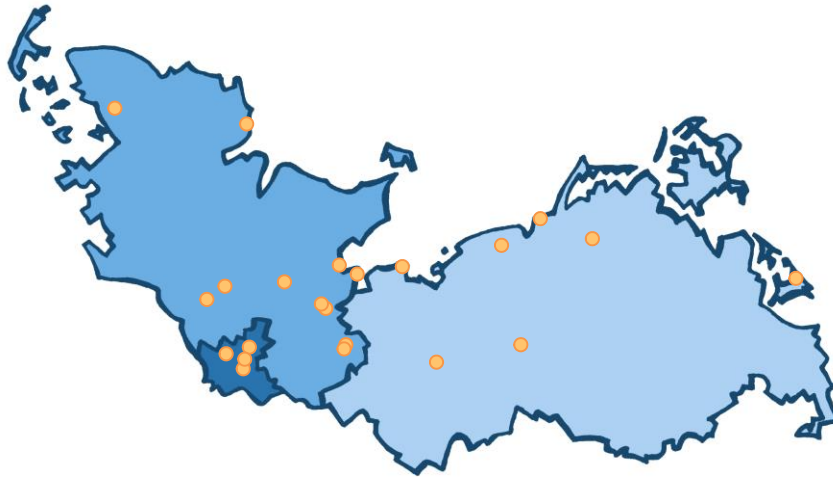




Rehab Science Spotlight

01/2021



Vorwort

Sehr geehrte Mitglieder,

Wir freuen uns, Ihnen den ersten Newsletter des Jahres 2021 vorstellen zu dürfen. In dieser Ausgabe finden Sie einen interessanten Bericht über eine Fachtagung der DEGEMED zur Post-COVID-Rehabilitation. Wir stellen Ihnen die aktuelle Ausgabe des Inklusionsbarometers vor, das jährlich den Fortschritt der Inklusion schwerbehinderter Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt misst. Die diesjährige Ausgabe des Inklusionsbarometers thematisiert erstmalig auch die Herausforderungen der Inklusion im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Wir haben Ihnen zudem die Ergebnisse der Studie von Huang und Kollegen zu Langzeitfolgen von COVID-19 zusammengefasst. Außerdem stellt sich Annika Sternberg, als Nachfolgerin von Frau Markus, im wissenschaftlichen Sekretariat vor.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!

Michael Stark
Vorstandsvorsitzender

Matthias Bethge
wissenschaftliches Sekretariat

Annika Sternberg
wissenschaftliches Sekretariat

Inhalt

Neubesetzung des wissenschaftlichen Sekretariats.....	2
Bericht von der DEGEMED Fachtagung „Post-COVID-Reha - Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation.....	2
Vorstellung des Inklusionsbarometers Arbeit 2020.....	4
Vorstellung der Studie Langzeitfolgen von COVID-19.....	6
Ausblick: Termine.....	7

Neubesetzung des wissenschaftlichen Sekretariats

Sehr geehrte Mitglieder,

ich freue mich sehr, mich Ihnen als neue Ansprechpartnerin für das wissenschaftliche Sekretariat des vffr vorstellen zu dürfen. Ein ganz herzlicher Dank geht an Frau Markus für ihr Engagement in den vergangenen Jahren!



Ich heiße Annika Sternberg und bin seit September 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Herrn Prof. Bethge in der Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Nach meinem Masterstudium Prävention und Gesundheitsförderung an der Europa-Universität Flensburg war ich zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem kommunalen Gesundheitsförderungsprojekt in Flensburg tätig. Anschließend ging es für mich so weit in den Süden, wie nie zuvor, nach Lübeck. In der Sektion Rehabilitation und Arbeit habe ich in den letzten vier Jahren in einer Kohortenstudie zu individuellen Verläufen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere Erfahrungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation sammeln können. Ich freue mich auf neue Erfahrungen und Aufgaben im Rahmen meiner Tätigkeit im wissenschaftlichen Sekretariat des vffr und wünsche uns gemeinsam eine ereignisreiche und interessante Zeit.

Bericht: DEGEMED Fachtagung „Post-COVID-Reha - Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation“ am 10.02.2021

Im Rahmen der DEGEMED Webinar-Reihe fand am 10. Februar 2021 die Online-Fachtagung „**Post-Covid-Reha - Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation**“ statt.

Lea Remus, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Rehabilitation und Arbeit, berichtet von der Veranstaltung.

Herr Helmut Schröder (Wissenschaftliches Institut der AOK, WIdO) begann mit einem Bericht über die **Gesundheit der bei der AOK versicherten Beschäftigten in COVID-19-Zeiten**. Er stellte hier zuerst die Sicht der Betroffenen vor und fasste anhand der Studie von Huang et al. (2021) von Patient*innen an Mediziner*innen berichtete Beschwerden zusammen. Anschließend berichtete er über eigene Analysen. Anhand anonymisierter Leistungsdaten (u. a. zu Krankenhausaufenthalten, Arzneimittelverordnungen und Arbeitsunfähigkeitsfällen) konnte u. a. festgestellt werden, dass Beschäftigte mit einem schweren, stationären COVID-19-Verlauf nach „Genesung“ häufiger im Betrieb fehlten, als Beschäftigte mit einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer SARS-CoV-2-Infektion ohne Krankenhausaufenthalt.

Herr Konrad Schultz (Klinik Bad Reichenhall) berichtete im Anschluss **zur pneumologischen Post-COVID-Rehabilitation in der Klinik Bad Reichenhall**. Die ersten eigenen Kurzeitergebnisse der Studie (n = 108) beleuchten die Frage, ob sich die Werte in den Dimensionen Atemprobleme, Fatigue, Depression, Lebensqualität, körperliche Leistungsfähigkeit und Lungenfunktionsmesswerte durch die Inanspruchnahme der pneumologischen Rehabilitation verbesserten. In allen Bereichen konnten signifikante Verbesserungen im Vergleich bei Eintritt und nach Abschluss der Rehabilitation beobachtet werden.

Sein erstes Fazit ist, dass **Patient*innen unabhängig eines vorherigen Krankenhausaufenthaltes deutlich von der Post-COVID-Rehabilitation profitieren**. Die Verweildauer der Patient*innen lag in der pneumologischen Post-COVID-Rehabilitation mit 28 (beantragten und durchgeführten) Tagen über den regelhaften 21 Tagen.

Herr Thomas Platz (BDH Klinik Greifswald) gab eine Übersicht zu den fachgesellschafts-übergreifenden **Leitlinien-Empfehlungen zur Rehabilitation bei COVID-19**. Meta-Analysen zeigen, dass zahlreiche Patient*innen nach einer SARS-CoV-2-Infektion an langanhaltenden und alltagsrelevanten Symptomen leiden. Dies erfordert multidisziplinäre rehabilitative Ansätze für Betroffene. Es sei notwendig, schon in der Akutversorgung der Patient*innen rehabilitative Maßnahmen anzudenken. Die Leitlinien-Empfehlungen wurden unter dem Zusammenschluss verschiedenster Fachgesellschaften in mehrmonatiger Entwicklung verfasst. Die **S2k-Leitlinie SARS-CoV-2-, COVID-19 und (Früh)-Rehabilitation** umfasst folgende Kapitel: 1. Infektionsschutz in der Rehabilitation während der COVID-19-Pandemie, 2. Empfehlungen im Überblick / Kernaussagen, 3. Hintergrundwissen zu Infektion mit SARS-CoV-2, Infektionsschutz und Hygienemaßnahme, 4. Konkrete Empfehlungen für die Rehabilitation während der COVID-19-Pandemie und 5. Rehabilitationsbehandlung bei COVID-19 (Version: 01.11.2020) und kann hier heruntergeladen werden: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-008.html>.

Über die **Effizienz der pneumologischen Post-COVID-Rehabilitation** berichtete auch Frau Dr. Jördis Frommhold mithilfe von Daten aus der **Median Klinik Heiligendamm**. Hier wurden zu Beginn und zum Ende der Reha die Werte der Sauerstoffsättigung, Vitalkapazität, Diffusionskapazität, 6-Minuten-Gehtest und psychosomatische Scores (zu Depression, Angst, posttraumatischer Belastung) verglichen. Unterschieden wurden Patient*innen der Gruppe 1 („echte Genesene“, benötigen keine Rehabilitation, daher nicht Bestandteil der Untersuchung), Gruppe 2 („spät Genesene“, schwerer bis lebensbedrohlicher Verlauf, Post-COVID-Symptome vorhanden) und Gruppe 3 („kranke Genesene“, leicht bis mittelschwerer Verlauf, zunächst wenig Post-COVID-Symptome, aber mit einer Latenz von ein bis drei Monaten doch typische Symptome in unterschiedlicher Schwere). Bei Patient*innen der Gruppe 2 wurde eingeschätzt, dass trotz einer langen Rekonvaleszenzzeit eine private und berufliche Wiedereingliederung nach Inanspruchnahme der Rehabilitation möglich ist. Bei Patient*innen der Gruppe 3 ist der langfristige Erfolg der Rehabilitation noch nicht beurteilbar. Im Rahmen der durch die Deutsche Rentenversicherung Bund geförderten **Multicenterstudie „Re_Co - Medizinische Rehabilitation nach Corona-Infektion“** soll in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck und weiteren Rehabilitationskliniken thematisch an der Long-COVID-Studie aus Wuhan (Huang et al., 2021) angeschlossen werden. In dieser Studie werden Personen der Gruppe 2 und 3 eingeschlossen.

Zum Abschluss der Veranstaltung berichtete Herr Berger von der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern davon, dass auch **während der Corona-Pandemie Anschlussheilbehandlungen und weitere Rehabilitationsleistungen durchgeführt** würden, teilweise jedoch mit langen Wartezeiten.

Bericht: DEGEMED Fachtagung „Post-COVID-Reha – Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation“ am 10.02.2021

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern wird aktuell kein akuter Handlungsbedarf hinsichtlich der zielgenauen Ausgestaltung von Rehabilitations- und Nachsorgemaßnahmen in Bezug auf Post-COVID-Patient*innen gesehen. Die bisherigen Erfahrungen lassen vermuten, dass die Bekanntmachung und einhergehend die Beantragung von Rehabilitations- und Nachsorgeleistungen für Post-COVID-Patient*innen gesteigert werden kann.

Huang, C. et al. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*, 397 (10270), 220-232. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

Vorstellung: Das Inklusionsbarometer Arbeit

Ein Instrument zur Messung von Fortschritten bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung auf dem deutschen Arbeitsmarkt, 8. Jahrgang (2020)

Das **Handelsblatt Research Institute** erstellt seit 2013 jährlich in Kooperation mit der **Aktion Mensch** das **Inklusionsbarometer Arbeit**. Das Inklusionsbarometer gibt Auskunft über den **aktuellen Grad der Inklusion von Menschen mit Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt** und vergleicht diesen mit den Werten der Vorjahre. Außerdem werden regionale Unterschiede beschrieben. Grundlage des Barometers bilden Daten zu Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung.

Die Datengrundlage bilden aktuelle Statistiken der Bundesagentur für Arbeit und der Integrationsämter. Zu den zehn Indikatoren gehören sowohl Zahlen zur Darstellung der Situation von Menschen mit einer Schwerbehinderung auf dem Arbeitsmarkt (u. a. Beschäftigungsquote, Zahl der Arbeitslosen) als auch die relative Position schwerbehinderter Menschen im Vergleich zu nicht behinderten Menschen (u. a. Arbeitslosenquote Schwerbehinderter in Prozent der allgemeinen Arbeitslosenquote) und die Rolle der Arbeitgeber bei der Inklusion (u. a. Anteil der Arbeitgeber, die mindestens einen Pflichtarbeitsplatz besetzen).

Jeder Indikator wird berechnet, indem der aktuelle Wert in Beziehung zu einem Fünf-Jahres-Durchschnittswert gesetzt wird (2006-2010). Die aktuellen Werte im Bericht 2020 sind Statistiken der Berichtsjahre 2018 bzw. 2019 entnommen. Ein Wert **> 100** zeigt eine **Verbesserung** des Ausmaßes der Inklusion schwerbehinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt im Vergleich zum Fünf-Jahres-Zeitraum an, ein Wert **< 100** eine **Verschlechterung**.

Unter dem Einbezug aller Indikatoren mit gleicher Gewichtung liegt der **aktuelle Gesamtwert des Inklusionsbarometers** 2020 bei **107,6** (2019: 107,7). Es ist also insgesamt eine leichte Verbesserung der Situation schwerbehinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt zu erkennen.

Bei der Betrachtung der einzelnen Indikatoren haben sich im Vergleich zu den Indikatoren aus dem Bericht 2019 fünf Indikatoren für schwerbehinderte Menschen im Jahr 2020 verbessert und fünf Indikatoren verschlechtert. Der Indikator **Anzahl arbeitsloser Schwer-behinderter** hat sich von 109,8 auf 111,0 **verbessert**. Diese Verbesserung bildet eine Reduktion der Arbeitslosenzahlen von 173.722 Personen im Fünf-Jahres-Durchschnitt auf 154.696 Personen im Jahr 2019 ab.

Auch der Indikator **Arbeitslosenquote Schwerbehinderung** hat sich von 124,8 auf 126,8 **verbessert**, da die Arbeitslosenquote von 14,9 % im Fünf-Jahres-Durchschnitt auf 10,9 % im Jahr 2019 sank. Nicht nur die Arbeitslosenquote schwerbehinderter Menschen sank im Jahr 2019, sondern auch die allgemeine Arbeitslosenquote. Gleichzeitig erhöhte sich der Abstand zwischen den beiden Arbeitslosenquoten erneut. Entsprechend sank der Indikator Arbeitslosenquote der Schwerbehinderten in Prozent der allgemeinen Arbeitslosenquote in diesem Jahr auf einen neuen Tiefstand von 82,3. Dieser Wert < 100 drückt die Verschlechterung der Situation Schwerbehinderter in diesem Indikator aus und zeigt klar, dass **Menschen mit Behinderungen im Jahr 2019 nicht im selben Umfang von der guten wirtschaftlichen Lage profitierten** wie Menschen ohne Behinderungen.

Auch der Indikator für **Anträge auf Kündigung Schwerbehinderter** verschlechterte sich. Ein möglicher Grund könnten vermehrte Entlassungen aufgrund der sich abzeichnenden konjunkturellen Verschlechterung im Laufe des Jahres 2019 sein. **Menschen mit Behinderungen waren 2019** nach wie vor **deutlich länger arbeitslos** als Menschen ohne Behinderungen.

Für das Inklusionsbarometer wurden außerdem **regionale Analysen** in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und der Region Ostdeutschland (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) durchgeführt. Den **höchsten Gesamtwert** (113,9) erreichte die Region **Ostdeutschland**, den **niedrigsten Gesamtwert Nordrhein-Westfalen** (105,4). Die Regionen Ostdeutschland, Hessen und Niedersachsen konnten ihren Wert gegenüber 2019 verbessern. Bayern und Baden-Württemberg blieben nahezu unverändert und in Nordrhein-Westfalen verschlechterte sich der Inklusionswert. Im Vorjahresbericht konnten noch alle Regionen ihren Gesamtwert verbessern.

Im aktuellen Bericht sank die Arbeitslosenquote Schwerbehinderter in allen Regionen bis auf Bayern. Auffällig ist, dass die Arbeitslosenquoten behinderter und nicht behinderter Menschen in Nordrhein-Westfalen und Ostdeutschland immer stärker auseinandergehen. In vielen Regionen ist ein Rückgang der Dauer der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen zu beobachten. Allerdings sind schwerbehinderte Menschen in Ostdeutschland nach wie vor deutlich länger arbeitslos als in anderen Regionen.

Die **Corona-Pandemie** hat gravierende Auswirkungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Insgesamt ist mit deutlich höheren Zahlen arbeitsloser Menschen, sowohl nicht behinderter als auch behinderter Personen zu rechnen. Die Zahl arbeitsloser Schwerbehinderter lag im Oktober 2020 13 Prozentpunkte höher als im Oktober 2019. Dies ist unter der Berücksichtigung, dass arbeitslose Menschen mit einer Schwerbehinderung ihren Wiederstieg in den Arbeitsmarkt deutlich schwerer schaffen als nicht behinderte Menschen, besonders bedenklich.

Vorstellung: Das Inklusionsbarometer Arbeit

Inklusionsbetriebe, die vor allem Menschen mit Behinderungen beschäftigen, sind aufgrund ihrer Tätigkeitsfelder in Gastronomie, Hotellerie und Catering besonders von der Pandemie betroffen. Im Rahmen des Anstoßes der pandemiebedingt schnelleren Digitalisierung der Arbeitswelt bieten sich **für Menschen mit körperlichen Behinderungen** eventuell **Chancen** beim Einstieg in den Arbeitsmarkt. Dies gilt aber nicht unbedingt für **Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen**, die es im vermehrten Home-Office wahrscheinlich deutlich schwerer haben.

Eine ausführliche Darstellung des Inklusionsbarometers ist hier zu finden:

<https://www.aktion-mensch.de/inklusion/arbeit/zahlen-daten-fakten.html>.

Langzeitfolgen von COVID-19: Ergebnisse der Studie von Huang und Kollegen

Huang, C. et al. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*, 397 (10270), 220-232. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

Huang und Kollegen untersuchten in einer Kohortenstudie bei **Patienten mit COVID-19** in Wuhan, China die **Langzeitfolgen** der Erkrankung. Die Patienten wurden etwa sechs Monate nach Auftreten der ersten Symptome zu anhaltenden Krankheitssymptomen (u. a. Müdigkeit und Muskelschwäche, Schlafstörungen, Haarausfall, Geruchsverlust, Herzrasen, Gelenk-schmerzen und Appetitlosigkeit), Atemnot (British Medical Research Council Dyspnoea Scale), Lebensqualität (EuroQol Five-Dimension Five-Level Questionnaire) und subjektivem Gesundheitszustand (EuroQol Visual Analogue Scale) befragt. Sie wurden außerdem körperlich untersucht und absolvierten einen 6-Minuten-Gehtest. Bei einem Teil der Studien-teilnehmer wurden zusätzliche Untersuchungen (Blutwerte sowie SARS-CoV-2-Antikörper-Konzentrationen) und Lungenfunktionstests durchgeführt.

Die Ausgangsstichprobe umfasste 2469 Patienten. 736 Patienten wurden ausgeschlossen, weil sie nicht an den Nachsorgeterminen teilgenommen hatten. Die Krankheitsschwere wurde in sieben Kategorien mit aufsteigender Schwere eingeteilt. Patienten ohne stationäre Aufnahme und anschließender Rückkehr zu normalen Aktivitäten bildeten die Kategorie 1, Patienten ohne stationäre Aufnahme und ohne Rückkehr zu normalen Aktivitäten die Kategorie 2, Patienten mit stationärer Aufnahme und ohne zusätzliche Sauerstoffversorgung die Kategorie 3, Patienten mit stationärer Aufnahme und zusätzlicher Sauerstoffversorgung die Kategorie 4, Patienten mit umfangreicher Sauerstoffversorgung (Nasenkanüle oder nicht invasive mechanische Beatmung bzw. invasive mechanische Beatmung) die Kategorien 5 und 6 und verstorbene Patienten die Kategorie 7. In der Untersuchung der Langzeitfolgen wurden nur Patienten nach stationärer Behandlung berücksichtigt.

Unter den ausgeschlossenen Patienten verstarben 33 Patienten zwischen der stationären Behandlung und der geplanten Datenerhebung. 25 der ausgeschlossenen Patienten mussten sich in erneute Behandlung begeben.

1733 Patienten konnten **sechs Monate nach Auftreten der ersten Symptome** befragt und untersucht werden. **68 %** dieser Stichprobe benötigten während des stationären Aufenthaltes eine **zusätzliche Sauerstoffversorgung** (Krankheitsschwere Kategorie 4) und 7 % benötigten eine umfangreiche Sauerstoffversorgung (Kategorien 5 und 6). Rund 25 % kamen während ihrer stationären Behandlung ohne zusätzlichen Sauerstoff aus (Kategorie 3).

Die Studienteilnehmer waren im Mittel 75 Jahre alt und zu 52 % männlich. Häufigste Komorbiditäten waren Bluthochdruck, Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen. Die mittlere Dauer der stationären Behandlung betrug 14 Tage. 4 % der Patienten mussten intensivmedizinisch versorgt werden.

Personen mit einem schweren Krankheitsverlauf (Kategorien 5 und 6) waren häufiger männlich, litten häufiger unter Bluthochdruck, befanden sich im Mittel fast 20 Tage länger in stationärer Behandlung und wurden deutlich häufiger intensivmedizinisch versorgt.

Mehr als **drei Viertel der Studienteilnehmer** berichteten **auch sechs Monate nach Entlassung** von **mindestens einem** der oben genannten **Symptome**. Am häufigsten wurden von den Studienteilnehmern Müdigkeit und Muskelschwäche (63 %) und Schlafstörungen (26 %) berichtet.

Personen mit einem schwereren Krankheitsverlauf (Kategorien 5 und 6) hatten **doppelt so hohe Odds für mindestens ein anhaltendes Symptom** und für berichtete Atemnot. Diese Patienten beschrieben u. a. häufiger Einschränkungen in der Lebensqualität (Mobilität, Schmerzen, Angst und Depressivität) und erzielten geringere Distanzen im 6-Minuten-Gehtest als Patienten mit weniger schweren Krankheitsverläufen. Patienten, die während ihres Krankenhausaufenthaltes schwerer erkrankt waren, wiesen zudem **schwerwiegenere Beeinträchtigungen der pulmonalen Diffusionskapazitäten und abnorme Manifestationen in der Thoraxbildgebung** auf.

Insgesamt gab fast **ein Viertel der Studienteilnehmer** leichte bis starke **Angst und Depressivität** bei der Nacherhebung an, darunter häufiger weibliche Patientinnen. Während Männer häufiger von einem schwereren Krankheitsverlauf betroffen waren, berichteten Frauen mit schweren Krankheitsverläufen häufiger anhaltende, insbesondere psychische Folgen der Erkrankung.

Eine wesentliche Limitation der Studie ist, dass keine vergleichbare nicht an COVID-19 erkrankte Gruppe eingeschlossen wurde. Müdigkeit und Muskelschwäche und auch psychische Beeinträchtigungen sind in der eingeschlossenen Altersgruppe auch ohne COVID-19 zu erwarten. Die Studie konnte nicht eingrenzen, welcher Anteil der beobachteten Krankheitslast auf COVID-19 zurückzuführen ist. Der Vergleich mit Bevölkerungsdaten legt im Mittel langfristig keine wesentlich verschlechterte Lebensqualität nahe. Auch wenn aber die Prognose der meisten Patienten gut ist, haben insbesondere Patienten mit schweren Krankheitsverläufen ein erhöhtes Risiko langanhaltender Beeinträchtigungen. Dies verweist auf die Notwendigkeit geeigneter rehabilitativer Programme.

Die vollständige Publikation ist hier verfügbar:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8).

Ausblick: Termine

Sozialmedizinisches Kolloquium 2021

02.06.2021, 16.15 bis 18.00 Uhr, Online, DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck

PD Dr. Anne Berghöfer, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité - Universitätsmedizin Berlin: Sozialraum Dithmarschen - Evaluation eines rechtskreisübergreifenden Kooperationsmodells bei psychosozialen Hilfebedarf

Reha-Symposium 2021

29.11.2021 Wir informieren im kommenden Newsletter.



Impressum

Herausgeber:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V.

Redaktion:

Wissenschaftliches Sekretariat des vffr

Annika Sternberg
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Tel.: +49 451 9299-5117

Fax: +49 451 500-51204

annika.sternberg@uksh.de