versorgung zu diskutieren. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie moderne Rehabilitation gestaltet sein muss, um dem wachsenden Bedarf langfristig gerecht zu werden und Menschen mit Beeinträchtigungen bestmöglich in Bezug auf die gesellschaftliche

und berufliche Teilhabe zu unterstützen. Die Tagung zeigte, dass Rehabilitation insbesondere dann zukunftsfähig ist, wenn medizinische, psychische, soziale und präventive Perspektiven gemeinsam betrachtet werden.

Reha-Zugang stärken

Nach der Begrüßung durch Dr. Melanie Hümmelgen von der Mühlenbergklinik in Bad Malente-Gremsmühlen, Dr. Dieter Starke von der Deutschen Rentenversicherung Nord und Prof. Dr. Matthias Bethge leitete der erste Themenblock zu neuen Wegen in der Rehabilitation über. Martin Brünger vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité in

Rückblick

Berlin stellte die Wirksamkeit eines Ü45-Checks in der hausärztlichen Versorgung vor und zeigte, wie ein niedrigschwelliges Screening dabei helfen kann, Rehabilitations- und Präventionsbedarf frühzeitig sichtbar zu machen.



Dr. Melanie Hümmelgen begrüßte die Teilnehmenden als Vorstandsvorsitzende des vffr (Bildquelle: DRV Nord)

Im Anschluss präsentierte Franziska Carow von der Universität zu Lübeck das Modellprojekt „ZuKiJu“, das den Zugang zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche verbessern soll und dabei Informationsdefizite, bürokratische Barrieren und Unterstützungsbedarfe in den Mittelpunkt rückt. Ina Leauclair von der Deutschen Rentenversicherung Bund beleuchtete schließlich die Entwicklung des Fallmanagements in der Rentenversicherung und diskutierte, ob dieses Steuerungsinstrument einen kurzfristigen Trend darstellt oder tatsächlich das Potenzial besitzt, Versorgung und Antragsprozesse nachhaltig zu verändern. Der Vormittag verdeutlichte, dass Innovation in der Rehabilitation nicht allein technologische Neuerungen meint, sondern auch strukturelle und kommunikative Verbesserungen, die Betroffene frühzeitig und gezielt erreichen.

Psychische Gesundheit im Fokus

Im zweiten Themenblock stand die psychische Gesundheit im Mittelpunkt. PD Dr. Felix Hussenöder vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig stellte die Abschlussergebnisse des LIPSY-Projekts vor, das die Lebenssituation und Versorgungslage von Menschen mit psychischen Erkrankun-

gen und Bürgergeldbezug untersucht. Der Vortrag machte deutlich, wie stark sozioökonomische Herausforderungen mit gesundheitlichen Einschränkungen verwoben sein können und wie wichtig es ist, Rehabilitationsangebote so zu gestalten, dass diese vulnerable Zielgruppe tatsächlich erreicht wird. Es folgte der Beitrag von PD Dr. Karin Meng vom Zentrum für Psychische Gesundheit in Würzburg, die die Evaluation einer dualen Rehabilitation vorstellte, die auf die gleichzeitige Behandlung somatischer und psychischer Erkrankungen abzielt. Der Ansatz kombiniert medizinische und psychotherapeutische Interventionen und zeigte, wie wichtig integrierte Behandlungskonzepte sind, um nachhaltige Teilhabeeffekte zu erzielen. Den Abschluss des Themenblocks bildete PD Dr. Wolfgang Geidl vom Department für Sportwissenschaften und Sport der Universität Erlangen, der praxisorientierte Empfehlungen zur Optimierung von Bewegungstherapie vorstellte. Er betonte die Wichtigkeit, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht nur kurzfristig in Bewegung zu bringen, sondern körperliche Aktivität als Routine im Alltag zu verankern, damit Rehabilitation



Franziska Carow von der Universität zu Lübeck sprach über den Zugang zur Kinderrehabilitation (Bildquelle: DRV Nord)

langfristig wirksam bleibt.

Am Nachmittag folgte die Verleihung des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungspreises des vffr e. V., übergeben durch Dr. Nathalie Glaser-Möller. Die Auszeichnung wurde in diesem Jahr geteilt, was die Qualität beider Forschungsarbeiten unterstreicht.



Über einhundert Teilnehmende diskutierten auf dem 13. Reha-Symposium über Entwicklungen in der Rehabilitation (Bildquelle: DRV Nord)

Prämiert wurden Richard Albers für eine Studie zur Nichtunterlegenheit einer hybriden Rehabilitation bei Rückenschmerzen sowie Jessica Roder und Dr. David Fauser für eine Studie, die aufzeigt, dass eine ganzheitliche diagnostische Herangehensweise die Arbeitsfähigkeit signifikant verbessern kann. Beide Arbeiten verweisen auf zukünftige Versorgungsrealitäten, auch wenn ihre Schwerpunkte unterschiedlich sind. Die eine zeigt den Nutzen digitaler Behandlungsanteile in der Rehabilitation bei Rückenschmerzen, die andere demonstriert, wie die frühe Einbindung von Arbeitgebern und die bessere Vernetzung von Rehabilitation und Arbeitswelt dazu beitragen können, Unterstützungsbedarf rechtzeitig zu erkennen und Arbeitsfähigkeit zu sichern.

Perspektiven für die rehabilitative Versorgung

Im Programmteil zu Reha-Innovationen wurden unterschiedliche Konzepte vorgestellt, die potenziell Impulse für die Weiterentwicklung der modernen Versorgung geben können. Prof. Dr. Inga Krauß vom Institut für Sportmedizin, Leistungsmedizin, spezielle Prävention und spezielle Rehabilitation der Universität Tübingen gab Einblicke in die Förderung von Bewegungsaktivität bei Menschen mit chronischen Mehrfacherkrankungen, die zuvor körperlich inaktiv waren. Sie zeigte auf, dass nachhaltige Teilhabe nur dann möglich ist, wenn Bewegungsprogramme motivierend, alltagsnah und individuell angepasst gestaltet sind. Anschließend präsentierte Prof. Dr. Matthias Bethge vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zur verhaltensmedizinischen Behandlung von Herzangst. Der Vortrag

machte deutlich, dass rehabilitative Versorgung psychische und verhaltensbezogene Faktoren auch bei primär körperlichen Krankheitsbildern zwingend berücksichtigen muss. Den letzten Fachvortrag des Symposiums hielt Tobias Knoop vom Institut für Rehabilitationsmedizin in Halle (Saale). Sein Vortrag befasste sich mit der Frage, wie der Zugang zum Sozialdienst in der Rehabilitation gestaltet sein sollte. Deutlich wurde dabei, dass unterschiedliche Zugangswege und eine stärkere Präsenz der Sozialdienste in den Einrichtungen entscheidend dafür sind, ob Unterstützungsbedarf rechtzeitig erkannt und aufgegriffen werden kann. Damit rückte der Beitrag einen Bereich der rehabilitativen Versorgung in den Fokus, der für eine bedarfsgerechte Unterstützung weiter an Bedeutung gewinnen dürfte.

Zum Ende des Symposiums fassten Prof. Dr. Matthias Bethge und Stella Lemke die zentralen Erkenntnisse des Tages zusammen und gaben einen Ausblick auf künftige Entwicklungen. Besonders hervorgehoben wurden die wachsende Bedeutung präventiver und früher Identifikation von Risiken, die Notwendigkeit barrierefreier Zugänge zur Rehabilitation für alle Altersgruppen, die Anerkennung psychischer und sozialer Einflussfaktoren auf Gesundheit sowie der zunehmende Stellenwert digitaler und hybrider Versorgungsmodelle. Als Kernaussage blieb, dass Rehabilitation künftig ganzheitlich, lebensbegleitend und interdisziplinär gedacht werden muss, um die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen langfristig zu sichern. <<

Ergebnisse aus der US-amerikanischen RECOVER-Kohorte zu Symptomverläufen bei Long COVID

Die langfristigen Verläufe von Symptomen nach einer SARS-CoV-2-Infektion sind bisher nur unzureichend beschrieben, obwohl sie für Versorgung und Forschung von großer Bedeutung sind. In der prospektiven RECOVER-Adult-Kohortenstudie wurde in der US-amerikanischen Bevölkerung untersucht, wie sich Symptome bei Erwachsenen in den ersten 15 Monaten nach einer Infektion entwickeln. Insgesamt nahmen 3.659 Erwachsene an der Studie teil, davon 69 Prozent Frauen. Nahezu alle Infektionen traten in der Omikron-Phase auf und etwa 98 Prozent der Teilnehmenden waren nicht hospitalisiert.

Die Befragungen fanden nach drei, sechs, neun, zwölf und fünfzehn Monaten statt. Als Messinstrument wurde der Long COVID Research Index (LCRI) verwendet, der elf Symptome mit unterschiedlichen Gewichtungen zu einem Gesamtwert zwischen null und dreißig zusammenführt. Ab einem LCRI-Wert von elf Punkten galt eine Long-COVID-Problematik als wahrscheinlich.

Auf Grundlage der erhobenen Daten wurden acht verschiedene Verlaufsprofile identifiziert. Fünf Prozent der Teilnehmenden litten über den gesamten Zeitraum unter einer anhaltend hohen Symptomlast (Profil A: „persistent, high symptom burden“). Zwölf Prozent berichteten über wechselhafte Beschwerden mit deutlichen Schwankungen und einen LCRI um die 9 Punkte (Profil B: „intermittently high symptom burden“). Zehn Prozent wiesen zu Beginn eine moderate Symptomlast auf, die sich im Verlauf kontinuierlich verringerte (Profil C: „improving, moderate symptom burden“). Neun Prozent zeigten bereits nach drei Monaten eine vergleichsweise geringe Belastung, die bis zum sechsten Monat meist vollständig abklang (Profil D: „improving, low symptom burden“). Acht Prozent entwickelten im Zeitverlauf eine zunehmend stärkere Symptomlast, obwohl sie zunächst noch im moderaten Bereich lagen (Profil E: „worsening, moderate symptom burden“). Sechs Prozent blieben zwischen dem dritten und zwölften Monat nahezu beschwerdefrei, zeigten jedoch zum fünfzehnten Monat einen deutlichen Anstieg der Belastung, unter anderem aufgrund vermehrter postexertionaler Malaise (Profil F: „delayed worsening symptom burden“). Dreizehn Prozent wiesen überwiegend eine niedrige Symptomlast auf, gelegentliche Anstiege zwischen dem dritten und fünfzehnten Monat erreichten in der Regel nicht den Long-COVID-Schwellenwert (Profil G: „consistent, low symptom burden“). Die größte Gruppe umfasste 36 Prozent der Teilnehmenden, die zu keinem Zeitpunkt die Krite-

rien für Long COVID erfüllten und während des gesamten Beobachtungszeitraums weitgehend symptomfrei blieben (Profil H: „consistent, minimal to no symptom burden“). Teilnehmende mit dauerhaft hoher Symptomlast (Profil A) waren häufiger weiblich und waren während der akuten Infektion etwas öfter hospitalisiert als Personen, die im gesamten Verlauf nahezu symptomfrei blieben (Profil H).

Von den 377 Personen, die nach drei Monaten die Kriterien für Long COVID erfüllten, gehörten 46 Prozent zur Gruppe mit dauerhaft hoher Symptomlast (Profil A), 35 Prozent zur Gruppe mit intermittierend hoher Belastung (Profil B) und 18 Prozent zur Gruppe mit moderater, sich im Verlauf bessernder Symptomatik (Profil C). Nur 1 Prozent entfiel auf die Gruppe mit geringer, sich rasch bessernder Belastung (Profil D). In den übrigen Profilen war keine Person vertreten.

Zu den Stärken der Studie zählen die große Teilnehmendenzahl, das prospektive Design, die systematische Symptomerfassung sowie die regelmäßigen Follow-up-Erhebungen. Einschränkungen bestehen darin, dass ausschließlich subjektive Angaben zu Symptomen erfasst wurden und keine biologischen Marker vorliegen.

Der Beobachtungszeitraum von fünfzehn Monaten erlaubt zudem noch keine Einschätzung sehr langfristiger Entwicklungen. Da nahezu alle Infektionen in der Omikron-Welle stattfanden, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse zudem auf frühere Virusvarianten begrenzt.

Die Studie verdeutlicht, dass Long COVID kein einheitliches Krankheitsbild darstellt. Die Verläufe reichen von vollständiger Remission über anhaltende Symptome bis hin zu einem später einsetzenden Beschwerdebeginn.

Es liegt daher nahe, therapeutische und rehabilitative Angebote stärker an individuellen Verlaufsformen auszurichten, statt ein einheitliches Behandlungskonzept anzunehmen. <<



► Zur Studie

Quelle: Thaweethai T. et al. Long COVID trajectories in the prospectively followed RECOVER Adult US cohort. *Nat Commun.* 2025;16:9557. doi:10.1038/s41467-025-65239-4

Reha vor Pflege:

Warum geriatrische Rehabilitation an Bedeutung gewinnt

Geriatrische Rehabilitation rückt zunehmend in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten, weil sie ein erhebliches Potenzial zur Entlastung der Pflegeversicherung besitzt. Frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen können Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter nicht nur hinauszögern, sondern in vielen Fällen verhindern. Darauf weist der Bundesverband Geriatrie hin und betont, dass Reha nach einem Akutereignis oder bei chronischen Erkrankungen nicht als nachgelagerte Zusatzleistung betrachtet werden sollte, sondern als zentrale Chance zur Stabilisierung und Wiederherstellung von Selbstständigkeit.

Obwohl dieser Zusammenhang seit Langem bekannt ist und der gesetzliche Grundsatz „Reha vor Pflege“ bereits 1989 im Sozialgesetzbuch verankert wurde, wird das Potenzial der geriatrischen Rehabilitation in der Versorgungspraxis bisher nicht konsequent genutzt. Ein wesentlicher Grund liegt in der Struktur der Sozialversicherungssysteme. Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Krankenkassen finanziert, während der ökonomische Nutzen, etwa eine vermiedene Pflegebedürftigkeit, primär in der Pflegeversicherung sichtbar wird. Dadurch fehlen Anreize, Reha flächendeckend präventiv und frühzeitig einzusetzen.

Aktuelle Daten unterstreichen die Dringlichkeit des Themas. Der Barmer Pflegereport 2025 zeigt, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland seit 2017 nahezu verdoppelt hat und aktuell bei 5,7 Millionen Personen liegt. Besonders deutlich ist der Anstieg beim Pflegegrad 1, wobei gerade in diesem Stadium rehabilitative Interventionen besonders wirkungsvoll sein dürften. Ohne passende Unterstützungsangebote steigt jedoch das Risiko, dass altersbedingte Einschränkungen fortschreiten und den Pflegenotstand weiter verschärfen.

Geriatrische Rehabilitation könnte hier an mehreren Stellen ansetzen. Sie stärkt Mobilität und Alltagskompetenzen, stabilisiert körperliche und psychische Gesundheit und unterstützt ältere Menschen darin, so lange wie möglich ein selbstständiges Leben zu führen. Gleichzeitig reduziert sie Folgekosten, weil wiederholte Krankenhausaufenthalte, akute Verschlechterungen oder frühzeitige Pflegebedürftigkeit verhindert oder deutlich verzögert werden können. Diese Wirkung wird jedoch nach Einschätzung des Bundesverbands Geriatrie bislang unterschätzt. <<

SGB VI-Anpassungsgesetz beschlossen

Am 6. November 2025 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf „zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ (SGB-VI-Anpassungsgesetz - SGB VI-AnpG) in der vom Ausschuss für Arbeit und Soziales geänderten Fassung (Drucksache 21/2634) beschlossen.

Ziel ist vor allem, Brüche im Rehabilitationsprozess der Rentenversicherung (DRV) zu verringern, Verwaltungsabläufe zu modernisieren und den Fachkräftemangel durch Förderung der Anerkennung ausländischer Qualifikationen zu mindern. Seit Langem wird auf Defizite an Schnittstellen im Reha-Ablauf hingewiesen, die durch unzureichende Abstimmungen zwischen Trägern und Leistungserbringern entstehen. Daher soll mit § 13a SGB VI ein rechtskreisübergreifendes Fallmanagement ermöglicht werden, das Versicherte mit komplexen Bedarfen bei der beruflichen Wiedereingliederung begleitet. Der Entwurf betont zudem die Notwendigkeit einer leistungsfähigen Sozialverwaltung. Durch digitale Transformation, Bürokratieabbau und Rechtsvereinfachung mittels eines neuen § 67c Abs. 3 SGB X zur datenschutzkonformen Nutzung von KI, sollen Verfahren effizienter ausgestaltet werden. Vorgesehen sind vereinfachte Feststellungsverfahren für Altersrenten, die Bereinigung veralteter Vorschriften und verschlankte Antragsprozesse.

Im August 2025 bat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Länder und Verbände um Stellungnahmen zum Referentenentwurf. Reha-Organisationen fokussierten sich auf das geplante Fallmanagement. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und BAG Selbsthilfe unterstützen ein rechtskreisübergreifendes Fallmanagement, sehen jedoch ein allein von der DRV entwickeltes Konzept als unzureichend und plädieren für eine stärkere Verankerung im SGB IX. Beide heben hervor, dass Brüche im Reha-Verfahren auch außerhalb der Rentenversicherung auftreten. Die BAG befürwortet zudem den KI-Einsatz, fordert jedoch eine sichere Dateninfrastruktur. Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation unterstützt zentrale Elemente, kritisiert jedoch die Beschränkung auf rentenversicherungsrechtlich Berechtigte und erwartet eine Ausweitung auf weitere Sozialgesetzbücher. Die DRV Bund bestätigt häufige Prozessbrüche und bewertet das Fallmanagement positiv. Die AG Medizinische Rehabilitation bewertet die Budgetdeckelung der DRV in Anbetracht des demographischen Wandels als kontraproduktiv und fordert daher, die Sanktionierung von Budgetüberschreitungen abzuschaffen und die Demografiekomponente aufzuheben. <<

Übergangsinterventionen für Menschen mit Schizophrenie



Schizophrenie ist durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen und erhebliche Beeinträchtigungen gekennzeichnet (Symbolbild).

Schizophrenie ist eine chronische psychische Erkrankung, die durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen sowie erhebliche funktionelle und soziale Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist. Die Lebenszeitprävalenz liegt zwischen 0,2 % und 1,8 %. Der Übergang vom Krankenhaus in das poststationäre ambulante Setting kann für Menschen mit Schizophrenie schwierig sein.

Um diesen Übergang zu unterstützen, wurden sogenannte transitionale oder überleitende Interventionen entwickelt und erprobt. Derartige Interventionen begleiten die Betroffenen vom Zeitpunkt vor der Entlassung bis in die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt (z. B. in der Gemeinde oder zu Hause). Der Schwerpunkt liegt auf dem Aufbau und der Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen. Diese Beziehungen umfassen nicht nur die Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch die Beziehungen zu anderen Fachkräften, Familienangehörigen und Peers. Typische Maßnahmen sind unter anderem:

- Unterstützung beim Zugang zu Wohnraum,
- Kommunikation und Koordination zwischen Fachkräften, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen,
- Entlassungsvorbereitungssitzungen,
- Familiensitzungen,
- vorbereitende Besuche im zukünftigen Wohnumfeld,
- kognitive Verhaltenstherapiesitzungen,

- telefonische und persönliche Unterstützungsangebote,
- sowie Gruppenangebote mit Schwerpunkten auf Freizeitgestaltung, Medikation, Einkaufen, Kochen und finanzieller Selbstständigkeit.

Ziel einer Übersichtsarbeit von Rodriguez et al. war es, die Effekte von Übergangsinterventionen für Menschen mit Schizophrenie zusammenzufassen und zu bewerten.

Die Literaturrecherche erfolgte im Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials. Dieses Register umfasst Studien aus verschiedenen elektronischen Datenbanken (u. a. CENTRAL und MEDLINE). Berücksichtigt wurde Literatur bis Dezember 2022. In die Analyse aufgenommen wurden Publikationen, die Übergangsinterventionen für Personen mit Schizophrenie untersuchten, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Als Vergleich diente die Standardversorgung.

Endpunkte umfassten unter anderem den Gesamtzustand (Rückfall), die Inanspruchnahme von Leistungen (Krankenhausaufenthalt), die allgemeine Funktionsfähigkeit, die Zufriedenheit mit der Versorgung, die Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse. Es wurden 12 randomisierte kontrollierte Studien mit 1748 teilnehmenden Personen eingeschlossen. Alle Studien hatten ein hohes Risiko verzerrter Ergebnisse. Keine der Studien bewertete den allgemeinen Zustand (Rückfall) oder berichtete Daten zu unerwünschten Ereignissen bzw. Nebenwirkungen.



► Zum Review

Übergangsinterventionen beeinflussten die Krankenhausaufenthalte im Nacherhebungszeitraum (3-8 Monate) nicht oder nur geringfügig (RR = 1,18, 95 %-KI: 0,55–2,50, 4 Vergleiche, 462 teilnehmende Personen, sehr geringe Sicherheit der Evidenz), allerdings können sie möglicherweise das Funktionsniveau nach der Entlassung klinisch relevant erhöhen (SMD = 0,95, 95 %-KI: –0,06 bis 1,97, 4 Vergleiche, 437 teilnehmende Personen, sehr geringe Sicherheit der Evidenz) und den Anteil der Personen steigern, die

mit der Behandlung zufrieden waren (RR = 1,96, 95 %-KI 1,37 bis 2,80, 1 Studie, 76 teilnehmende Personen, sehr geringe Sicherheit der Evidenz). Im Vergleich zur üblichen Behandlung erreichten Übergangsinterventionen einen geringen bis keinen Vorteil bezüglich der Lebensqualität (SMD = 0,24, 95 %-KI: –0,30 bis 0,78, 4 Studien, 748 teilnehmende Personen, sehr geringe Sicherheit der Evidenz). <<

Quelle: Roson Rodriguez et al. *Transitional discharge interventions for people with schizophrenia*. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 8. Art. No.: CD009788. DOI: 10.1002/14651858.CD009788.pub3.

Gesundheitsversorgung für ältere Menschen in Altenpflegeeinrichtungen

Aufgrund der zu erwartenden rasanten Alterung der Weltbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten wird der Bedarf an Langzeitpflege weltweit deutlich zunehmen. Die Weltgesundheitsorganisation hat daher die Entwicklung effizienter Modelle für die Pflege älterer Menschen als ein zentrales Ziel ihres Handelns formuliert. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind oft gebrechlich und leiden an mehreren chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes oder Herzkrankheiten), die eine regelmäßige Überwachung und Behandlung erfordern. Im Falle von behandlungsbedürftigen Gesundheitsproblemen – z. B. aufgrund von Verletzungen, akuten Infektionen oder Verschlechterungen von Grunderkrankungen – werden Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bislang häufig ins Krankenhaus gebracht, obwohl die Behandlung teilweise auch in der Einrichtung erfolgen könnte. Vorliegende Studien weisen darauf hin, dass Komplikationen, die mit Grunderkrankungen zusammenhängen, durch frühzeitige Risikoerkennung und angemessenes Management verhindert werden könnten. Eine Zusammenfassung verfügbarer Forschungsergebnisse zeigte, dass je nach Studie 4 % bis 55 % aller beobachteten Überweisungen aus Pflegeheimen in Notaufnahmen durch die Autorinnen und Autoren der Originalstudien als unnötig eingestuft wurden und dass unnötige Krankenhauseinweisungen mit einer hohen Sterblichkeit assoziiert waren.

Ziel einer Übersichtsarbeit von Putrik et al. war es, die Wirksamkeit und Sicherheit alternativer Modelle zur Bereitstellung primärer oder sekundärer Gesundheitsversorgung für Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen zu bewerten. Die Literaturrecherche wurde in acht Datenbanken und zwei Studienregistern

durchgeführt und berücksichtigte Literatur bis Oktober 2022. Eingeschlossen wurden Publikationen, die sich mit alternativen Pflegemodellen oder der Koordination von Versorgungsleistungen befassten. Mögliche Modelle waren u. a. die klinische Versorgung vor Ort durch Krankenhauspersonal (In-reach-Modelle), pflegegeleitete Versorgung in Pflegeeinrichtungen, z. B. durch Advanced Practice Nurses, oder hausärztliche Leistungen innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Als Vergleich dienten die übliche Pflege oder ein anderes Pflegemodell. Als primäre Endpunkte wurden Aufenthalte in der Notaufnahme, ungeplante Krankenhauseinweisungen und unerwünschte Ereignisse (dazu zählten Infektionen, Stürze und Druckgeschwüre) geprüft. Sekundäre Zielkriterien umfassten die Einhaltung der pflegerischen Empfehlungen gemäß klinischen Leitlinien, die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, Sterblichkeit, Ressourcennutzung, Zugang zu primären oder spezialisierten Gesundheitsdiensten, Krankenhauseinweisungen, Dauer des Krankenhausaufenthaltes, Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner und der Angehörigen mit der Gesundheitsversorgung, arbeitsbezogene Zufriedenheit und arbeitsbedingter Stress des Personals in Altenpflegeeinrichtungen. Es wurden 40 randomisierte kontrollierte Studien mit 21787 teilnehmenden Personen eingeschlossen.

Im Vergleich zur Standardversorgung führten alternative Versorgungsmodelle nur zu geringen oder keinen Unterschieden im Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit mindestens einem Besuch in der Notaufnahme (RR = 1,01, 95 %-KI: 0,84 bis 1,20, 7 Vergleiche, 1276 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz).

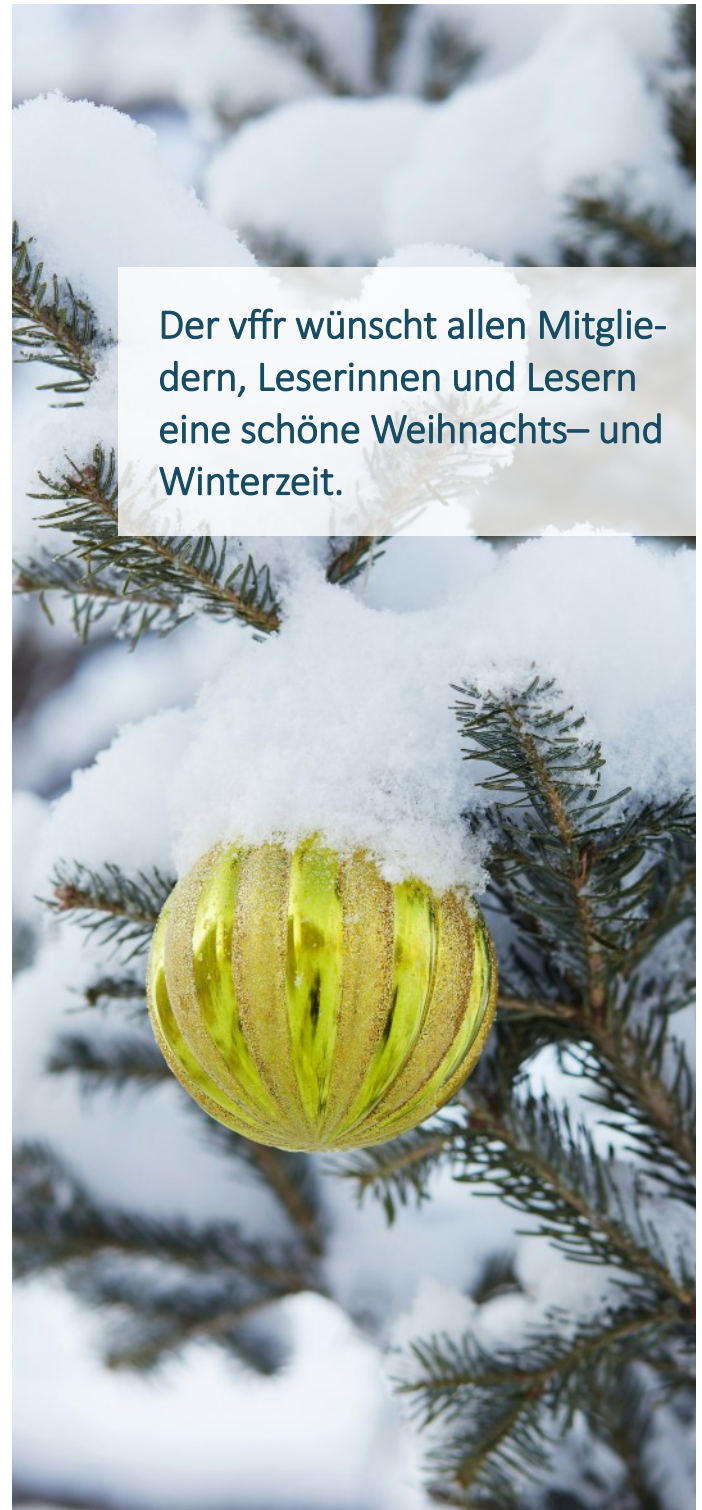


► Zum Review

Alternative Versorgungsmodelle konnten jedoch den Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit mindestens einer ungeplanten Krankenhausaufnahme verringern (RR = 0,74, 95 %-KI: 0,56 bis 0,99, 8 Vergleiche, 1263 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz). Die Autorinnen

und Autoren waren sich unsicher über die Wirkung alternativer Versorgungsmodelle auf unerwünschte Ereignisse (z. B. Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Sturz, RR = 1,15, 95 %-KI: 0,83 bis 1,60, 3 Vergleiche, 1061 teilnehmende Personen, sehr geringe Sicherheit der Evidenz) und auf die Einhaltung leitliniengerechter Versorgung (z. B. Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die eine angemessene Behandlung mit Antidepressiva erhalten, RR = 5,29, 95 %-KI: 1,08 bis 26,00, 1 Studie, 65 Teilnehmende, sehr geringe Sicherheit der Evidenz). Im Vergleich zur üblichen Versorgung hatten alternative Versorgungsmodelle nur geringe oder keine Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen (Mittlere Differenz, MD = -0,016, 95 %-KI: -0,036 bis 0,004, 12 Vergleiche, 4016 teilnehmende Personen, niedrige Sicherheit der Evidenz) und wahrscheinlich ebenfalls nur geringe oder keine Auswirkungen auf die Sterblichkeit in Pflegeeinrichtungen (RR = 1,03, 95 %-KI: 0,92 bis 1,16, 24 Vergleiche, 3881 teilnehmende Personen, moderate Sicherheit der Evidenz). Die Kosten-Effektivität alternativer Versorgungsmodelle konnte aufgrund unzureichender Daten nicht beurteilt werden. <<

Quelle: Putrik et al. Models for delivery and co-ordination of primary or secondary health care (or both) to older adults living in aged care facilities. Cochrane Database Syst Rev 2024, Issue 3. Art. No.: CD013880. DOI: 10.1002/14651858.CD013880.pub2



Der vffr wünscht allen Mitgliedern, Leserinnen und Lesern eine schöne Weihnachts- und Winterzeit.

Impressum

Herausgegeben von: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr), Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck, Telefon: +49 451 485-10090; Vereinsregister Amtsgericht Lübeck Nr. VR 2007; Vorstand: Dr. Melanie Hümmelgen. Redaktion: Prof. Dr. Matthias Bethge (V.i.S.d.P.). Verantwortliche Stelle im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für den Versand des Newsletters ist der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr). Weitere Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu Ihren Rechten, finden Sie unter: www.reha-vffr.de.