

Potenzieller Einfluss soziodemografischer Faktoren auf Zugang und Erfolg einer Rehabilitation

Barbara Fröschl, Daniela Antony, Sarah Ivansits



Schriftenreihe
Health Technology Assessment (HTA)
in der Bundesrepublik Deutschland

Potenzieller Einfluss soziodemografischer Faktoren
auf Zugang und Erfolg einer Rehabilitation

Barbara Fröschl¹, Daniela Antony¹, Sarah Ivansits¹

¹ Gesundheit Österreich Forschungs- und
Planungsgesellschaft,
Wien, Österreich

Wir bitten um Beachtung

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI (www.dimdi.de – HTA).

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges, grundsätzlich anonymisiertes Gutachterverfahren. Potenzielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offengelegt. Die Literaturlauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die durchgeführte Literaturrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des vorliegenden HTA-Berichts des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfolgte gemäß gesetzlichem Auftrag nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Das Thema stammt aus dem öffentlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI, durch das Kuratorium HTA priorisiert und vom DIMDI beauftragt. Der Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

Herausgegeben vom
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Kontakt

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-525
Fax: +49 221 4724-340

E-Mail: dahta@dimdi.de
www.dimdi.de

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 147
ISSN: 1864-9645
1. Auflage 2021
DOI: 10.3205/hta000147L
URN: urn:nbn:de:0183-hta000147I4

© BfArM, Köln 2021. Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnisse	VI
Tabellenverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
Wissenschaftlicher Artikel.....	1
Wissenschaftlicher Hintergrund	1
Forschungsfragen	1
Methodik.....	1
Ergebnisse	2
Diskussion	2
Schlussfolgerung/Empfehlungen	2
Scientific article.....	4
Scientific background	4
Research questions	4
Methods.....	4
Results	4
Discussion	5
Conclusions/Recommendations.....	5
Hauptdokument	6
1 Einleitung	6
2 Wissenschaftlicher Hintergrund (Darstellung der Sachlage)	7
2.1 Definition von Rehabilitation.....	7
2.1.1 Medizinische Rehabilitation	7
2.1.2 Teilhabe am Arbeitsleben	8
2.1.3 Soziale Rehabilitation	9
2.1.4 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	9
2.2 Rechtliche Verankerung von Rehabilitation	10
3 Forschungsfragen.....	12
3.1 Zielsetzung des Berichts	12
3.2 Vorgeschlagener Berichtstitel	12
3.3 Operationalisierung der Forschungsfragen.....	12
4 Methodik	13
4.1 Literatursuche	13
4.1.1 Systematische Literatursuche.....	13
4.1.2 Systematische Internetsuche.....	13
4.1.3 Erstselektion	13
4.1.4 Zweitselektion	14
4.1.5 Bewertung der Studienqualität.....	14
4.1.6 Medizinische Volltexte	14
4.1.7 Organisatorische Volltexte	14
4.1.8 Sozialwissenschaftliche Volltexte	14
4.1.8.1.1 Interne Validität.....	15
4.1.9 Medizinische Volltexte	15
4.1.10 Organisatorische Volltexte	15
4.1.11 Sozialwissenschaftliche Volltexte	15
4.2 Synthese der Evidenz	15
4.2.1 Domäne Medizin	15

4.2.2	Domäne Organisation	16
4.2.3	Domäne Sozialwissenschaft	16
4.2.4	Stärke der Evidenz	16
5	Ergebnisse	17
5.1	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	17
5.1.1	Ergebnisse der Erstselektion	17
5.1.2	Ergebnisse der Zweitselektion	17
5.1.3	Ergebnisse der systematischen Internetsuche	17
5.1.4	Darstellung des Selektionsprozesses	18
5.2	Ergebnisse Domäne Medizin	18
5.3	Ergebnisse Domäne Organisation	19
5.3.1	Zuständigkeiten für Rehabilitation	19
5.3.1.1	Krankenversicherung	19
5.3.1.2	Bundesagentur für Arbeit	20
5.3.1.3	Unfallversicherung	20
5.3.1.3.1	Medizinische Rehabilitation	20
5.3.1.3.2	Berufliche Rehabilitation	21
5.3.1.3.3	Soziale Rehabilitation	21
5.3.1.4	Rentenversicherung	21
5.3.1.4.1	Medizinische Rehabilitation	21
5.3.1.4.2	Berufliche Rehabilitation	22
5.3.2	Voraussetzungen einer Rehabilitation	22
5.3.2.1	Persönliche Voraussetzungen der medizinischen sowie der beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung	22
5.3.2.2	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der medizinischen sowie der beruflichen Rehabilitation durch die Rentenversicherung	22
5.3.2.3	Persönliche Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung	23
5.3.2.4	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenversicherung	23
5.3.2.5	Ausschlussgründe für Anspruch auf Rehabilitationsleistungen	23
5.3.2.6	Sozialmedizinische Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation	23
5.3.3	Antragsverfahren der Rehabilitation	24
5.3.4	Koordinierung und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger	24
5.4	Ergebnisse Domäne Sozialwissenschaft	25
5.4.1	Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf den Zugang und den Erfolg von Rehabilitation	25
5.4.2	Maßnahmen und Strategien zur Reduktion sozioökonomischer Benachteiligung	39
6	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	44
6.1	Domäne Medizin	44
6.2	Domäne Organisation	44
6.3	Domäne Sozialwissenschaft	44
7	Schlussfolgerung/Empfehlung	48
8	Literaturverzeichnis	49
9	Anhang	52
9.1	Suchstrategie	52
9.2	Nach Volltext-Durchsicht ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund (alphabetisch geordnet)	52
9.3	Checklisten	53

9.3.1	Tabellenvorlagen für Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen	53
9.3.2	Tabellenvorlagen für Primärstudien	54
9.4	Tabellen der Studien zur Domäne Sozialwissenschaft.....	58

Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rehabilitationsleistungen nach Rehabilitationsträgern.....	10
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Literaturreferenzen	13
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Zweitselektion der Literaturreferenzen	14
Tabelle 4 Klassifizierung des Biasrisikos	15
Tabelle 5: Klassifizierung der Stärke der Evidenz.....	16
Tabelle 6: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der sozialwissenschaftlichen Fragestellung.	26
Tabelle 7: Synthese der Studienergebnisse nach Zielgruppen.....	34
Tabelle 8: Suchstrategie.....	52
Tabelle 9: Ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund.....	52
Tabelle 10: Evidenztabelle für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen	53
Tabelle 11: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von systematischen Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen.....	53
Tabelle 12: Evidenztabelle für Primärstudien – RCT und Interventionsstudien.....	54
Tabelle 13: Beurteilung der internen Validität von RCT	55
Tabelle 14: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Interventionsstudien.....	56
Tabelle 15: Evidenztabelle für Beobachtungsstudien	57
Tabelle 16: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien	57
Tabelle 17: Evidenztabelle Brzoska et al. 2010/2012/2013	58
Tabelle 18: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien	60
Tabelle 19: Evidenztabelle Deck et al. 2016	60
Tabelle 20: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien	62
Tabelle 21: Evidenztabelle Brzoska et al. 2015	63
Tabelle 22: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien	64
Tabelle 23: Evidenztabelle Brause et al. 2012	64
Tabelle 24: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien	66
Tabelle 25: Evidenztabelle Grande et al. 2002	67
Tabelle 26: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Grande et al. 2002	68
Tabelle 27: Evidenztabelle Mösko et al. 2011	69
Tabelle 28: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Mösko et al. 2011	70
Tabelle 29: Evidenztabelle Mösko et al. 2008.....	70
Tabelle 30: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Mösko et al. 2008	72
Tabelle 31: Evidenztabelle Schuhmann et al. 2014	72
Tabelle 32: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrsiko) von Schuhmann et al. 2014....	73
Tabelle 33: Evidenztabelle für Brause et al. 2010.....	74
Tabelle 34: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Brause et al. 2010.....	75
Tabelle 35: Evidenztabelle für Zollmann et al. 2015	75
Tabelle 36: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Zollmann et al. 2015	77
Tabelle 37: Evidenztabelle Kobelt et al. 2013	77
Tabelle 38: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Kobelt et al. 2013.....	79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafische Darstellung des Selektionsprozesses.....	18
---	----

Abkürzungsverzeichnis

ABMR	Arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation
AHB	Anschlussheilbehandlung
AR	Anschlussrehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BGSW	Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HTA	Health Technology Assessment
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OR	Odds Ratio (Quotenverhältnis in der deskriptiven Statistik)
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie, engl.: randomised controlled rial
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
SCL	Symptom Checkliste
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomischer Panel
VAV	Verletzungsartenverfahren

Wissenschaftlicher Artikel

Wissenschaftlicher Hintergrund

Das übergeordnete Ziel von Rehabilitation besteht in der Erhaltung bzw. Förderung der körperlichen, beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit der Patienten sowie der Förderung der individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Krankheits- und Lebensbewältigung. In Deutschland umfasst die Rehabilitation folgende Bereiche:

- Medizinische Leistungen zur Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Forschungsfragen

Dieser HTA-Bericht (HTA = Health Technology Assessment) hat zwei wesentliche Zielsetzungen:

1. Zum einen soll geprüft werden, ob und inwiefern unterschiedliche soziodemografische Voraussetzungen von Personen (z. B. Einkommen, Bildungsstatus, soziale Schicht, Alter, Geschlecht, Familienstand, Migrationsstatus) zu Zugangsbeschränkungen zu einer Rehabilitation bzw. zu einer inadäquat geringen Inanspruchnahme führen.
2. Zum anderen soll untersucht werden, ob der Erfolg und die Outcomes einer Rehabilitation durch den sozioökonomischen Status beeinträchtigt werden.

Es wurden operationalisierte Fragestellungen aus drei Domänen entwickelt: Medizin, Sozialwissenschaft und Organisation. Ökonomische Aspekte werden im Rahmen dieses Berichts nicht bearbeitet. Der vorliegende Bericht soll vorerst eine Basis für das Thema schaffen, auf der gegebenenfalls in einem Folgebericht auch die ökonomischen Auswirkungen ausführlich bearbeitet werden können. Rechtliche Aspekte werden im Rahmen der Hintergrunddarstellung beschrieben.

Der Fokus dieses Berichts liegt auf Maßnahmen der Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellungen aus den Domänen Medizin und Sozialwissenschaften wird eine systematische Literatursuche in ausgewählten Datenbanken (unter anderem MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, HTA- und Cochrane-Datenbanken) durchgeführt.

Für alle Fragestellungen werden einschlägige Websites wie z. B. jene der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung, des Medizinischen Diensts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., des Juristischen Informationssystems für die Bundesrepublik Deutschland, der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e. V., des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie der Reha-Atlas durchsucht.

Für die Auswahl der Zusammenfassungen zur Bestellung von Volltexten (Erstselektion) bzw. die Auswahl der Volltexte (Zweitselektion) werden Selektionskriterien festgelegt. Diese berücksichtigen formale Kriterien (Sprache, Suchzeitraum), Kriterien zur inhaltlichen Relevanz (Indikationen und Patientencharakteristika, Verfahren/Interventionen/Maßnahmen und Ergebnisparameter) sowie Kriterien in Bezug auf Qualität und Validität (Studiendesign und spezifische Aspekte wie Studiengröße und Interventionsdauer).

Ergebnisse

Anhand der systematischen Suche in den Datenbanken MEDLINE und Cochrane am 12. Juni 2017 werden – nach Deduplikation – 163 Zusammenfassungen bestellt. Nach der Erstselektion der Zusammenfassungen werden acht Zusammenfassungen aus den Datenbanken als Volltext bestellt.

Nach Durchsicht der Volltexte durch zwei Autoren (Zweitselektion) werden drei Studien für die Domäne Sozialwissenschaft berücksichtigt. Vier Volltexte werden im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossen. Für die Domäne Medizin konnte keine Studie identifiziert werden. Die systematische Internetsuche identifizierte für die Domäne Sozialwissenschaft elf Studien und für die Domäne Organisation 15 Quellen.

Diskussion

Der Migrationshintergrund scheint mit Zugangsbeschränkungen zur medizinischen Rehabilitation assoziiert zu sein. Hinweise darauf liefern neben der niedrigeren Inanspruchnahme auch eine höhere Symptombelastung am Beginn der Rehabilitation bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Rehabilitanden. Insgesamt ist die Studienlage zur sozialen Schicht und zu anderen sozioökonomischen Faktoren (außer dem Migrationshintergrund) zu dürftig, um valide Aussagen zu machen. Aufgrund der Studienlage lässt sich zusammenfassend sagen, dass ein (insbesondere türkischer) Migrationshintergrund bzw. ausländische Staatsbürgerschaft einen negativen Einfluss auf den Erfolg und die Outcomes einer Rehabilitation haben dürfte. Insbesondere der Indikator „Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation“ zeigt, dass diese Effekte nachhaltige Auswirkungen haben.

Folgende Lösungsstrategien für diese Problematik konnten aus der Literatur identifiziert werden:

- Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittlern
- Diversity Management
- Aufsuchende Versorgungsstrukturen
- Unterstützungsangebote mit einer Case-Management-Funktion
- Stärkung der interkulturellen Handlungskompetenz
- Ausbildung des Klinikpersonals bezüglich inter- und transkultureller Kompetenzen
- Erstellung von schriftlichem Informations- und Schulungsmaterial sowie visueller Hilfsmittel
- Orientierungshilfen in den Kliniken
- Abbau von Informationsdefiziten
- Verbesserung der Akzeptanz weiblichen Personals
- Berücksichtigung religiöser Pflichten
- Berücksichtigung von Schamgrenzen
- Ein weiterer Lösungsansatz ist das Hinzuziehen weiblicher Kollegen zu körperlichen Untersuchungen von türkischen Patientinnen

Schlussfolgerung/Empfehlungen

Insgesamt ist die Studienlage zur sozialen Schicht und zu anderen sozioökonomischen Faktoren (außer dem Migrationshintergrund) zu dürftig für valide Aussagen, weshalb sich die folgenden Ausführungen auf Personen mit Migrationshintergrund/mit ausländischer Staatsbürgerschaft beziehen.

Ausländische Staatsangehörige/Personen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, nutzen medizinische Rehabilitation weniger oft als deutsche Staatsbürger, obwohl der Bedarf dieser Gruppe sogar höher eingeschätzt wird. Für jene, die medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, ist der Nutzen/Erfolg der Rehabilitation geringer. Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Staatsbürgern bezüglich Nutzen/Erfolg und Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation können nicht nur

mittels sozioökonomischer Unterschiede erklärt werden, genauso wenig wie Unterschiede im Gesundheitszustand vor der Rehabilitation.

Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren, denen Menschen mit Migrationshintergrund begegnen, tragen dazu bei, dass Menschen mit Migrationshintergrund (tertiär-)präventive Angebote wie Rehabilitation seltener in Anspruch nehmen.

Scientific article

Scientific background

The main aim of rehabilitation covers the preservation or promotion of the physical, occupational and social performance of patients as well as the promotion of the individual capabilities and possibilities for the life and sickness management.

In Germany rehabilitation includes the following segments:

- Medical Services for rehabilitation
- Services permitting the participation in professional life
- Benefits for participation in employment

Research questions

This paper aims to investigate the two following aspects:

- First, it aims to verify whether and how various socio-demographic factors (e. g. income, educational status, social status, age, sex, marital status, migration status) influence access barriers to rehabilitation respectively, and potentially lead to an underuse of necessary health benefits.
- Second, it aims to observe whether the socio-economic status impairs the success and outcomes of rehabilitation.

Operationalised questions were developed for three domains: Medicine, Social Sciences and Organisation. Economic aspects are not part of this paper. This paper intends to create a solid base to allow for the inclusion of economic effects in a follow-up report, if applicable. Legal aspects are included in the section of the background information.

The focus of this report is based on measures of rehabilitation within the scope of the German statutory health and pension insurance.

Methods

In order to answer the questions of the domains Medicine and Social Sciences, a systematic literature review based on selected databases (e. g. MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, HTA- und Cochrane- (HTA = Health Technology Assessment)) was conducted.

All relevant websites (Deutsche Rentenversicherung Bund, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Gemeinsamer Bundesausschuss, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Juristisches Informationssystem für die Bundesrepublik Deutschland, Reha-Atlas, Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e. V., Bundesministerium für Bildung und Forschung) were screened to answer the research questions.

Criteria for the selection of the identified literature based on abstracts (first selection) respectively, and the selection of the full texts (second selection) were determined. These selection criteria considered formal criteria (e. g. language, search time), criteria of substantial features (indications and patient characteristics, procedure/interventions/measures and result parameters) as well as criteria in reference to quality and validity (study design and specific aspects of size of study and intervention period).

Results

Based on the systematic search in the databases MEDLINE and Cochrane Library on June, the 12th, 2017, overall 163 abstracts (deduplicated) were ordered. After the first selection of abstracts, eight studies were ordered in full text.

A review of the full texts, conducted by two authors (second selection), identified three papers for the domain of social sciences". Four full texts were excluded in the second selection. For the domain „Medicine“, no relevant literature was identified within the second selection. The systematic internet search identified eleven papers for the domain "Social Sciences" and 15 sources for the domain "Organisation".

Discussion

Regarding socio-demographic factors, the migration background of individuals seems to lead to access-barriers to medical rehabilitation. This assertion is based on evidence with respect to the low utilisation of medical rehabilitation as well as the common symptoms at the beginning of the rehabilitation of Turkish people in comparison to German rehabilitants. Overall, the study situation covering the social status and socio-economic factors (except the migration status) is not good enough for making a valid statement. Based on the study situation it can be summarised that the migration status (especially the Turkish one) of foreign citizens has a negative impact on the success and outcome of rehabilitation. Especially, the indicator "performance after rehabilitation" shows negative long-term effects for specific ethnic groups.

The following solution strategies for the inclusion of disadvantaged ethnic groups could be identified in the literature:

- Use of professional linguistic and cultural devices
- Diversity Management
- Visiting health structures
- Support measures with a case management function
- Strengthening of the intercultural competences
- Education of hospital staff regarding intercultural and transcultural skills
- Creation of written information as well as educational material und visual aids
- Guidance in the clinics
- Reduction of information deficit
- Improvement of the acceptance of female staff
- Consideration of religious obligations
- Consideration of boundaries of shame
- Another solution approach is the consult of female colleagues in case of physical examination of female Turkish patients

Conclusions/Recommendations

Overall, it can be concluded that the study situation covering the social status as well as other socio-economic factors (except the migration status) is not good enough for making valid statements. The following conclusions refer to persons with a migration background as well as foreign citizens.

Foreign citizens/persons with a migration background, who live in Germany, use medical rehabilitation less often than German citizens, even though the need for this group is estimated higher. For those who make use of a rehabilitation, the success of the rehabilitation is lower. Differences between foreign and German citizens in the effectiveness of medical rehabilitation cannot be explained nor solely by socio-economic differences and neither by the poorer health state before rehabilitation.

Access and effectiveness barriers for people with a migration background cause a low utilisation of preventive offers like rehabilitation.

Hauptdokument

1 Einleitung

Auf Grundlage einer Eingabe in die öffentliche Themendatenbank der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) wurde das Thema „Soziale Ungleichheit in der Rehabilitation“ vom Kuratorium der DAHTA diskutiert und angenommen.

Der Fokus dieses Berichts liegt auf Maßnahmen der Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

Es wurden Fragestellungen aus drei Domänen entwickelt: Medizin, Sozialwissenschaft und Organisation. Ökonomische Aspekte werden im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht bearbeitet. Dieser Bericht soll vorerst eine Basis für das Thema schaffen, auf der gegebenenfalls in einem Folgebericht auch die ökonomischen Auswirkungen ausführlich bearbeitet werden können. Rechtliche Aspekte werden im Rahmen der Hintergrunddarstellung bearbeitet.

Der inhaltliche Schwerpunkt dieses Berichts liegt gemäß der Festlegung durch den Auftraggeber auf den Domänen Organisation und Sozialwissenschaft, die anderen Domänen werden in geringerer Tiefe bearbeitet.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Darstellung des wissenschaftlichen Hintergrunds im Bericht auf März 2018 bezieht, Literatur für die Ergebnisdarstellung wurde bis Mitte 2017 berücksichtigt.

2 Wissenschaftlicher Hintergrund (Darstellung der Sachlage)

2.1 Definition von Rehabilitation

Das übergeordnete Ziel von Rehabilitation besteht aus der Erhaltung bzw. Förderung der körperlichen, beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit der Patienten sowie der Förderung der individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Krankheits- und Lebensbewältigung. In Deutschland umfasst die Rehabilitation folgende Bereiche (§ 5 SGB IX; SGB = Sozialgesetzbuch):

- Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX)
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen (§§ 44 ff. SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX)

2.1.1 Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Medizinische Rehabilitation wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Im Gesundheitswesen ist mit dem Begriff „Rehabilitation“ oft speziell die „medizinische Rehabilitation“ gemeint.

Durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen möglicher Behinderung oder möglicher Pflegebedürftigkeit vorgebeugt, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sollen beseitigt oder Verschlimmerung verhütet werden¹⁴.

Zur Rehabilitation zählen die folgenden Leistungen:

1. „Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei- und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie“⁴⁰.

Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden unter Berücksichtigung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen⁴⁰ erbracht, soweit in den geltenden Leistungsgesetzen der zuständigen Rehabilitationsträger^{37, 38, 39} keine anderen Bestimmungen festgelegt sind (siehe Kapitel 5.3).

Je nach Krankheitsbild werden unterschiedliche Formen der medizinischen Rehabilitation unterschieden²²:

- Stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation
- Anschlussrehabilitation (AR)
- Leistungen wegen psychischer Erkrankungen
- Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

Darüber hinaus gibt es sogenannte „Sonstige Leistungen“ nach § 31 SGB VI, insbesondere folgende:

- Präventive Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
- Onkologische Rehabilitation (für alle, auch jenseits des erwerbsfähigen Alters)
- Stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Man unterscheidet ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Gemäß §§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V gilt grundsätzlich: ambulant geht vor stationär; erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. Stationäre Rehabilitationsleistungen dauern i. d. R. drei Wochen, ambulante Rehabilitationsleistungen längstens 20 Behandlungstage. Eine Verlängerung ist bei begründeter medizinischer Notwendigkeit möglich^{1, 12, 14, 23}.

Die AR (auch Anschlussheilbehandlung (AHB)), die direkt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bzw. ggf. ambulante Operation erfolgen muss (in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, in medizinisch begründeten Fällen bis zu sechs Wochen nach der Entlassung), umfasst Leistungen die nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen sowie unter Berücksichtigung von Voraussetzungen und Kontraindikationen genehmigt wird. Hierfür wurde von der deutschen Rentenversicherung folgender Indikationskatalog erstellt²¹:

1. Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
2. Krankheiten der Gefäße
3. Entzündlich-rheumatische Krankheiten
4. Degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
5. Gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
6. Endokrine Krankheiten
7. Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
8. Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
9. Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
10. Onkologische Krankheiten
11. Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen am weiblichen Genital

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation liegen im Aufgabenbereich der verschiedenen Sozialversicherungsträger, in den meisten Fällen sind dies die gesetzliche Kranken- sowie Rentenversicherung. Im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung wird Rehabilitation aufgrund von Arbeitsunfällen bzw. Berufskrankheiten gewährt, wofür zum Teil andere Voraussetzungen als bei den Trägern der Renten- bzw. Krankenversicherung gelten^{18, 19, 20}.

Zusätzlich müssen für die Genehmigung durch den zuständigen Leistungsträger verschiedene Voraussetzungen (z. B. sozialmedizinische, persönliche bzw. versicherungsrechtliche Voraussetzungen, siehe 5.3.2) erfüllt sein. Generell sind die Grundsätze „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ sowie „ambulant vor stationär“ anzuwenden²⁷.

2.1.2 Teilhabe am Arbeitsleben

Die Teilhabe am Arbeitsleben wird auch als „berufliche Rehabilitation“ bezeichnet und soll die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.

Während die medizinische Rehabilitation in erster Linie der Wiederherstellung der Gesundheit dient, zielt die berufliche Rehabilitation auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und die Sicherung eines Erwerbseinkommens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ab²² (§ 10 Nr. 2 SGB I).

Die Leistungen umfassen Geld- und Sachleistungen an behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen sowie Geldleistungen an Arbeitgeber. Die möglichen Leistungen sind in §§ 33 - 49 SGB IX genannt:

Die Leistungen an behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen umfassen gem. § 33 Abs. 3 SGB IX insbesondere:

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, z. B. durch Umschulungen, Weiterbildungen sowie berufliche Trainingsmaßnahmen
2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung

3. Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen „Unterstützter Beschäftigung“
4. Berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen
5. Berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden
6. Gründungszuschuss entsprechend § 93 SGB III
7. Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten wie die Kraftfahrzeughilfe, die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz oder die Kosten technischer Arbeitshilfen zur behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung, die aus der Ausgleichsabgabe finanziert werden

2.1.3 Soziale Rehabilitation

„Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ ist der sozialrechtliche Ausdruck für soziale Rehabilitation, einem Teilbereich der Rehabilitation. Für die Finanzierung der Leistungen können verschiedene Träger zuständig sein. Die Leistungen sollen behinderte Menschen im sozialen Bereich und unabhängig von beruflicher oder medizinischer Rehabilitation fördern. Ziel der Leistungen zur sozialen Rehabilitation ist, Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mindern und behinderten Menschen die Chance zu eröffnen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Die Leistungen sind nicht einklagbar. Die Förderungen der sozialen Rehabilitation setzen an, wo berufliche nicht oder noch nicht sinnvoll sind.

Zu den Leistungen für Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation) zählen nach § 55 SGB IX insbesondere:

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen
2. Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen eine für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen
4. Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt
5. Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung entspricht
6. Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Darüberhinausgehende Ansprüche können als Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII geltend gemacht werden.

2.1.4 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sind Leistungen, um das Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen zu erreichen und zu sichern.

Folgende Leistungen können zu den ergänzenden Rehabilitationsleistungen zählen:

1. Reise- und Fahrtkosten, auch zum Reha-Sport
2. Reha-Sport und Funktionstraining in Gruppen unter ärztlicher Betreuung
3. Haushaltshilfe
4. Kinderbetreuungskosten
5. Übergangsgeld
6. Krankengeld
7. Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder unter 14 Jahren, zum Teil bis unter 18 Jahren
8. Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke

9. Schulung von Angehörigen, damit sie die weitere Betreuung und Pflege eines Patienten übernehmen können
10. Einweisung der Mutter in Mutter-Kind-Kursen in krankengymnastische, beschäftigungs- oder sprachtherapeutische Übungsbehandlungen
11. Schulung der Partner von Dialysepatienten
12. Ambulante Leistungen für Alkohol- und Drogenabhängige
13. Spezielle Gymnastik, Beratung und Gruppenarbeit
14. Kraftfahrzeughilfe
15. Wohnungshilfe
16. Pflegegeld
17. Unfallversicherung
18. Verletztengeld
19. Ausbildungsgeld bei medizinischer oder beruflicher Rehabilitation

2.2 Rechtliche Verankerung von Rehabilitation

Die Rechtsgrundlagen zur Rehabilitation finden sich in unterschiedlichen Gesetzen wieder. Leistungen zur **Rehabilitation und Teilhabe** werden allgemein im SGB Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil geregelt (SGB I)³⁶. Die **Rehabilitation und Teilhabe Behinderter sowie von Behinderung bedrohter Menschen** werden im SGB Neuntes Buch (IX)⁴⁰ geregelt. Die darin geregelten Leistungen umfassen alle notwendigen Sozialleistungen und sollen Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen in ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern sowie Benachteiligungen vermeiden bzw. ihnen entgegenwirken⁴⁰. Gemäß SGB IX, § 2 liegt bei Menschen dann eine Behinderung vor, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate vom typischen, dem Lebensalter entsprechenden Zustand abweicht und dadurch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Menschen sind von einer Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Zur Förderung der Teilhabe werden folgende Leistungen – unterteilt nach möglichen zuständigen Rehabilitationsträgern – erbracht.

Tabelle 1: Rehabilitationsleistungen nach Rehabilitationsträgern

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Träger der gesetzlichen Krankenkasse	Ja	Nein	Ja	Nein
Bundesagentur für Arbeit für Leistungen	Nein	Ja	Ja	Nein
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	Ja	Ja	Ja	Ja
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung	Ja	Ja	Ja	Nein
Träger der Kriegsopferversorgung	Ja	Ja	Ja	Ja
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	Ja	Ja	Nein	Ja
Träger der Sozialhilfe	Ja	Ja	Nein	Ja

Eigene Darstellung nach SGB I, SGB IX

Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich wahr. Dabei finden die geltenden **Leistungsgesetze der zuständigen Rehabilitationsträger** Anwendung. Dazu zählen u. a. das SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung³⁷, das SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung³⁸ sowie das SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung³⁹.

Weitere Bestimmungen zur Rehabilitation finden sich u. a. auch in anderen Sozialgesetzbüchern (z. B. SGB II Grundsicherung für Arbeitsuchende; SGB III Arbeitsförderung; SGB XI Soziale Pflegeversicherung) sowie in Bezug auf das Arbeits-, Straf-, Strafverfahrens-, Beamten-, Ordnungs-, Steuer-, Ausländer-, Gewerbe- sowie Preisrecht¹³.

In der **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie)²⁵ werden seit 01. April 2004 die Voraussetzungen geregelt, nach denen in der Krankenversicherung medizinische Maßnahmen der Rehabilitation erbracht werden können. Durch die Richtlinie soll eine „notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“²⁵ gewährleistet werden. Die Richtlinie gilt u. a. nicht für Rehabilitationsleistungen, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger fallen (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) sowie für AR.

Auf **Bundesebene** finden sich ergänzende Bestimmungen zur Rehabilitation in den entsprechenden Landesgesetzen, Rechtsverordnungen bzw. Verwaltungsvorschriften (z. B. Landesgesetze zur Ausführung der Sozialgesetze)^{2, 30}.

3 Forschungsfragen

3.1 Zielsetzung des Berichts

Der HTA-Bericht hat zwei wesentliche Zielsetzungen:

1. Zum einen soll geprüft werden, ob und inwiefern unterschiedliche soziodemografische Voraussetzungen von Personen (z. B. Einkommen, Bildungsstatus, soziale Schicht, Alter, Geschlecht, Familienstand, Migrationsstatus) zu Zugangseinschränkungen bzw. zu einer Inadäquat geringen Inanspruchnahme von Rehabilitation führen.
2. Zum anderen soll untersucht werden, ob der Erfolg und die Outcomes einer Rehabilitation durch den sozioökonomischen Status beeinträchtigt werden.

Der Fokus dieses Berichts liegt auf Maßnahmen der Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

3.2 Vorgeschlagener Berichtstitel

Für den Bericht wird folgender Titel vorgeschlagen: „Potenzieller Einfluss soziodemografischer Faktoren auf Zugang und Erfolg einer Rehabilitation“.

3.3 Operationalisierung der Forschungsfragen

Domäne Medizin

- 1a. Welche indikationsübergreifenden Ergebnisparameter kommen in Studien und Evaluationen im Bereich Rehabilitation zur Anwendung?
- 1b. Welche dieser Parameter sind für die Beurteilung der Effektivität der Rehabilitation für bestimmte soziodemografische (insbesondere sozial benachteiligte) Gruppen von besonderer Relevanz?

Domäne Organisation

2. Wie ist der organisatorische Ablauf der Rehabilitation in Deutschland in den entsprechenden SGB geregelt (z. B. hinsichtlich Antragstellung, Ablauf, Strukturen, Zuständigkeiten)?

Domäne Sozialwissenschaft

- 3a. Kommt es im Rahmen der Rehabilitation in Deutschland zu Zugangseinschränkungen für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen?
- 3b. Beeinflussen bestimmte soziodemografische Faktoren (z. B. Einkommen, Bildungsstatus, soziale Schicht, Alter, Geschlecht, Familienstand, Migrationsstatus) den Erfolg sowie die Outcomes der Rehabilitation?
- 3c. Gibt es bestimmte Maßnahmen/Strategien, um Benachteiligungen bestimmter soziodemografischer Gruppen im Rahmen der Rehabilitation auszugleichen bzw. zu reduzieren?

4 Methodik

4.1 Literatursuche

4.1.1 Systematische Literatursuche

Zur Beantwortung der Fragestellungen aus den Domänen Medizin (1a und 1b) und Sozialwissenschaften (3a, 3b und 3c) wird eine systematische Literatursuche in ausgewählten Datenbanken (unter anderem MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, HTA- und Cochrane Library) durchgeführt.

Die Suchstrategie wurde nach Abstimmung der Fragestellungen präzisiert und von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) durchgeführt.

Für die Suche in den Datenbanken wurden Schlagwortgruppen zu den relevanten Indikationen für Rehabilitation, zu Sozialwissenschaft (soziodemografische Faktoren, Akzeptanz, Zugangsbeschränkungen) sowie eine Gruppe mit Begriffen zu Studientypen gebildet. Deutsch- oder englischsprachige Publikationen wurden berücksichtigt. Der Suchzeitraum wurde nicht eingeschränkt.

4.1.2 Systematische Internetsuche

Für alle Fragestellungen werden einschlägige Websites wie z. B. jene der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung, des Medizinischen Diensts des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e. V., des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie das Juristische Informationssystem für die Bundesrepublik Deutschland und der Reha-Atlas durchsucht.

Die Quellenverzeichnisse relevanter Volltexte bzw. Unterlagen sowie die Programme der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien werden auf zusätzliche relevante Publikationen geprüft.

4.1.3 Erstselektion

Für die Auswahl der Zusammenfassungen zur Bestellung von Volltexten (Erstselektion) werden Selektionskriterien festgelegt. Diese berücksichtigen formale Kriterien (Sprache, Suchzeitraum), Kriterien zur inhaltlichen Relevanz (Indikationen und Patientencharakteristika, Verfahren/Interventionen/Maßnahmen und Ergebnisparameter) sowie Kriterien in Bezug auf Qualität und Validität (Studiendesign und spezifische Aspekte wie Studiengröße und Interventionsdauer). Tabelle 2 enthält die Selektionskriterien für die Erstselektion.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Literaturreferenzen

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien aus einem anderen Land als Deutschland
Thematische Ausschlusskriterien	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Indikation bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. Rehabilitationsindikationen, für die kein Anspruch auf Rehabilitation besteht)
A6	Andere Intervention (z. B. keine Rehabilitation)
A7	Andere Zielgruppe (z. B. Studien, die nicht auf soziodemografische Faktoren – d. h. die potenzielle Zielgruppe – Bezug nehmen)
Studiendesign	
A8	Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“ etc. (d. h. „Abstracts“, die keine eigentliche Studie im Hintergrund haben)
A9	Nicht-geeignetes Studiendesign (z. B. unkontrollierte Interventionsstudien, Fallstudien)

Tabelle 2 - Fortsetzung

Medizinische Einschlusskriterien	
Einschlusskriterien	
E1	Grundvoraussetzungen erfüllt (laut Abstract, Titel bzw. Schlagwort)
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Interventionsstudien
E4	Beobachtungsstudien
E5	Publikationen zu Maßnahmen und Strategien zur Verminderung sozioökonomischer Benachteiligungen
E6	Publikationen zu organisatorischen Aspekten

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖG.

4.1.4 Zweitselektion

Die nach der Erstselektion vorliegenden Volltexte werden anhand der in Tabelle 3 angeführten Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und selektiert.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Zweitselektion der Literaturreferenzen

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien aus einem anderen Land als Deutschland
Thematische Ausschlusskriterien	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Indikation bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. Rehabilitationsindikationen, für die kein Anspruch auf Rehabilitation besteht)
A6	Andere Intervention (z. B. keine Rehabilitation)
A7	Andere Zielgruppe (z. B. Studien, die nicht auf soziodemografische Faktoren – d. h. die potenzielle Zielgruppe – Bezug nehmen)
Studiendesign	
A8	Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“ etc. (d. h. „Abstracts“, die keine eigentliche Studie im Hintergrund haben)
A9	Nicht-geeignetes Studiendesign (z. B. unkontrollierte Interventionsstudien, Fallstudien)
Medizinische Einschlusskriterien	
Einschlusskriterien	
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Interventionsstudien
E4	Beobachtungsstudien
E5	Publikationen zu Maßnahmen und Strategien zur Verminderung sozioökonomischer Benachteiligungen
E6	Publikationen zu organisatorischen Aspekten

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖG.

4.1.5 Bewertung der Studienqualität

4.1.6 Medizinische Volltexte

Die Bewertung der Studienqualität im engeren Sinn entfällt. Die Artikel und Studien werden auf inhaltliche Relevanz zur Beantwortung der entsprechenden Forschungsfragen geprüft.

4.1.7 Organisatorische Volltexte

Die Bewertung der Studienqualität im engeren Sinn entfällt. Die Artikel und Studien werden auf inhaltliche Relevanz zur Beantwortung der entsprechenden Forschungsfragen geprüft.

4.1.8 Sozialwissenschaftliche Volltexte

Primär- und Sekundärstudien werden schrittweise, dem Grad der Evidenzhierarchie folgend, herangezogen. Die Beurteilung der Studienqualität erfolgt dabei anhand der internen Validität (Biasrisiko) nach der Zweitselektion.

Für die Beantwortung der sozialwissenschaftlichen Fragestellung 3c werden Artikel und Studien auf inhaltliche Relevanz zur Beantwortung der entsprechenden Forschungsfrage geprüft. Die Bewertung der Studienqualität im engeren Sinn entfällt.

4.1.8.1.1 Interne Validität

Für die Beurteilung des Biasrisikos werden – unterteilt nach Studientyp – die im Folgenden angeführten Kriterien herangezogen.

Tabelle 4 Klassifizierung des Biasrisikos

Biasrisiko	Definition
Gering	Es ist unwahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie durch Störfaktoren wesentlich verzerrt wird. Das Vertrauen in die Korrektheit der Ergebnisse ist hoch.
Mittel	Es ist unklar, inwieweit die Ergebnisse der Studie durch Störfaktoren verzerrt sind. Störfaktoren sind möglich und könnten die Korrektheit der Resultate infrage stellen.
Hoch	Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie wesentlich durch Störfaktoren verzerrt ist. Das Vertrauen in die Korrektheit der Resultate ist sehr gering.
Unklar	Das Biasrisiko kann aufgrund fehlender Angaben in der Studie nicht bewertet werden und ist unklar.

Quelle: Fröschl et al.²⁴.

Die Beurteilung der Studienqualität von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen bzw. Primärstudien erfolgt anhand der im Anhang in Tabelle 11, Tabelle 13, bzw. Tabelle 16 angeführten Kriterien.

Die Qualitätsbewertung aller Studien wird im Anhang dargestellt. Primärstudien, die in eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten oder Metaanalysen mit einem geringen Biasrisiko enthalten sind, werden in Ergebnisbeschreibung und Qualitätsbewertung nicht berücksichtigt.

4.1.9 Medizinische Volltexte

Es konnten keine medizinischen Volltexte identifiziert werden, anhand der sozialwissenschaftlichen Volltexte werden Rückschlüsse zur Beantwortung der medizinischen Fragestellungen gezogen.

4.1.10 Organisatorische Volltexte

Relevante Inhalte der identifizierten Literatur werden textlich zusammengefasst und bei Bedarf in Tabellen aufbereitet. Neben der Aufarbeitung von aus der Literatur gewonnenen Informationen werden gegebenenfalls aus Sicht des Autorenteam relevante Aspekte genannt und deskriptiv dargestellt.

4.1.11 Sozialwissenschaftliche Volltexte

Die eingeschlossenen Studien zu den Forschungsfragen 3a und 3b werden im Ergebnisteil des Berichts tabellarisch beschrieben. Zusätzlich werden die zentralen Studiendaten in Form von Datenextraktionstabellen im Anhang dargestellt. Die Datenextraktion von Sekundärstudien (systematischen Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTA) erfolgt anhand von Tabelle 10, für Primärstudien anhand von Tabelle 12 bzw. Tabelle 15.

Relevante Inhalte der identifizierten Literatur zu Forschungsfrage 3c werden textlich zusammengefasst und bei Bedarf in Tabellen aufbereitet. Neben der Aufarbeitung der aus der Literatur gewonnenen Informationen werden gegebenenfalls aus Sicht des Autorenteam relevante Aspekte genannt und deskriptiv dargestellt.

4.2 Synthese der Evidenz

4.2.1 Domäne Medizin

Es konnten keine medizinischen Volltexte identifiziert werden; anhand der sozialwissenschaftlichen Volltexte werden Rückschlüsse zur Beantwortung der medizinischen Fragestellungen gezogen.

4.2.2 Domäne Organisation

Die Inhalte der identifizierten Literatur werden deskriptiv dargestellt.

4.2.3 Domäne Sozialwissenschaft

Die Studienergebnisse (der Studien zur Beantwortung der Forschungsfragen 3a und 3b) werden qualitativ akkumuliert (Synthese). Die Ergebnisse der Synthese werden tabellarisch zusammenfassend dargestellt und die Stärke der Evidenz wird eingeschätzt.

Die Synthese der Studienergebnisse zu Forschungsfrage 3c erfolgt des Berichts ebenfalls qualitativ. Die Ergebnisse der Synthese werden deskriptiv dargestellt.

4.2.4 Stärke der Evidenz

Für jeden Endpunkt wird die Stärke der Evidenz eingeschätzt. Die Stärke der Evidenz drückt das Ausmaß des Vertrauens aus, dass die vorhandene Evidenz den Effekt der Intervention (Maßnahme) richtig einschätzt. Als Bewertungskriterien werden das Biasrisiko der einzelnen Studien und die Konsistenz der Ergebnisse zwischen den Studien herangezogen. Die Klassifizierung der Stärke der Evidenz erfolgt entsprechend dem GRADE-Konzept (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Klassifizierung der Stärke der Evidenz

Stärke der Evidenz	Definition
Hoch	Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt verändert.
Moderat	Weitere Forschung wird sich vermutlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Niedrig	Weitere Forschung wird sich sehr wahrscheinlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Sehr niedrig	Der beobachtete Interventionseffekt ist mit sehr großer Unsicherheit behaftet.

Quelle: Guyatt et al.²⁹.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Anhand der systematischen Suche (siehe Anhang 9.1) in den Datenbanken MEDLINE und Cochrane Library am 12. Juni 2017 werden 163 Zusammenfassungen bestellt (nach Deduplikation).

5.1.1 Ergebnisse der Erstselektion

Nach der Erstselektion der Zusammenfassungen anhand oben genannter Selektionskriterien (siehe Tabelle 2) werden acht Zusammenfassungen aus den Datenbanken als Volltext bestellt.

5.1.2 Ergebnisse der Zweitselektion

Die Volltexte werden anhand der in Tabelle 3 genannten Ein- und Ausschlusskriterien selektiert.

Nach Durchsicht der Volltexte durch zwei Autoren (Zweitselektion) werden drei Studien für die Domäne Sozialwissenschaft berücksichtigt. Vier Volltexte werden im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossen. Für die Domäne Medizin konnte keine Studie identifiziert werden. Eine Aufstellung der im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossenen Publikationen unter Nennung der jeweiligen Ausschlussgründe findet sich im Anhang (siehe 0).

5.1.3 Ergebnisse der systematischen Internetsuche

Die systematische Internetsuche identifizierte für die Domäne Sozialwissenschaft elf Studien und für die Domäne Organisation 15 Quellen.

5.1.4 Darstellung des Selektionsprozesses

In folgender Abbildung ist der Selektionsprozess grafisch dargestellt.

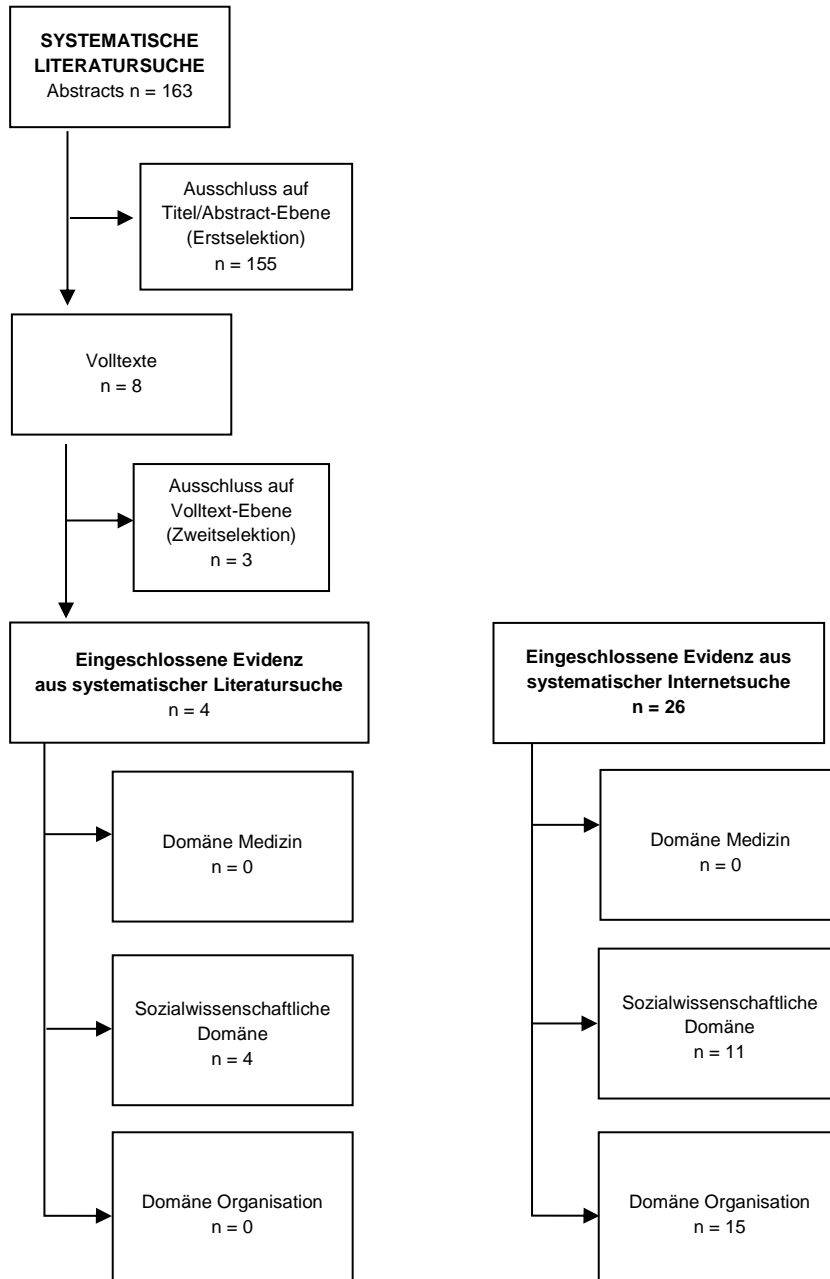


Abbildung 1: Grafische Darstellung des Selektionsprozesses

Quelle: GÖG.

5.2 Ergebnisse Domäne Medizin

Da zur medizinischen Fragestellung keine Studien identifiziert werden konnten, werden sozialwissenschaftliche Studien herangezogen, um indikationsübergreifende Ergebnisparameter zur Bewertung der Wirksamkeit einer Rehabilitation zu identifizieren bzw. um mögliche Unterschiede zwischen sozioökonomisch benachteiligten und sozioökonomisch nicht-benachteiligten Gruppen darstellen zu können.

In den Studien zur sozialwissenschaftlichen Fragestellung konnten folgende indikationsübergreifende Ergebnisparameter identifiziert werden:

- Behandlungsergebnis/-erfolg; Therapieergebnis/-erfolg; Rehabilitationserfolg

- Berufliche Leistungsfähigkeit (i. d. R. definiert als sechs oder mehr Stunden pro Tag)
- Arbeitsfähigkeit im letzten Beruf,
- Arbeitsfähigkeit in einem anderen Beruf,
- Berufliche Wiedereingliederung (erhoben 24 Monate nach Beendigung der Rehabilitation)
- Durchschnittliche Rehabilitationsdauer
- Inanspruchnahme von Rehabilitation durch unterschiedliche sozioökonomischen Gruppen
- Anzahl der im Rahmen der Rehabilitation in Anspruch genommenen Leistungen
- Lebensqualität

Grundsätzlich erscheinen alle diese Parameter geeignet, um mögliche Unterschiede zwischen sozioökonomisch benachteiligten und sozioökonomisch nicht-benachteiligten Gruppen darstellen zu können und somit die Forschungsfragen des vorliegenden Berichts (siehe 3) zu beantworten, da sie Hinweise auf den Zugang bzw. potenzielle Zugangseinschränkungen (Inanspruchnahme von Rehabilitation durch unterschiedliche sozioökonomische Gruppen, durchschnittliche Rehabilitationsdauer, Anzahl der im Rahmen der Rehabilitation in Anspruch genommenen Leistungen), den Erfolg einer Rehabilitation (z. B. Behandlungsergebnis/-erfolg; Therapieergebnis/-erfolg; Rehabilitationserfolg) und die Auswirkungen (z. B. Arbeits-, Leistungsfähigkeit und berufliche Eingliederung) liefern.

Einschränkend ist zum Indikator „Behandlungsergebnis/-erfolg; Therapieergebnis/-erfolg; Rehabilitationserfolg“ zu sagen, dass dieser sich in den betrachteten Studien unterschiedlich darstellt, da ihm zum Teil individuelle – am Beginn der Rehabilitation zwischen Arzt und Patient vereinbarte – Ziele (siehe dazu 5.3.2.6) zugrunde liegen. Die anderen oben genannten Parameter sind zwischen unterschiedlichen Studien gut vergleichbar.

Neben Studien mit indikationsübergreifenden Parametern wurden auch Studien, die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant erscheinen, identifiziert, die indikationsspezifische Parameter – insbesondere im Bereich der Indikation psychische/psychosomatische Störungen – enthalten (z. B. Veränderungen durch die Rehabilitation der Depressivität, Somatisierung, phobische Angst anhand verschiedener Skalen, z. B. SF-14 zur Messung des Behandlungserfolgs). Auch diese Studien werden im Bericht herangezogen.

5.3 Ergebnisse Domäne Organisation

5.3.1 Zuständigkeiten für Rehabilitation

Insgesamt gibt es in Deutschland sieben sogenannte Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX), die für medizinische, berufliche sowie soziale Rehabilitation bzw. für deren Kostenübernahme in Frage kommen. In den folgenden Abschnitten werden die Zuständigkeiten sowie die Voraussetzungen für eine Rehabilitation dargestellt.

5.3.1.1 Krankenversicherung

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation fallen in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen, wenn diese zur Abwendung, Beseitigung, Minderung oder zum Ausgleich einer Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit notwendig sind bzw. die Verschlimmerung der Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit verhüten sowie ihre Folgen mildern sollen (§ 11 Abs. 2 bzw. § 27 Abs. 1 SGB V).

Die Krankenkasse erbringt medizinisch erforderliche ambulante (§ 40 Abs. 1 SGB V) bzw. stationäre (§ 40 Abs. 2 SGB V) Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein entsprechender Versorgungsvertrag vorliegt (§ 111c bzw. § 111 SGB V). Dabei bestimmt die Krankenkasse nach medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls und unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der leistungsberechtigten Personen die Art, Dauer, den Umfang, Beginn und die Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 3 SGB V; § 9 SGB IX). Für ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsleistungen sind entsprechende Zuweisungskriterien zu berücksichtigen. Für eine ambulante Rehabilitation sollte der/die Versicherte ein ausreichendes Aktivitätsprofil aufweisen. Außerdem sollten personen- und umweltbezogene Voraussetzungen für die Versorgung gegeben sein (z. B. Mobilität, zumutbare Fahrzeit, hauswirtschaftliche Versorgung ist sichergestellt)²⁷.

Die Genehmigung und Durchführung von Rehabilitationsleistungen (gemäß § 40 SGB V) sind nur dann indiziert, wenn bei Vorliegen einer Krankheit und deren Auswirkungen die Kriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele sowie positive Rehabilitationsprognose erfüllt sind (5.3.2)²⁷.

Die Krankenkassen sind prinzipiell verpflichtet, die Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation vor der Bewilligung bzw. Verlängerung in Stichproben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen zu lassen (§ 275 SGB V). Von einer Prüfung und Begutachtung durch den MDK kann abgesehen werden, wenn

„a) die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen und die Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung im Rahmen eines AHB-/AR-Verfahrens erfolgt oder

b) die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation zwar vorliegen, die Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung jedoch z. B. aus medizinischen, persönlichen oder Kapazitätsgründen spätestens innerhalb von sechs Wochen erfolgt.“²⁶

Rehabilitationsleistungen können indikationsspezifisch (also krankheitsbezogen, z. B. als kardiologische Rehabilitation) oder indikationsübergreifend (z. B. geriatrische Rehabilitation) erbracht werden²⁶. Generell werden Rehabilitationsleistungen nur dann von der Krankenkasse erbracht, wenn nicht andere Sozialversicherungsträger für das Erbringen dieser Leistungen zuständig sind (§ 40 Abs. 4 SGB V).

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine stationäre AR in Anspruch nehmen, haben zehn Euro pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr als Zuzahlung zu leisten. Die Höhe der Zuzahlung ist dabei von der Einkommenssituation abhängig, ggf. kann sich der Versicherte von der Zuzahlung ganz oder teilweise vom Träger befreien lassen (§ 61 und § 62 SGB V).

5.3.1.2 Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (§ 367 SGB III), die oberste Behörde der Arbeitsverwaltung in Deutschland, ist gemäß § 6a SGB IX Rehabilitationsträger und gemäß § 104 SGB IX für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) zuständig, soweit kein anderer Rehabilitationsträger Vorrang hat. Zu Aufgabe der Bundesagentur für Arbeit zählen unter anderem die Beratung von Arbeitssuchenden sowie die Vermittlung geeigneter Ausbildungs- oder Arbeitsplätze. Bei Bedarf fördert sie hierfür auch Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen. Des Weiteren fördert die Bundesagentur für Arbeit berufliche Bildungsmaßnahmen der Aus- und Weiterbildung sowie behinderungsbedingt erforderliche Grundausbildungen zur Vermittlung spezieller Fertigkeiten, etwa die blindentechnische Grundausbildung⁴².

5.3.1.3 Unfallversicherung

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sind bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation zuständig. Unter bestimmten Voraussetzungen sind die Unfallversicherungsträger gemäß § 26 SGB VII für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zuständig.

5.3.1.3.1 Medizinische Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fallen gemäß SGB VII in den Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherungsträger, wenn Gesundheitsstörungen oder Körperbeschädigungen durch einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit begründet sind. Die Unfallversicherungsträger bestimmen dabei im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Leistungen sowie die Einrichtung zur Leistungserbringung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 26 Abs. 5 SGB VII). Eine stationäre Behandlung (voll- oder teilstationär) in einer Rehabilitationseinrichtung wird dann erbracht, wenn für das Erreichen des Behandlungsziels eine Aufnahme erforderlich ist (§ 33 Abs. 1 SGB VII).

Je nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens werden durch die Unfallversicherungsträger geeignete Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. In der Akutphase wird durch ein abgestuftes Verfahren die sofortige Versorgung der verletzten Person sichergestellt (Durchgangsarzt-, stationäres Durchgangsarzt-, Verletzungsarten- (VAV), Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV), Handchirurgie,

Psychotherapeutenverfahren). Für die anschließende Phase der Rehabilitation wird ebenfalls ein abgestuftes System der Übungsbehandlung angewandt, das Krankengymnastik/physikalische Therapie, erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) sowie arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) umfasst. EAP kommt hauptsächlich bei schweren Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats in Betracht. Medizinische Indikationen für BGSW umfassen schwere, tiefgehende bzw. komplexe Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats, periphere Nervenverletzungen und Schädel-Hirnverletzungen gemäß dem Verletzungsartenverzeichnis für das VAV oder das SAV^{18, 19, 20}.

5.3.1.3.2 Berufliche Rehabilitation

Die Unfallversicherungsträger erbringen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 35 SGB VII nach den §§ 33 bis 38a des SGB IX sowie in Werkstätten für behinderte Menschen nach den §§ 40 und 41 SGB IX. Nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit können manche Versicherte nicht ohne weiteres ihre berufliche Tätigkeit wiederaufnehmen. Die Unfallversicherungsträger haben die Aufgabe, sie frühzeitig und dauerhaft entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung ihrer Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit wieder einzugliedern. Koordiniert werden die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den Berufshelfer oder Reha-Manager⁴².

5.3.1.3.3 Soziale Rehabilitation

Die Unfallversicherungsträger erbringen gemäß § 39 SGB VII außerdem Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie ergänzende Leistungen. Dazu zählen insbesondere Beiträge und Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung, ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung, Reisekosten, Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten, Wohnungshilfe sowie Kraftfahrzeughilfe.

5.3.1.4 Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen der **medizinischen** sowie der **beruflichen** Rehabilitation (§ 9 SGB VI), wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Rehabilitationsmaßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsleistungen und für berufliche Rehabilitation erfüllt sind.

5.3.1.4.1 Medizinische Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fallen gemäß § 9 SGB VI in den Aufgabenbereich der Rentenversicherung, wenn den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen bzw. seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegengewirkt bzw. sie überwunden werden soll. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person oder deren vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert werden oder die Person soll wieder möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben eingegliedert werden.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 26 bis § 31 SGB IX (ausgenommen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung) (§ 15 SGB VI). Stationäre Rehabilitation wird in Einrichtungen erbracht, die entweder vom Rentenversicherungsträger selbst betrieben werden oder mit denen ein entsprechender Vertrag gemäß § 21 SGB IX besteht (§ 15 Abs. 2 SGB VI). Der Träger der Rentenversicherung bestimmt „im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen“ (§ 13 SGB VI).

Medizinische (bzw. ähnliche) Rehabilitationsleistungen dürfen einmal in vier Jahren erbracht werden, außer es sind vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen (z. B. aufgrund einer notwendigen AHB/AR) dringend erforderlich (§ 12 SGB VI).

Der zuständige Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen sowie medizinische Anwendungen. Bei Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation muss der Versicherte höchstens zehn Euro pro Tag für längstens 14 Tage im Kalenderjahr zuzahlen. Die Höhe der Zuzahlung ist dabei von der Einkommenssituation abhängig, ggf. kann sich der Versicherte von der Zuzahlung ganz oder teilweise vom Träger befreien lassen (§ 32 SGB VI)^{23, 38}.

5.3.1.4.2 Berufliche Rehabilitation

Das zweite große Leistungspaket der gesetzlichen Rentenversicherung enthält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI). Dies sind unter anderem Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, wie zum Beispiel technische Hilfen für eine behinderungsgerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes, sowie Leistungen zur beruflichen Anpassung und Weiterbildung, Überbrückungsgeld bei Gründung einer selbstständigen Existenz und Leistungen für Maßnahmen im Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen. Zum Leistungskatalog der gesetzlichen Rentenversicherung gehören auch ergänzende Leistungen im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme, wie Reise- sowie Kinderbetreuungskosten oder Übergangsgeld. Mit dem Übergangsgeld soll während einer Rehabilitationsmaßnahme – zum Beispiel bei einer Umschulung – der Lebensunterhalt des Betroffenen und seiner Familie gesichert werden.

5.3.2 Voraussetzungen einer Rehabilitation

Leistungen der medizinischen sowie beruflichen Rehabilitation können nur dann von einem Träger der Rentenversicherung erbracht werden, wenn neben den sozialmedizinischen auch die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt werden^{21, 38}.

5.3.2.1 Persönliche Voraussetzungen der medizinischen sowie der beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung

Um festzustellen, ob eine medizinische Rehabilitation durch einen Träger der Rentenversicherung in Betracht kommt, sind zwei miteinander verknüpfte Voraussetzungen (Persönliche Voraussetzungen gemäß § 10 SGB VI) zu prüfen:

- Die Erwerbsfähigkeit muss aufgrund von Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert sein und
- es ist zu erwarten, dass diese erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgewendet bzw. wiederhergestellt oder gebessert werden kann werden kann.

5.3.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der medizinischen sowie der beruflichen Rehabilitation durch die Rentenversicherung

Bei der Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen gemäß § 11 SGB VI vorliegen. Je nachdem, welche Art der Rehabilitationsleistung (z. B. medizinische Rehabilitation inkl. AHB, berufliche/onkologische Rehabilitation/Kinderrehabilitation) erbracht werden soll, können verschiedene versicherungsrechtliche Voraussetzungen herangezogen werden:

- Nachweis einer bestimmten Mindestversicherungszeit (z. B. Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren; Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit)
- Bezahlung der Pflichtbeiträge für sechs Kalendermonate in den letzten zwei Jahren vor Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen
- Ausübung einer versicherten Beschäftigung/selbstständigen Tätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach der Ausbildung bis zum Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen oder wenn Versicherte nach einer entsprechenden Beschäftigung/Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder -los waren

- Der/die Versicherte ist vermindert erwerbsfähig bzw. dieser Zustand droht einzutreten und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren wird erfüllt.

Des Weiteren dürfen auch keine Ausschlussgründe (siehe 5.3.2.5) bei Antragstellung vorliegen.

5.3.2.3 Persönliche Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung

Dann wird geprüft, ob durch die Rehabilitationsmaßnahme eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt oder ausgeglichen werden kann. Auch die Vermeidung der Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung oder die Milderung der Folgen kann Ziel einer Rehabilitationsmaßnahme sein. Voraussetzung ist, dass diese Ziele nicht durch andere Leistungen der Krankenkasse erreicht werden können, z. B. Versorgung durch den Hausarzt oder Verordnung von Krankengymnastik.

5.3.2.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenversicherung

Damit die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme trägt, muss der Antragsteller zunächst gesetzlich krankenversichert sein. Weitere versicherungsrechtliche Voraussetzungen bestehen nicht. Die Krankenkasse prüft dann, ob nicht ein anderer Kostenträger vorrangig zuständig ist, z. B. die Unfallversicherung nach einem Arbeitsunfall.

5.3.2.5 Ausschlussgründe für Anspruch auf Rehabilitationsleistungen

Versicherte haben gemäß § 12 SGB VI keinen Anspruch auf medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen, wenn sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird oder
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind. Dies gilt nicht für Versicherte im erleichterten Strafvollzug bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

5.3.2.6 Sozialmedizinische Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation basieren in Deutschland auf einer Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, der sogenannten International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dabei werden folgende Kriterien betrachtet²¹:

- Die Beurteilung der **Rehabilitationsbedürftigkeit** hat zum Ziel, die geminderte oder erheblich gefährdete Leistungsfähigkeit des Versicherten im Kontext des beruflichen und sozialen Umfelds sowie unter Würdigung der somatischen, psychischen, sozialen und ökonomischen Einschränkungen festzustellen. Hierfür werden u. a. Informationen zu Symptomen/Beschwerden, Verlauf, Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, körperliche Beeinträchtigungen, Risikofaktoren, Motivation, berufliche Belastungen, Alltagsbewältigung, drohender Arbeitsplatzverlust, Antrag auf Rente aufgrund von Erwerbsminderung erhoben.

- **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung des Rehabilitanden, die die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme möglich macht (Frühmobilität, Motivation und Belastbarkeit).
- Die **Rehabilitationsprognose** ist eine Beurteilung der Wahrscheinlichkeit hinsichtlich der Erreichbarkeit eines angestrebten Rehabilitationsziels. Dabei wird auch die Art und Dauer der Leistung berücksichtigt. Die Rehabilitationsprognose ist eng mit der Rehabilitationsfähigkeit verknüpft.
- Durch die Definition eines **Rehabilitationsziels** sollen die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose zusammengeführt werden. Es wird individuell festgelegt und umfasst eine wesentliche Verbesserung der funktionalen Gesundheit bzw. eine Abwendung von Beeinträchtigungen, indem verbliebene Fähigkeiten adaptiert und Kompensationsmöglichkeiten erlernt werden.

5.3.3 Antragsverfahren der Rehabilitation

Um Leistungen der medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation zu erhalten, müssen Betroffene einen Rehabilitationsantrag bei einem zuständigen Kostenträger stellen. Welcher Kostenträger für den Rehabilitationsantrag zuständig ist, ist von Fall zu Fall unterschiedlich.

Um eine Rehabilitation zu beantragen, muss ein Antrag an den jeweiligen Rehabilitationsträger gestellt werden. Jeder Patient hat nach § 9 SGB IX das Recht, einen „berechtigten Wunsch“ bzgl. der Rehabilitationseinrichtung, in der er gern behandelt werden möchte, zu äußern, der nicht ohne rechtlichen Grund abgelehnt werden kann. Für den Bereich der Krankenversicherung heißt es z. B. in § 23 und § 40 SGB V, dass die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Der Antragsteller sollte zumindest darauf achten, dass die Klinik seiner Wahl von einer unabhängigen Stelle zertifiziert und diese Zertifizierung von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannt wurde. Damit soll gewährleistet werden, dass nach hohen, regelmäßig überprüften Qualitätsstandards therapiert wird. Im Zweifelsfall sollte er sich im Vorfeld immer vom zuständigen Kostenträger (z. B. der Krankenkasse oder der Rentenversicherung) beraten lassen.

Bei einer AHB wird grundsätzlich noch während des Krankenhausaufenthalts durch den behandelnden Arzt festgestellt, ob der Patient für eine AHB geeignet ist, und das Verfahren eingeleitet. Der Versicherte stellt hierfür beim zuständigen Sozialversicherungsträger einen Antrag auf AHB und wird dabei durch den Sozialdienst des Krankenhauses bzw. durch den behandelnden Arzt unterstützt, die/der sich mit einer infrage kommenden Rehabilitationseinrichtung in Verbindung setzt und die weitere Organisation übernimmt. Je nachdem, welcher Sozialversicherungsträger zuständig ist, kann das Antragsverfahren für AR unterschiedlich sein (z. B. Direkteinweisung oder Schnelleinweisung bei der Rentenversicherung)^{23, 41}.

5.3.4 Koordinierung und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben im SGB IX wurden in Deutschland in allen Landkreisen sowie kreis- und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen eingerichtet, die jedem Rat- und Hilfesuchenden in allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe als Anlaufstelle zur Verfügung stehen. Die Reha-Servicestellen sind zwar organisatorisch immer bei einem bestimmten Rehabilitationsträger (gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Rentenversicherungsträger, gesetzliche Unfallversicherungsträger, Agenturen für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge oder öffentliche Jugend- oder Sozialhilfeträger) angesiedelt, aber durch die Bildung regionaler Beratungsteams stehen jedoch jeder gemeinsamen Servicestelle jederzeit die Mitarbeiter anderer Rehabilitationsträger für Rückfragen zur Verfügung. Grundsatz ist, dass kein Betroffener an eine andere Stelle verwiesen wird, sondern in der Reha-Servicestelle umfassend, qualifiziert und zeitnah beraten wird.

In der Reha-Servicestelle erhält der Ratsuchende Auskünfte über die Zielsetzung, Zweckmäßigkeit und Erfolgsaussicht möglicher Leistungen zur Teilhabe. Es wird der individuelle Hilfebedarf ermittelt und geklärt, welcher Rehabilitationsträger für die Leistungen zuständig ist. Sind Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger angezeigt, koordiniert die Reha-Servicestelle die Zusammenarbeit dieser Träger. Außerdem helfen die Mitarbeiter der Reha-Servicestelle bei der Antragstellung sowie Weiterleitung von

Anträgen an den zuständigen Rehabilitationsträger und stehen dem Betroffenen bis zur Leistungserbringung unterstützend zu Seite. Die gesetzliche Rentenversicherung hat in Abstimmung mit den anderen Rehabilitationsträgern die Koordinierung für die Einrichtung der gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation in den einzelnen Regionen übernommen.³⁴

5.4 Ergebnisse Domäne Sozialwissenschaft

Zu ihrer Beantwortung der sozialwissenschaftlichen Fragestellung wurden im Rahmen der systematischen Literatur- sowie der Internetsuche 15 Studien identifiziert, davon können 13^{6, 7, 8, 10, 11, 17, 28, 31, 32, 33, 35, 43} Beobachtungsstudien den Fragen 3a und 3b (siehe 5.4.1) und vier Studien^{3, 6, 10, 15} der Frage 3c (siehe 5.4.2) zugeordnet werden, d. h. zwei Studien^{6, 10} beschäftigen sich mit allen Fragestellungen.

5.4.1 Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf den Zugang und den Erfolg von Rehabilitation

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse zur Domäne Sozialwissenschaft (Frage 3a und 3 b) zusammenfassend dargestellt, die Synthese der Evidenz (Ergebnisse) findet sich in BAua = Bundesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. BIBB = Bundesinstitut für Berufsbildung.

Tabelle 7. Die ausführlichen Extraktionstabellen finden sich im Anhang unter 9.4.

Tabelle 6: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der sozialwissenschaftlichen Fragestellung

Autor(en), Jahr	Studiendesign	Studiengröße	Interventionen Maßnahmen	Zielgruppe	Endpunkte	Ergebnis	Biasrisiko
Beck et al. 2014/Beck et al. 2010	Beobachtungsstudie; Befragung	n1 = 17.870; BIBB/BAua-Erwerbstätigenbefragung 2011/12 n2 = 17.803; BIBB/BAua – Erwerbstätigenbefragung 2005/06	Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht spezifiziert	Erwerbstätige ab 15 Jahren mit einer Arbeitszeit von mindestens 10 h/Woche; lediglich Angaben von Arbeitern, Angestellten, Beamten und mithelfenden Familienangehörigen wurden miteinbezogen. Selbstständige, Freiberufler und freie Mitarbeiter wurden nicht berücksichtigt.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung von BGF-Maßnahmen; <ul style="list-style-type: none"> ○ Betriebsgröße ○ Wirtschaftsbereich ○ Wirtschaftliche Lage • Schätzung der Verbreitung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in bundesdeutschen Betrieben: • Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen; <ul style="list-style-type: none"> ○ Betriebsgröße ○ Wirtschaftsbereich ○ Wirtschaftliche Lage ○ Geschlecht ○ Alter 	<p>Verbreitung von BGF-Maßnahmen: Zwischen 2006 und 2012 hat sich der Anteil der Beschäftigten, die von BGF-Maßnahmen in ihrem Betrieb berichteten, um 6 Prozentpunkte von 38 % auf 44 % erhöht. Zuwächse zeigten sich in allen Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftsbereichen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße:</u> BGF-Häufigkeit variiert in Abhängigkeit von der Betriebsgröße. Sowohl 2006 als auch 2012 war die Quote bei Beschäftigten aus großen Betrieben fast viermal höher als bei Beschäftigten aus Kleinstbetrieben. • <u>Wirtschaftsbereich</u> • <u>Wirtschaftliche Lage</u> <p>Schätzung der Verbreitung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in bundesdeutschen Betrieben:</p> <p>Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betriebsgröße</u> • <u>Wirtschaftsbereich</u> • <u>Geschlecht</u> BGF-Häufigkeit variiert in Abhängigkeit von der Betriebsgröße. Sowohl 2006 als auch 2012 war die Quote bei Beschäftigten aus großen Betrieben fast viermal höher als bei Beschäftigten aus Kleinstbetrieben. • <u>Alter</u> <p><u>Wirtschaftliche Lage</u></p>	Mittel

Tabelle 6 – Fortsetzung

Kobelt et al. 2013	Beobachtungsstudie	Insg.: n = 381; n1 = 290 (Deutsche) n2 = 91 (Migranten)	Stationäre Rehabilitation (Indikation psychische/ Psychosomatische Störungen)	Personen mit Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsfähigkeit • Leistungsfähigkeit 	<p>Arbeitsfähigkeit: <u>Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme:</u> Deutsche: unter 4 Wochen: 51,9 %, über 4 Wochen: 48,1 % Migranten: unter 4 Wochen: 34,8 %, über 4 Wochen: 65,2 % <u>Arbeitsfähigkeit bei Entlassung:</u> Deutsche: arbeitsfähig: 81,5 %, arbeitsunfähig: 18,5 % Migranten: arbeitsfähig: 84,6,5 %, arbeitsunfähig: 15,4 % Leistungsvermögen: <u>Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit:</u> Deutsche: mehr als 6 Stunden: 89,7 %; 3-6 Stunden: 0,3 %; unter 3 Stunden: 10,0 % Migranten: mehr als 6 Stunden: 89,0 %; 3-6 Stunden: 1,1 %; unter 3 Stunden: 9,9 % <u>Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt:</u> Deutsche: mehr als 6 Stunden: 99,0 %; 3-6 Stunden: 0,7 %; unter 3 Stunden: 0,3 % Migranten: mehr als 6 Stunden: 96,7 %; 3-6 Stunden: 2,2 %; unter 3 Stunden: 1,1 %</p>	Gering
Möske et al. 2008	Beobachtungsstudie; Erhebung mittels standardisierter psychometrischer Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente (Prä-Post-Design)	N = 852, davon 99 mit türkischem Migrationshintergrund	Stationäre Rehabilitation (Indikation psychische/psychosomatische Störungen)	Personen mit türkischem Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Symptombelastung (zu Beginn der Erhebung) • Behandlungserfolg (gemessen anhand der Veränderungen durch die Rehabilitation der Depressivität, Somatisierung, phobische Angst anhand SCL-14, Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität SF-8, Hamburger Selbstfürsorge Fragebogen HSF, Health of the Nation Outcome Scale HoNOS-D, Global Assessment Scale of Functioning GAF); • Auswirkungen potenzieller soziodemografischer Risikofaktoren 	<p>Symptombelastung: signifikant höhere psychopathologische Gesamtbelastung und geringere Lebensqualität bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (als bei deutschen Patienten) Behandlungserfolg: geringere Behandlungserfolge (als bei deutschen Patienten) zeigen sich bei Patienten aus der Türkei Auswirkungen potenzieller soziodemografischer Risikofaktoren (Prädiktoren): Einen signifikant negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg türkischer Patienten haben neben dem Migrationshintergrund eine hohe Arbeitsunfähigkeitsdauer, und somatische Störungen. Bei deutschen Patienten sind signifikante Prädiktoren Partnerlosigkeit, Persönlichkeitsstörungen und der berufliche Status als Hausfrau</p>	Mittel

Tabelle 6 – Fortsetzung

Brause et al. 2010	Beobachtungsstudie; retrospektive Datenauswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungsträger Rheinland und Westfalen	n = 363.855	Stationäre Rehabilitation (alle Indikationen)	Personen mit türkischem Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil türkischstämmiger Rehabilitanden, • Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation, • Rehabilitationserfolg (unverändert/verschlechtert versus verbessert). 	<p>Anteil türkischstämmiger Rehabilitanden: 4,8 % der Stichprobe</p> <p>Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation: Unter den nicht-türkischstämmigen Rehabilitanden fanden sich anteilig signifikant ($p < 0,001$ bei Männern und Frauen) mehr, die wieder 6 Stunden und mehr (pro Tag) in ihrem alten Beruf arbeiten konnten (Männer 71,4 %, Frauen: 73,5 % versus türkischstämmige Männer: 65,9 % und türkischstämmige Frauen 62,9 %).</p> <p>Rehabilitationserfolg: Für insgesamt 305.155 Personen lagen Angaben zum Rehabilitationserfolg vor; diese zeigen, dass sich der gesundheitliche Zustand von türkischen Rehabilitanden signifikant seltener verbesserte als bei nicht-türkischen Personen (Verbesserung bei 73,1 % der türkischen und 81,6 % der nicht-türkischen Männer; $p < 0,001$; (Verbesserung bei 70,8 % der türkischen und 81,9 % der nicht-türkischen Frauen; $p < 0,001$)</p>	Mittel
--------------------	--	-------------	---	---	--	---	--------

Tabelle 6 – Fortsetzung

<p>Zollmann et al. 2015</p>	<p>Beobachtungsstudie; retrospektive Datenauswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung</p>	<p>n = 128.165 Rehabilitanden (davon 5,8 % mit ausländischer Staatsangehörigkeit)</p>	<p>Stationäre Rehabilitation (Indikation psychische/psychosomatische Störungen)</p>	<p>Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme von psychosomatischer Rehabilitation (altersstandardisiert) • Rehabilitationssetting (ambulant/stationär) • Rehabilitationsdauer (Tage) • Anzahl der therapeutischen Leistungen • Behandlungsergebnis (verbessert, unverändert, verschlechtert) • Berufliche Leistungsfähigkeit (im letzten Beruf), • Arbeitsfähigkeit • Berufliche Wiedereingliederung • Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung 	<p>Inanspruchnahme von psychosomatischer Rehabilitation: Die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate der türkischen Versicherten liegt, besonders bei Frauen, deutlich über jener deutscher Versicherter (türkische Männer 35,5/10.000 versus deutsche Männer 27,2/10.000; türkische Frauen 77,9/10.000 versus deutsche Frauen 54,1/10.000). Versicherte mit einer anderen/unbekannten Staatsbürgerschaft weisen die geringsten Inanspruchnahmeraten auf.</p> <p>Rehabilitationssetting: keine wesentlichen Unterschiede</p> <p>Rehabilitationsdauer: keine wesentlichen Unterschiede</p> <p>Anzahl der in Anspruch genommenen therapeutischen Leistungen: keine wesentlichen Unterschiede</p> <p>Behandlungsergebnis: deutliche Unterschiede hinsichtlich des Behandlungsergebnisses: 83,7 % der deutschen, 70,6 % der türkischen und 79 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit werden aus der Rehabilitation mit einem verbesserten Gesundheitszustand entlassen.</p> <p>Berufliche Leistungsfähigkeit: deutliche Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit: Volle berufliche Leistungsfähigkeit von 6 oder mehr Stunden pro Tag besteht bei 80,1 % der deutschen, 66,3 % der türkischen und 70,1 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit.</p> <p>Arbeitsfähigkeit: deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit: 50,6 % der deutschen, 34,3 % der türkischen und 44,6 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit beenden die Rehabilitation arbeitsfähig.</p> <p>Berufliche Wiedereingliederung: deutliche Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung: 74,6 % der deutschen, 53,5 % der türkischen und 67,7 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit nehmen innerhalb von 24 Monaten nach Beendigung der Rehabilitation eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf.</p> <p>Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung: Die Staatsangehörigkeit als Einflussfaktor ist zwar signifikant, klärt aber nur einen geringen Teil der Varianz. Besonders wichtige Einflussfaktoren sind die versicherungspflichtige Beschäftigung im Jahr vor Rehabilitationsbeginn, die Leistungsfähigkeit, das Alter, sowie das versicherungspflichtige Entgelt im Jahr vor Rehabilitationsbeginn.</p>	<p>Gering</p>
-----------------------------	--	---	---	--	---	---	---------------

Tabelle 6 – Fortsetzung

Brzoska et al. 2015	Zusammenfassung quantitativer Auswertungen von Rehabilitationsroutinedaten sowie qualitativer Auswertungen von Interviews mit Rehabilitandinnen und Gesundheitspersonal	Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen; n = 363.855	Stationäre Rehabilitation (alle Indikationen)	Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation • Ergebnisse rehabilitativer Versorgung • Berufliche Leistungsfähigkeit • Erwerbsminderung nach der Rehabilitation • Subjektives Behandlungsergebnis • Versorgungszufriedenheit 	Menschen mit Migrationshintergrund nehmen rehabilitative Versorgungsangebote seltener in Anspruch als Nichtmigranten/Nichtmigrantinnen. Gleichzeitig weisen jene, die die Rehabilitation nutzen, eine geringere Versorgungszufriedenheit und ungünstigere rehabilitative Ergebnisse auf. Das spiegelt sich beispielsweise in der beruflichen Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation sowie im subjektiv wahrgenommenen Behandlungsergebnis. Sozioökonomische, demografische und gesundheitliche Faktoren erklären die Zusammenhänge nur teilweise.	Gering
---------------------	---	--	---	---	---	---	--------

Tabelle 6 – Fortsetzung

Brause et al. 2012	Beobachtungsstudie	n = 363.855; Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen	Stationäre Rehabilitation (alle Indikationen)	Personen mit türkischem Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Bewilligungsdiagnosen/Indikationsgebiet • Behandlungsergebnis • Behandlungsergebnis nach Indikationsgebiet • Ergebnisse des Behandlungserfolgs 	<p>Stichprobe: von 363.855 waren 4,8 % türkisch-stämmige Rehabilitanden; rund zwei Drittel waren Männer und ein Drittel Frauen; türkisch-stämmige Rehabilitanden waren jünger, hatten häufiger keine Berufsausbildung und arbeiteten dementsprechend häufiger als un- oder angelernte Arbeiter als die nicht-türkischen Personen in der Stichprobe.</p> <p>Bewilligungsdiagnosen/Indikationsgebiet: Rund die Hälfte aller Rehabilitanden erhielten Leistungen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems/Bindegewebes; kein großer Unterschied bezüglich Geschlecht; bei psychosomatischer Rehabilitation jede dritte türkische Frau und jede fünfte nicht-türkische Frau. Bei türkischen Frauen geringere Häufigkeit von Neubildungen; die Unterschiede zeigten sich bei Männer ebenfalls, jedoch nicht so deutlich.</p> <p>Türkische Rehabilitanden nutzen stationäre Aufenthalte und der Aufenthalt war im Durchschnitt geringfügig kürzer.</p> <p>Behandlungsergebnis: Bei 68,2 % Verbesserung des Gesundheitszustandes, bei 15,2 % unverändert und bei 0,5 % eine Verschlechterung; Verbesserung des Gesundheitszustandes über alle Diagnosegruppen bei türkischen Rehabilitanden deutlich geringer als bei nicht-türkischen Personen.</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede im Behandlungsergebnis bezüglich der Ausprägung des Bildungsabschlusses.</p> <p>Behandlungsergebnis nach Indikationsgebiet: signifikante Unterschiede bei türkischen und nicht-türkischen Rehabilitanden im Bereich der Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems/Bindegewebserkrankungen und psychischen/Verhaltensstörungen;</p> <p>Ergebnisse des Behandlungserfolgs: Migrationsstatus bei Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems/Bindegewebes, den psychischen/Verhaltensstörungen, den Erkrankungen des Atmungs- und des Verdauungssystems/Stoffwechsels als signifikanter Einflussfaktor auf das Behandlungsergebnis. Nicht-türkische Menschen hatten, adjustiert für Geschlecht, Alter, Beruf, Anzahl, Dauer und Art der Rehabilitation, eine höhere Chance, dass sich ihr Zustand verbessert (1,4 bis 2,1).</p>	
--------------------	--------------------	--	---	---	---	---	--

Tabelle 6 – Fortsetzung

Schuhmann et al. 2014	Retrospektive Beobachtungsstudie, einmalige Fragebogenerhebung unter Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher	n = 277 Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher	Stationäre Rehabilitation (alle Indikationen)	Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Gesundheitszustand • Subjektive Krankheitsschwere • Rehabilitationsinitiative (von wem ausgehend) • Erstantragsablehnung/Widerspruch, Rehabilitationserfahrung (bereits einmal wurde eine Rehabilitation in Anspruch genommen) • Subjektiver Rehabilitationserfolg und -zufriedenheit 	<p>Allgemeiner Gesundheitszustand: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.</p> <p>Subjektive Krankheitsschwere: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.</p> <p>Rehabilitationsinitiative: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status</p> <p>Erstantragsablehnung/Widerspruch: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status (hier liegt der p-Wert mit 0,06 nur knapp über dem üblicherweise verwendeten Signifikanzniveau)</p> <p>Rehabilitationserfahrung: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status</p> <p>Subjektiver Rehabilitationserfolg und -zufriedenheit: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.</p>	Hoch
Grande et al. 2002	Längsschnittstudie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden zu drei Messzeitpunkten	Stichprobe von 668 Patienten in 67 Akutkliniken in Nordrhein-Westfalen. Männer: n = 238 Frauen: n = 60	Kardiovaskuläre stationäre Rehabilitation	Stichprobe von 668 Patienten in 67 Akutkliniken in Nordrhein-Westfalen. Die Ergebnisse beziehen sich nur auf Patienten, die die Rehabilitation bis zum 2. Messzeitpunkt absolviert und den T2-Fragebogen ausgefüllt haben: Männer: n = 238 Frauen: n = 60	<ul style="list-style-type: none"> • Soziodemografische Merkmale/medizinischer und psychosozialer Rehabilitationsbedarf • Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation • Durchführung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen • Inanspruchnahme einzelner therapeutischer Angebote während der Rehabilitation 	<p>Soziodemografische Merkmale/medizinischer und psychosozialer Rehabilitationsbedarf: Frauen unterscheiden sich in fast allen medizinischen, psychischen und sozialen Merkmalen, die zur Charakterisierung der Ausgangslage von Männern und Frauen herangezogen wurden. Frauen sind im Mittel fast 6 Jahre älter, haben häufiger nur einen Hauptschulabschluss und sind seltener berufstätig; Zuordnung zur Unter- und ein geringer Teil zur Oberschicht. Frauen berichten über höhere Depressivität und Ängstlichkeit sowie stärkere Ausprägung von Somatisierungstendenzen. Bei der Risikofaktorenbelastung litten sie nach ärztlichen Angaben häufiger unter Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Adipositas und rauchten seltener als Männer. Bei der Schwere des Indexinfarkts fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.</p> <p>Zusammenfassend: Frauen haben ein ungünstigeres Risikofaktorenprofil, höhere psychische Belastung sowie schlechteren sozialen Status.</p> <p>Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation: Zum Zeitpunkt t2: 79,8 % Frauen und 86,7 % Männer; nicht das Geschlecht, sondern das Alter hatte Einfluss auf die Teilnahme; hinsichtlich der Dauer gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.</p> <p>Inanspruchnahme einzelner therapeutischer Angebote während der Rehabilitation: keine geschlechtsspezifischen Unterschiede</p>	Mittel

Tabelle 6 – Fortsetzung

<p>Deck et al. 2016</p>	<p>Beobachtungsstudie</p>	<p>n = 687; orthopädische Rehabilitation: n = 360 und psychosomatische Rehabilitation: n = 327</p>	<p>Stationäre orthopädische und psychosomatische Rehabilitation</p>	<p>Patienten im Alter von 21 und 87 Jahren, die sich entweder einer psychosomatischen oder einer orthopädischen Rehabilitation unterzogen haben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationsinanspruchnahme von Patienten nach Schichtmerkmalen („Zugang“) • Subjektive Gesundheit (zu Beginn der Intervention); Berufliches Risiko zu Beginn der Rehabilitation (t1) und 4 Monate nach der Rehabilitation (t2) <p>1)) Therapieangebot während des Rehabilitationsprozesses, subjektive Gesundheit (4 Monate nach der Intervention)</p>	<p>Inanspruchnahme: Personen aus der Unter- und Mittelschicht entscheiden sich aufgrund von Arztempfehlung für eine Rehabilitation, Rehabilitanden aus der Oberschicht treffen Entscheidung oft selbst.</p> <p>Subjektive Gesundheit zu Beginn der Rehabilitation (t1): Unter Berücksichtigung der Zugehörigkeit zu einer Sozialschicht ist für die Indikation Orthopädie zu erkennen, dass Personen aus der Mittel- und Oberschicht in den relevanten Outcomes Funktionsbehinderung und Teilhabe signifikant geringer belastet sind als die Unterschicht. Bei den psychosomatischen Rehabilitanden ist der Belastungsunterschied ebenfalls bezüglich Funktionsbehinderungen zugunsten der Mittel- und Oberschicht am höchsten; darüber hinaus ist allerdings bezüglich der Teilhabe festzustellen, dass Mitglieder der Mittel- und Oberschicht deutlich stärker belastet sind.</p> <p>Berufliches Risiko zu t1: Erfassung des beruflichen Risikos für noch berufstätige Rehabilitanden (= 71 %); Orthopädie: 15 % und Psychosomatik: 17 % in der höchsten Risikogruppe, in der Gruppe orthopädische Rehabilitation hatte die Unterschicht ein signifikant höheres Risiko hinsichtlich der Erwerbsprognose: Ein Drittel befindet sich in der höchsten Risikogruppe, in Mittel- und Oberschicht liegt dieser Anteil zwischen 10 und 15 %; bei psychosomatischer Rehabilitation besteht zwischen den Schichtgruppen keine statistische Signifikanz.</p> <p>Therapieangebot während des Rehabilitationsprozesses: Es scheint schichtspezifische Unterschiede zu geben: orthopädische Rehabilitanden der Unterschicht sind signifikant häufiger in Ergo – und Beschäftigungstherapie zu finden. In der psychosomatischen Rehabilitation gibt es keine signifikanten Unterschiede.</p> <p>Subjektive Gesundheit vier Monate nach der Rehabilitation (t2): Rehabilitanden der Oberschicht profitieren stärker von orthopädischer/psychosomatischer Rehabilitation als jene der Unterschicht. In der Unterschicht ist vier Monate nach orthopädischer Rehabilitationsmaßnahme eine subjektive Verschlechterung der Gesundheit festzustellen. Nach psychosomatischer Rehabilitation weisen Mittel- und Unterschicht minimale Verbesserungen bzw. in der Teilhabe Verschlechterungen auf.</p> <p>Berufliches Risiko zu t2: Risiko orthopädischer Rehabilitandinnen verändert sich nur geringfügig; nach der psychosomatischen Rehabilitation steigt das Risiko für Mittelschicht und sinkt für Unter- und Oberschicht signifikant.</p>	<p>Mittel</p>
-------------------------	---------------------------	--	---	---	--	---	---------------

BAua = Bundesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung. BIBB = Bundesinstitut für Berufsbildung.

Tabelle 7: Synthese der Studienergebnisse nach Zielgruppen

Endpunkt	Studien mit entsprechendem Endpunkt, Studiendesign, Gesamtstudienteilnehmer und Biasrisiko	Gesamteffekt (Synthese der Einzelergebnisse)	Limitationen, Anmerkungen	Stärke der Evidenz
Personen mit Migrationshintergrund				
Inanspruchnahme	<p>Brzoska et al. 2010/2012/2013 Beobachtungsstudie <u>2 Datenquellen:</u> Sozioökonomische Panels: n = 19.521 Deutsche Rentenversicherung: n = 634.529</p> <p>Möske et al. 2011 Beobachtungsstudie n = 25.066</p> <p>Zollmann et al. 2015 Beobachtungsstudie n = 128.165</p> <p>Brzoska et al. 2015 Beobachtungsstudie (Zusammenfassung quantitativer Auswertungen von Rehabilitationsroutinedaten) n = 363.855</p>	<p>Drei Beobachtungsstudien, die alle Rehabilitationsindikationen betrachten, zeigen, dass die Inanspruchnahme durch Personen mit Migrationshintergrund signifikant geringer ist als durch deutschen Patienten. Eine Studie, die allerdings nur die psychosomatische Rehabilitation betrachtet, zeigt eine höhere Inanspruchnahme (altersstandardisiert) durch Personen mit Migrationshintergrund.</p> <p>Das heißt, dass bei Betrachtung aller Indikationen eine signifikant niedrigere Inanspruchnahme bei Personen mit Migrationshintergrund gegeben zu sein scheint. Für psychosomatische Rehabilitation zeigt sich ein gegenteiliger Effekt.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko bei allen betrachteten Studien, allerdings keine RCT.</p>	Hoch

Tabelle 7 – Fortsetzung

<p>Behandlungsergebnis/ -erfolg/Therapieergebnis/ -erfolg/Rehabilitations- erfolg</p>	<p>Möske et al. 2011 Beobachtungsstudie n = 25.066</p> <p>Möske et al. 2008 Beobachtungsstudie n = 852</p> <p>Brause et al. 2010 Beobachtungsstudie n = 363.855</p> <p>Zollmann et al. 2015 Beobachtungsstudien n = 128.165</p> <p>Brzoska et al. 2015 Beobachtungsstudie (Zusammenfassung quantitativer Auswertungen von Rehabilitationsroutinedaten) n = 363.855</p> <p>Brause et al. 2012 Beobachtungsstudie n = 363.855</p>	<p>Alle sechs betrachteten Studien zeigen in Bezug auf diesen Endpunkt für türkische Rehabilitanden (signifikant) schlechtere Ergebnisse als für deutsche. Zwei Studien betrachten Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation, die weiteren Studien alle Indikationen. Die schlechteren Ergebnisse treffen also sowohl für alle Indikationen als auch für die psychosomatische Rehabilitation zu.</p> <p>Drei Studien betrachten nicht nur türkische Rehabilitanden, sondern auch Personen mit anderem Migrationshintergrund (ehemaliges Jugoslawien, Nord-/West-Europa; keine weitere Differenzierung). Zwei dieser Studien zeigen für die Gruppe aller Personen mit Migrationshintergrund schlechtere Ergebnisse als für deutsche Rehabilitanden. Eine Studie zeigt dies speziell für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko bei fünf betrachteten Studien, allerdings keine RCT.</p>	<p>Hoch</p>
<p>Leistungsfähigkeit</p>	<p>Brzoska et al. 2010/2012/2013 Beobachtungsstudie <u>2 Datenquellen:</u> Sozioökonomische Panels n = 19.521 Deutsche Rentenversicherung: n = 634.529</p> <p>Zollmann et al. 2015 Beobachtungsstudien n = 128.165</p> <p>Kobelt et al. Beobachtungsstudie n = 384</p> <p>Brzoska et al. 2015 Beobachtungsstudie (Zusammenfassung quantitativer Auswertungen von Rehabilitationsroutinedaten) n = 363.855</p>	<p>In den vier Studien zeigt sich eine geringere Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit als bei Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft. Zwei dieser Studien betrachten alle Indikationen, die weiteren beiden Studien nur die psychosomatische Rehabilitation.</p>	<p>Sehr große Studienpopulationen in drei Studien alle haben ein geringes Biasrisiko, keine RCT.</p>	<p>Hoch</p>

Tabelle 7 – Fortsetzung

Symptombelastung	Möske et al. 2011 Beobachtungsstudie n = 25.066 Möske et al. 2008 Beobachtungsstudie n = 852	In beiden Studien zeigt sich eine höhere Symptombelastung am Beginn der Rehabilitation bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Rehabilitanden. Eine der beiden Studien betrachtet alle Indikationen, die zweite Studie nur die psychosomatische Rehabilitation. Eine Studie zeigt diesen Effekt auch für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien.	Eine Studie weist eine sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko auf. Die zweite Studie hat eine kleine Studienpopulation und mittleres Biasrisiko; keine RCT.	Moderat
Auswirkungen potenzieller soziodemografische Risikofaktoren	Möske et al. 2008 Beobachtungsstudie n = 852 Möske et al. 2011 Beobachtungsstudie n = 25.066 Zollmann et al. 2015 Beobachtungstudien n = 128.165	Eine Studie beobachtet, dass neben dem Migrationshintergrund auch eine hohe Arbeitsunfähigkeitsdauer, und somatische Störungen einen signifikant negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg türkischer Patienten haben. Bei deutschen Patienten sind im Vergleich dazu signifikante Prädiktoren Partnerlosigkeit, Persönlichkeitsstörungen und der berufliche Status als Hausfrau. Eine weitere Studie beobachtet einen signifikanten negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg durch hohe Arbeitsunfähigkeitsdauer, Arbeitslosigkeit, Antrag auf Erwerbsminderungsrente und Hauptschulabschluss. Eine weitere Studie zeigt, dass die Staatsangehörigkeit als Einflussfaktor zwar signifikant ist, aber nur eine geringe Varianz erklärt. Als besonders wichtige Einflussfaktoren werden die versicherungspflichtige Beschäftigung im Jahr vor Rehabilitationsbeginn, die Leistungsfähigkeit, das Alter sowie das versicherungspflichtige Entgelt im Jahr vor Rehabilitationsbeginn identifiziert.	Zwei Studien weisen eine sehr große Studienpopulationen und geringes Biasrisiko auf. Die dritte betrachtete Studie weist eine kleine Studienpopulation und mittleres Biasrisiko auf; keine RCT.	Niedrig (da keine durchgängigen Ergebnisse für die drei Studien)
Arbeitsfähigkeit	Kobelt et al. 2013 Beobachtungsstudie n = 381 Zollmann et al. 2015 Beobachtungstudien n = 128.165	Eine Studie, die alle Indikationen betrachtet, zeigt deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zwischen Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und deutschen Rehabilitanden (bessere Werte bei deutschen Rehabilitanden). Die zweite Studie, die nur die psychosomatische Rehabilitation betrachtet, zeigt keine relevanten Unterschiede zwischen Personen mit türkischem Migrationshintergrund und deutschen Rehabilitanden.	Große Studienpopulation sowie kleine Studienpopulation mit geringem Biasrisiko; keine RCT und nur eine Studie.	Sehr Niedrig
Rehabilitationssetting	Zollmann et al. 2015 Beobachtungstudien n = 128.165	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und deutschen Rehabilitanden.	Große Studienpopulation mit geringem Biasrisiko; keine RCT und nur eine Studie.	Niedrig
Rehabilitationsdauer	Zollmann et al. 2015 Beobachtungstudien n = 128.165	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und deutschen Rehabilitanden.	Große Studienpopulation mit geringem Biasrisiko; keine RCT und nur eine Studie.	Niedrig

Tabelle 7 – Fortsetzung

Anzahl der therapeutischen Leistungen	Zollmann et al. 2015 Beobachtungsstudien n = 128.165	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und deutschen Rehabilitanden.	Große Studienpopulation mit geringem Biasrisiko, keine RCT und nur eine Studie.	Niedrig
Berufliche Wiedereingliederung	Zollmann et al. 2015 Beobachtungsstudien n = 128.165	Deutliche niedrigere Werte von beruflicher Wiedereingliederung bei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft im Vergleich zu deutschen Rehabilitanden.	Große Studienpopulation mit geringem Biasrisiko, keine RCT und nur eine Studie.	Niedrig
Sozioökonomisch benachteiligte Personen				
Inanspruchnahme	Deck et al. 2016 Beobachtungsstudie n = 687	Die Studie zeigt, dass Personen aus der Unter- und Mittelschicht entscheiden sich aufgrund von Arztempfehlung für eine Rehabilitationsmaßnahme, Rehabilitanden aus der Oberschicht treffen Entscheidung oft selbst.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko, kein RCT.	Sehr niedrig
Therapieangebot während des Rehabilitationsprozesses	Deck et al. 2016 Beobachtungsstudie n = 687	Die Studie zeigt, dass bezüglich des Therapieangebots während des Rehabilitationsprozesses schichtspezifische Unterschiede zu beobachten sind. Orthopädische Rehabilitanden der Unterschicht sind signifikant häufiger in der Ergo- und Beschäftigungstherapie zu finden. In der psychosomatischen Rehabilitation gibt es keine signifikanten Unterschiede.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko, kein RCT.	Sehr niedrig
Allgemeiner Gesundheitszustand	Schuhmann et al. 2014 Beobachtungsstudie n = 277	Es zeigen sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko, kein RCT.	Sehr niedrig
Subjektive Krankheits-schwere	Schuhmann et al. 2014 Beobachtungsstudie n = 277	Es zeigen sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko, kein RCT.	Sehr niedrig
Rehabilitationsinitiative	Schuhmann et al. 2014 Beobachtungsstudie n = 277	Es zeigen sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko, kein RCT.	Sehr niedrig
Erstantragsablehnung/Widerspruch, Rehabilitationserfahrung (bereits einmal wurde eine Rehabilitation in Anspruch genommen)	Schuhmann et al. 2014 Beobachtungsstudie n = 277	Es zeigen sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko, kein RCT.	Sehr niedrig
Subjektiver Rehabilitationserfolg und -zufriedenheit	Schuhmann et al. 2014 Beobachtungsstudie n = 277	Es zeigen sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko; kein RCT.	Sehr niedrig
Subjektive Gesundheit vier Monate nach der Rehabilitation	Deck et al. 2016 Beobachtungsstudie n = 687	Die Studie zeigt, dass Rehabilitanden der Oberschicht stärker von orthopädischen/psychosomatischen Rehabilitation profitieren als jene der Unterschicht	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko; kein RCT.	Sehr niedrig

Tabelle 7 – Fortsetzung

Geschlecht				
Inanspruchnahme der Rehabilitation	Grande et al. 2002 Beobachtungsstudie n = 668	Die Studie zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der kardiologischen Rehabilitation.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko; kein RCT.	Sehr niedrig
Inanspruchnahme einzelner therapeutischer Angebote während der Rehabilitation	Grande et al. 2002 Beobachtungsstudie n = 668	Die Studie zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der kardiologischen Rehabilitation.	Kleine Studienpopulation mit mittlerem Biasrisiko; kein RCT.	Sehr niedrig

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

5.4.2 Maßnahmen und Strategien zur Reduktion sozioökonomischer Benachteiligung

Erlebte Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen von Personen mit Migrationshintergrund

In der **Querschnittsstudie von Bermejo et al.**³ wurde 435 Migranten aus der Türkei (n = 77), aus Spanien (n = 67) und Italien (n = 95) sowie Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion (n = 196), die über Migrations- und Suchtdienste des Deutschen Caritasverbandes, der Arbeiterwohlfahrt und Migrantenselbstorganisationen gewonnen wurden, mittels Fragebogen zu ihrer gesundheitlichen Situation und ihren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem in Deutschland befragt. Der Fragebogen erfasste den Migrationshintergrund (Geburtsort der Eltern, Einreisejahr, Muttersprache), die Deutschkenntnisse, das Wohlbefinden in Deutschland und den Aufenthaltsstatus sowie soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Familienstatus, Schulabschluss, Beschäftigungsstatus). Ziel der Studie war zu untersuchen, welche subjektiv erlebten Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen in Deutschland von Personen mit einem Migrationshintergrund berichtet werden. Dadurch sollen Erkenntnisse zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Personen mit Migrationshintergrund gewonnen werden. Die Studie wurde im Rahmen des Projektes „Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten. Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes“ durchgeführt. Das Studienergebnis zeigt, dass Migranten mit spanischem und italienischem Hintergrund häufiger Unterstützung in der Familie und im sozialen Umfeld suchen. Personen mit russischem Hintergrund vertrauen mehr auf selbst umzusetzende Maßnahmen und geben – wie Personen mit türkischem Hintergrund – sprachliche Probleme als wichtiges Hindernis für eine gezielte Inanspruchnahme an. Wichtigstes Hindernis für Türken ist die Einschätzung, **Fachkräfte wüssten zu wenig über die türkische Kultur**. Außerdem hatten die subjektive Einschätzung der Deutschkenntnisse und das subjektive Wohlbefinden in Deutschland einen Einfluss auf die Ausprägung der erlebten Hindernisse. Die Ergebnisse der Studie sind ein wichtiger Hinweis darauf, dass **kultur- und sprach-sensitive Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund** leisten können. Kultur-, sprach- und migrationssensitive Informationsangebote und -materialien könnten einen wesentlichen Beitrag zu einer verbesserten bzw. gezielteren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und damit zu einer Verbesserung der Versorgungssituation leisten.

Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migranten im System der medizinischen Rehabilitation

In einer Studie von Brause et al.⁶ wurden Interviews mit dem Personal von Rehabilitationskliniken zur Identifikation von Herausforderungen und möglichen Lösungsstrategien in der rehabilitativen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Außerdem wurde in Fokusgruppen mit türkischen Rehabilitanden der Frage nachgegangen, welche Probleme, Erwartungen und Bedürfnisse bezüglich der medizinischen Rehabilitation für den Zugang zu und für den Erfolg einer Rehabilitation von Bedeutung sind.

Die Analyse der Interviews und Fokusgruppen ergibt, dass zum Umgang mit Patienten türkischer Abstammung in den Rehabilitationskliniken kaum systematische und adäquate Lösungsstrategien bestehen. Lediglich Ernährungsgewohnheiten gemäß religiöser Speisevorschriften – der Verzicht auf Schweinefleisch – finden in allen Kliniken systematische Berücksichtigung, indem die individuellen Bedürfnisse bereits zu Beginn des Klinikaufenthalts erfragt und durch ein entsprechendes Angebot erfüllt werden.⁵

Es zeigt sich, dass der Einsatz von nicht entsprechend qualifiziertem Klinikpersonal, Mitpatienten und Familienangehörigen zum Übersetzen und zur Informationsvermittlung durch inhaltliche Verzerrungen, Rollenkonflikte, fehlende Vertrauensbasis sowie juristische und ethische Fragwürdigkeit neue Probleme schafft und kaum als adäquate Lösung gesehen werden kann. Dass man sich oft mit Notlösungen behilft, weist auf den Bedarf nach strukturellen Lösungen hin.⁵ Folgende mögliche beziehungsweise zum Teil bereits umgesetzte Lösungsstrategien konnten aus den Interviews und den Fokusgruppen abgeleitet werden:

- Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittlern

Denkbare Lösungen für sprachliche Barrieren wären entweder die Einstellung klinikeigener Sprach- und Kulturmittler oder aber die Einrichtung eines einrichtungsübergreifenden Sprach- und Kulturmittlungsdiensts. Ersteres ist zwar hinsichtlich flexibler und kurzfristiger Einsatzmöglichkeiten wünschenswert, ist aber aufgrund einer zu geringen Anzahl von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund aus einem Sprachraum für die Kliniken schwer umsetzbar. Die Implementierung eines einrichtungsübergreifenden Sprach- und Kulturmittlungsdiensts würde demnach nicht nur die rehabilitative, sondern die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt verbessern.⁵

- Ausbildung des Klinikpersonals bezüglich inter- und transkultureller Kompetenzen

Um den Bedarf an aufwändigen Nachschulungen bezüglich inter- und transkultureller Kompetenzen mittelfristig zu reduzieren, könnte die Vermittlung interkultureller Kompetenzen zudem in die (universitäre) Ausbildung medizinischer und therapeutischer Berufe stärker integriert werden.⁵

- Erstellung von schriftlichem Informations- und Schulungsmaterial und visuellen Hilfsmitteln

Bei der Erstellung von Informations- und Schulungsmaterialien sollte darauf geachtet werden, dass zum einen kulturelle Faktoren (z. B. der Fastenmonat Ramadan) sowie das Bildungsniveau der Zielgruppe sprachlich und inhaltlich berücksichtigt werden, um die Verständlichkeit sowie Akzeptanz und damit auch den Nutzen solcher Materialien zu erhöhen. Zu bedenken ist zudem, dass schriftliche Informationsmaterialien keinen vollwertigen Ersatz für mündliche Kommunikation darstellen können, was insbesondere auch im Hinblick auf die verhältnismäßig hohe Analphabetenquote unter den Personen türkischer Abstammung gilt.⁵

In sprachbasierten Therapiebausteinen wie Schulungs- und Beratungsangeboten können z. B. im Rahmen der Ernährungsberatung Abbildungen von Lebensmitteln dazu genutzt werden, das gesprochene Wort zu unterstützen und Inhalte zu transportieren.⁵

- Orientierungshilfen in den Kliniken

Als Ersatz für oder Ergänzung zu den deutschsprachigen Klinikrundgängen könnten Einführungsfilme in türkischer Sprache mit Erläuterungen der Abläufe in der Klinik angeboten werden. Im Sinn einer Sprach-Barrierefreiheit würde das Anbringen von bildhaften Symbolen auf Wegweisern und zur Beschilderung wichtiger Räumlichkeiten, die wiederum in den Behandlungsplänen aufgegriffen werden, allen Personen mit Sprachschwierigkeiten sowie Analphabeten die Orientierung erleichtern. Zusätzlich ist über die Herausgabe türkischsprachiger Therapiepläne nachzudenken.⁵

- Abbau von Informationsdefiziten

Rehabilitanden sind möglichst im Vorfeld, spätestens aber zu Beginn des Klinikaufenthalts in ihrer Primärsprache über Sinn und Zweck einer Rehabilitationsmaßnahme und ihre eigene Rolle im Rehabilitationsprozess aufzuklären sowie mit Basisinformationen über ihre Erkrankung auszustatten, die im Laufe der Rehabilitation durch muttersprachliche Patientenschulungen und Gesundheitsbildungsmaßnahmen ausgebaut werden.⁵

- Verbesserung der Akzeptanz weiblichen Personals

Um die Akzeptanz von Anweisungen weiblichen Personals zu erhöhen, hat sich laut Interviews als hilfreich erwiesen, einen weißen Mantel zu tragen. Der weiße Mantel stellt offenbar ein Symbol für eine Autoritätsperson dar und signalisiert gewissermaßen Kompetenz. Des Weiteren wird als hilfreich erachtet, dass eine männliche Person aus dem türkischen Kulturkreis die Kompetenz der weiblichen Mitarbeiterin bestätigt sowie die Beachtung der Anweisungen und Ratschläge empfiehlt.⁵

- Berücksichtigung religiöser Pflichten

In einer Klinik standen die Einrichtung eines Gebetsraums sowie die Ausrichtung der Therapieplanung auf die Gebetszeiten zur Diskussion. Wegen der Einschätzung, dass die Einhaltung von Gebetszeiten innerhalb des Aufenthalts in der Klinik kein vordringliches Problem darstellt, kam es jedoch zu keiner Umsetzung.⁵

- Berücksichtigung von Schamgrenzen

Mehrere Interviewpartner berichten von Überlegungen und Bemühungen in den Kliniken, spezielle Schwimmzeiten bzw. -gruppen für (türkische) Frauen einzurichten, die bislang jedoch in allen Kliniken gescheitert sind.

Ein weiterer Lösungsansatz ist das Hinzuziehen weiblicher Kollegen bei körperlichen Untersuchungen von türkischen Patientinnen. Hierbei wird jedoch deutlich, dass der Wunsch der Patientin offensichtlich nicht direkt erfragt wird, sondern der Arzt nach „Gefühl“ über die Angemessenheit entscheidet. Es wird ebenso von dem direkten Wunsch einiger türkischer Rehabilitandinnen nach weiblichen Therapeutinnen berichtet. Unabhängig vom Bedarfsfall lasse die personelle Besetzung diese Möglichkeit allerdings nicht standardmäßig zu.⁵

Identifikation von und Umgang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren bei Personen mit Migrationshintergrund

In einer Studie von Brozka et al.¹⁰ wurden zur Identifikation von Zugangsbarrieren und Wirksamkeitsbarrieren bei Personen mit Migrationshintergrund sowie zur Ableitung von Handlungsempfehlungen leitfadengestützte Interviews mit Experten (in ihrer Rolle als Funktionsträger im Rehabilitationsbereich) und Fokusgruppen mit Patienten mit Migrationshintergrund durchgeführt.

Die Ergebnisse der Experteninterviews und Fokusgruppen in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation zeigen, dass Sprach- und kulturelle Barrieren zentrale Probleme im Rehabilitationsprozess sein können. Sprachliche und kulturelle Hürden können sich auch negativ auf die Versorgungsqualität und den Rehabilitationserfolg von Menschen mit Migrationshintergrund in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation auswirken. Sprachliche und kulturspezifische Besonderheiten, zu denen laut den Befragten Unterschiede im Krankheitsverständnis, der Schmerzäußerung sowie der Krankheitsbewältigung zählen (vgl. weiterführend Brzoska/Razum 2009), können darüber hinaus medizinische Eingriffe und die Umsetzung von therapeutischen Anwendungen erschweren. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation wird die Versorgungsqualität ferner durch Lernschwierigkeiten und psychischen Druck, die mit den sprachlichen Defiziten einhergehen, nachteilig beeinflusst. Hierbei sind beispielsweise die noch nicht an Menschen mit Migrationshintergrund angepassten Testverfahren eine große Hürde. Hinzu kommen große Informationsdefizite auf Seiten von Rehabilitanden sowie ein von den Befragten als fehlendes Engagement empfundenes Verhalten zuständiger Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit). Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund scheinen nur zum Teil im Rehabilitationsalltag der in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen Berücksichtigung zu finden. Im Hinblick auf Verständigungsprobleme werden zwar migranten-spezifische Maßnahmen umgesetzt (hierzu zählt zum Beispiel der Einsatz von Angehörigen oder Rehabilitanden als Dolmetscher). Allerdings wird auch im Rahmen dieser vorliegenden Untersuchung der Einsatz von Laien in den Therapien (besonders in den psychologischen Therapien) von Rehabilitanden kritisiert. Die oben identifizierten Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren begleiten Rehabilitanden mit Migrationshintergrund ihrer eigenen Einschätzung nach von der Antragstellung bis zum Ende des Rehabilitationsprozesses. Folgende Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren konnten abgeleitet werden:

- **Interkulturelle Handlungskompetenz:** Vor dem Hintergrund soziokultureller Einflussfaktoren, die als Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung diskutiert werden und die auch im Rahmen dieser Studie identifiziert werden konnten, müssen Anbieter von Rehabilitationsleistungen für eine bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung von Migranten über interkulturelle Handlungskompetenzen verfügen. Diese umfassen Wissen über kulturspezifische Bedürfnisse und Bedarfe sowie Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen im Umgang mit unterschiedlichen Kulturen. Es ist selbstverständlich, dass Anbieter von Rehabilitationsleistungen nicht alle Bräuche, religiösen Regeln und Rituale von Rehabilitationspatienten kennen können. Die Einhaltung von Regeln und Vorschriften auf Seiten der Nutzer ist zudem individuell unterschiedlich. Dennoch sollten Anbieter Wissen über die wesentlichen Regeln innerhalb einzelner Kulturgruppen haben.⁹
- **Sprachliche Probleme:** Im Zusammenhang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren ist es für die Praxis der Rehabilitation unabdingbar, professionell mit sprachlichen Barrieren umzugehen. Für die berufliche Rehabilitation sind angemessene Sprachlehre-kurse vor der eigentlichen und während der Rehabilitationsmaßnahme ein erfolversprechender Weg. Schwieriger ist die Umsetzung geeigneter Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Wie aufgezeigt wurde, ist die Hinzunahme von Laienkompetenz aus dem Bereich des Küchenpersonals oder von Mitpatienten zum

Dolmetschen sehr problematisch. Kritisch muss auch die Sprachvermittlung durch Kinder oder andere Verwandte betrachtet werden. Die Einstellung von professionellen weiblichen oder männlichen Dolmetschern oder – noch besser – Sprach und Kulturvermittlern in den Kliniken ist wünschenswert, scheidet aber i. d. R. an der geringen Anzahl von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund aus einem Kulturraum. Gleichzeitig kann aber auch die Konzentration von Rehabilitanden mit gleichem Migrationshintergrund an ein oder zwei Schwerpunktkliniken nicht empfohlen werden, da damit aktiv Ausgrenzung betrieben und die geografische Entfernung zu den Familien steigen würde. Ein gangbarer Weg wäre die Schulung des Personals im kultursensiblen Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund, die Einrichtung eines klinikübergreifenden Sprach- und Kulturvermittlungsdiensts sowie die Bereitstellung von neutralen Informations-, Schulungs- und Beratungsangeboten in den jeweiligen Muttersprachen.

- **Aufsuchende Versorgungsstrukturen:** Erfahrungen mit der kulturellen Öffnung des pflegerischen Versorgungssystems machen deutlich, dass es im Zusammenhang mit der Versorgung von Migranten sinnvoll ist, vermehrt aufsuchende Angebote zu etablieren. Während herkömmliche Angebote eher die Personen erreichen, die aktiv Informationen suchen („Kommstruktur“), tragen aufsuchende und dadurch niederschwelligere Formen der Versorgung Angebote aktiv an potenzielle Nutzer heran („Gehstruktur“). Vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahmequoten medizinischer Rehabilitation bei Migranten wäre zu prüfen, ob Zugangsbarrieren durch vergleichbare aufsuchende Angebote reduziert und die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation dadurch erhöht werden könnte.
- **Diversity Management:** Ein Aspekt der Studie ist, Menschen mit Migrationshintergrund nicht als eine Gruppe, sondern als sehr heterogene Menge verschiedener Gruppen zu betrachten. Ihre rehabilitative Versorgung kann optimiert werden, wenn beteiligte Akteure ihrer Diversität Beachtung schenken, sie respektieren und auf Besonderheiten reagieren. Wie andere Versorgungsbereiche muss auch die Rehabilitation für die Verschiedenheit ihrer Klientel – sowohl bei Personen mit als auch bei Personen ohne Migrationshintergrund – erst noch sensibilisiert werden. Eine in einem ersten Schritt migrations- und kultursensibel gestaltete rehabilitative Versorgung kann der Anknüpfungspunkt für Strategien eines Diversity Managements sein. Diversity Management im Gesundheitswesen trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Bevölkerung nicht homogen, sondern durch Vielfalt in Bedürfnissen und Bedarfen gekennzeichnet ist. Diese Vielfalt entsteht keineswegs nur als Folge internationaler Migration, nimmt aber mit steigender grenzüberschreitender Mobilität zu. Im Gesundheitswesen betrifft dieses zum einen die Systemebene der Gesundheitsversorgung, auf der strukturelle Voraussetzungen für die migrations- und kultursensible, aber auch für die schichtspezifische Versorgung (zum Beispiel Aus- und Weiterbildungen für Leistungserbringer) geschaffen werden müssen, zum anderen den Prozess der Leistungserbringung selbst.

Strategien einer nutzenorientierten rehabilitativen Versorgungsgestaltung

In einem narrativen Review leiten Deck et al.¹⁵ nach Identifikation bestehender Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren folgende Strategien einer nutzenorientierten rehabilitativen Versorgungsgestaltung ab:

- **Unterstützungsangebote mit einer Case-Management-Funktion**
Diese helfen ganz allgemein, die Zugangsbarrieren zum rehabilitativen Sektor zu senken, indem sie Patienten gezielt durch die vielfältigen rehabilitativen Angebote des Versorgungssystems leiten.¹⁶
- **Aufsuchender Ansatz**
Rehabilitative Angebote werden aktiv an Betroffene herangetragen und dadurch ihre Nutzung gefördert. Für Menschen, die aufgrund ihrer Migration stationäre Rehabilitationseinrichtungen kaum kennen und deshalb keine positiven Erwartungen daran knüpfen, können aufsuchende Angebote besonders hilfreich sein.¹⁶
- **Kultur- und migrationsspezifische Versorgungsmaßnahmen**
Diese umfassen muttersprachliche Informationsmaterialien und Patientenschulungen oder Speisenangebote, die religiösen Vorschriften entsprechen. Außerdem versprechen sich Versorgungseinrichtungen eine erhöhte Akzeptanz ihrer Angebote durch den gezielten Einsatz von Personal mit Migrationshintergrund.¹⁶

- Wahrnehmung des Migrationshintergrunds als **ein** Diversitätsmerkmal

Migrationshintergrund als ein Diversitätsmerkmal ist wie die Merkmale Geschlecht, Alter, Behinderung sowie Religion, ethnischer Hintergrund und sozialer Status konstituierend für eine Gesellschaft, die sich durch ihre Vielfalt auszeichnet sowie unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe hervorbringt.¹⁶

- Ganzheitlicher und integrativer Ansatz: umfassendes **Diversity Management**

Die Diversität aller Akteure des Gesundheitsbereichs (das schließt sowohl Patienten als auch Personal ein) sollte bei allen Aktivitäten reflektiert und berücksichtigt werden, um gesundheitliche Chancengleichheit erreichen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss das Managen von Diversität in Verantwortungs-, Entscheidungs- und Handlungsstrukturen von Versorgungseinrichtungen implementiert werden.

Auf der Managementebene bedeutet das beispielsweise, dass Leitbilder entwickelt werden, die die Vielfalt von Patienten und Personal positiv würdigen sowie die unterschiedlichen Perspektiven, Fähigkeiten und Erwartungen als Impulse und Inputs für die kontinuierliche Organisations- und Personalentwicklung zugunsten einer zukunftsfähigen Versorgungslandschaft nutzen.

Die Benennung von Diversity-Beauftragten kann den organisationsweiten Richtungswechsel auf allen Ebenen und Organisationseinheiten sowie an den internen und externen Schnittstellen beschleunigen. Auf der Fachebene sind alle Mitarbeitenden gefordert – der Umgang mit Vielfalt wird also nicht an Mitarbeitende ausländischer Herkunft delegiert. Prozesse und Praktiken müssen kontinuierlich hinterfragt werden. Einerseits ist das Ziel, Verfahrensweisen auf eine möglicherweise benachteiligende Wirkung auf Minderheitenangehörige zu prüfen. Andererseits sind Mitarbeitende Beteiligte, wenn es darum geht, Prozesse und Strukturen zu entwickeln, die mit der Vielfalt der Patientengruppen sowie des Personals korrespondieren.¹⁶

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

6.1 Domäne Medizin

1a. Welche indikationsübergreifenden Ergebnisparameter kommen in Studien und Evaluationen im Bereich der Rehabilitation zur Anwendung?

1b. Welche dieser Parameter sind für die Beurteilung der Effektivität der Rehabilitation für bestimmte soziodemografische (insbesondere sozial benachteiligte) Gruppen von besonderer Relevanz?

Siehe dazu 5.2.

6.2 Domäne Organisation

2. Wie ist der organisatorische Ablauf der Rehabilitation in Deutschland in den entsprechenden SGB geregelt (z. B. hinsichtlich Antragstellung, Ablauf, Strukturen, Zuständigkeiten)?

Rehabilitation wird in Deutschland indikationsspezifisch sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen durchgeführt. Insgesamt gibt es in Deutschland sieben sogenannte Rehabilitationsträger (vgl. § 6 SGB IX), die für medizinische, berufliche sowie soziale Rehabilitation bzw. für die Kostenübernahme infrage kommen. Für die detaillierte Beschreibung siehe 5.3.

6.3 Domäne Sozialwissenschaft

3a. Kommt es im Rahmen der Rehabilitation in Deutschland zu Zugangseinschränkungen für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen?

Insgesamt beschäftigen sich fünf Studien mit der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, vier davon bei Personen mit Migrationshintergrund. Eine Studie betrachtet schichtspezifische Aspekte. Drei Studien, die alle Rehabilitationsindikationen untersuchen, zeigen, dass die Inanspruchnahme durch Personen mit Migrationshintergrund signifikant geringer ist als durch deutsche Patienten. Dieser Effekt zeigt sich nicht bezüglich psychosomatischer Rehabilitation.

Insgesamt scheint ein Migrationshintergrund zu Zugangseinschränkungen zu führen. Neben der niedrigeren Inanspruchnahme weist darauf auch eine höhere Symptombelastung am Beginn der Rehabilitation bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Rehabilitanden hin.

Bezüglich der sozialen Schicht liefert eine einzige Studie Hinweise auf mögliche schichtspezifische Unterschiede. Sie zeigt, dass sich Personen aus der Unter- und Mittelschicht aufgrund von Arztempfehlungen für eine Rehabilitationsmaßnahme entscheiden, während Rehabilitanden aus der Oberschicht diese Entscheidung oft selbst treffen.

Insgesamt ist die Studienlage zur sozialen Schicht und zu anderen sozioökonomischen Faktoren (außer dem Migrationshintergrund) aber zu dürrtig, um valide Aussagen zu treffen.

3b. Beeinflussen bestimmte soziodemografische Faktoren (z. B. Einkommen, Bildungsstatus, soziale Schicht, Alter, Geschlecht, Familienstand, Migrationsstatus) den Erfolg sowie die Outcomes der Rehabilitation?

Insgesamt konnten dreizehn Studien, die sich mit Aspekten dieser Fragestellung beschäftigen, identifiziert werden. Davon haben zehn Studien Personen mit Migrationshintergrund/ausländischer Staatsbürgerschaft als Zielgruppe, drei davon ausschließlich Personen mit türkischem Migrationshintergrund. Die zwei weiteren Studien beschäftigen sich mit der sozioökonomischen Schicht. Die Studienlage zu Personen mit Migrationshintergrund ist also insgesamt als gut zu betrachten, zu anderen sozioökonomischen Faktoren aber als zu schlecht, um valide Aussagen zu treffen.

Hinsichtlich der Ergebnisse/des Erfolgs der Behandlung bzw. der Rehabilitation zeigen sich einheitlich für türkische (signifikant) schlechtere Ergebnisse als für deutsche Rehabilitanden (Stärke der Evidenz: hoch). Dies kennzeichnet sowohl alle Indikationen als auch die psychosomatische Rehabilitation. Die Ergebnisse für Personen mit anderem Migrationshintergrund (ehemaliges Jugoslawien, Nord-/Westeuropa; keine weitere Differenzierung) sind ebenfalls schlechter als bei deutschen Rehabilitanden. Eine Studie zeigt dies speziell für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Auch bezüglich der Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation ist die Leistungsfähigkeit bei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft im Vergleich geringer als bei Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft (Stärke der Evidenz: hoch). Dies zeigt sich sowohl für alle Indikationen als auch für die psychosomatische Rehabilitation.

Eine Studie, die alle Indikationen betrachtet, zeigt auch deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zwischen Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und deutschen Rehabilitanden (bessere Werte bei deutschen Rehabilitanden; Stärke der Evidenz: sehr niedrig).

Keine Unterschiede zwischen Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und deutschen Staatsbürgern zeigen sich hinsichtlich der Endpunkte Rehabilitationssetting, Rehabilitationsdauer, Anzahl der therapeutischen Leistungen, berufliche Wiedereingliederung (Stärke der Evidenz: sehr niedrig).

Insgesamt lässt sich also sagen, dass ein (insbesondere türkischer) Migrationshintergrund/eine ausländische Staatsbürgerschaft negativen Einfluss auf den Erfolg und die Outcomes einer Rehabilitation haben dürfte. Insbesondere der Indikator „Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation“ zeigt, dass diese Effekte nachhaltig wirken.

Bezüglich der Endpunkte allgemeiner Gesundheitszustand, subjektive Krankheitsschwere, Rehabilitationsinitiative, subjektiver Rehabilitationserfolg und -zufriedenheit zeigen sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status/der Schicht (Stärke der Evidenz: sehr niedrig).

Insgesamt ist die Studienlage zur sozialen Schicht zu schlecht bzw. gar nicht vorhanden, es können also keine validen Aussagen getroffen werden.

3c. Gibt es bestimmte Maßnahmen/Strategien, um Benachteiligungen bestimmter soziodemografischer Gruppen im Rahmen der Rehabilitation auszugleichen bzw. zu reduzieren?

Alle vier identifizierten Studien zu dieser Fragestellung beschäftigen sich mit Herausforderungen und (möglichen) Lösungsstrategien zur Reduktion von Benachteiligungen (Zugangs- und Wirkungsbarrieren) im Rahmen der Rehabilitation von (türkischen) Migranten. Daher beschränkt sich die Beantwortung der Forschungsfrage auf diese Personengruppe. Folgende Lösungsstrategien konnten aus der Literatur gewonnen werden:

- **Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittlern:** Im Zusammenhang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren ist es für die Praxis der Rehabilitation unabdingbar, professionell mit sprachlichen Barrieren umzugehen. Für die berufliche Rehabilitation sind angemessene Sprachlehrcurse vor der eigentlichen und während der Rehabilitationsmaßnahme ein erfolgversprechender Weg. Schwieriger ist die Umsetzung geeigneter Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Wie aufgezeigt wurde, ist die Hinzunahme von Laienkompetenz aus dem Bereich des Küchenpersonals oder von Mitpatienten zum Dolmetschen sehr problematisch. Kritisch muss auch die Sprachvermittlung durch Kinder oder andere Verwandte betrachtet werden.

Zwei denkbare Lösungen für sprachliche Barrieren sind die Einstellung klinikeigener Sprach- und Kulturmittler und die Einrichtung eines einrichtungsübergreifenden Sprach- und Kulturmittlungsdiensts. Ersteres ist zwar hinsichtlich flexibler und kurzfristiger Einsatzmöglichkeiten wünschenswert, ist aber aufgrund einer zu geringen Anzahl von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund pro Sprachraum für die Kliniken schwer umsetzbar. Die Implementierung eines einrichtungsübergreifenden Sprach- und Kulturmittlungsdiensts würde daher nicht nur die rehabilitative, sondern die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt verbessern.⁵

- **Diversity Management:** Ein weiterer in den Studien behandelter Aspekt ist, Menschen mit Migrationshintergrund nicht als EINE Gruppe zu betrachten, sondern als sehr heterogene Personenmenge. Ihre rehabilitative Versorgung kann optimiert werden, wenn beteiligte Akteure ihrer Diversität Beachtung schenken, sie respektieren und auf Besonderheiten reagieren. Wie andere Versorgungsbereiche muss auch die Rehabilitation für die Verschiedenheit ihrer Klientel – sowohl von Personen mit als auch von Personen ohne Migrationshintergrund – erst noch sensibilisiert werden. Eine migrations- und kultursensibel gestaltete rehabilitative Versorgung kann der Anknüpfungspunkt für Strategien eines Diversity Managements sein. Diversity Management im Gesundheitswesen trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Bevölkerung nicht homogen, sondern durch Vielfalt in Bedürfnissen und Bedarfen gekennzeichnet ist. Diese Vielfalt entsteht keineswegs nur als Folge internationaler Migration, nimmt aber mit steigender grenzüberschreitender Mobilität zu. Im

Gesundheitswesen betrifft dieses zum einen insbesondere die Systemebene der Gesundheitsversorgung, auf der strukturelle Voraussetzungen für die migrations- und kultursensible, aber auch für die schichtspezifische Versorgung (zum Beispiel Aus- und Weiterbildungen für Leistungserbringer) geschaffen werden müssen, zum anderen den Prozess der Leistungserbringung selbst.

- **Aufsuchende Versorgungsstrukturen:** Erfahrungen mit der kulturellen Öffnung des pflegerischen Versorgungssystems machen deutlich, dass es im Zusammenhang mit der Versorgung von Migranten sinnvoll ist, vermehrt aufsuchende Angebote zu etablieren. Während herkömmliche Angebote eher jene Personen erreichen, die aktiv Informationen suchen („Kommstruktur“), tragen aufsuchende und dadurch niederschwelligere Formen der Versorgung Angebote aktiv an potenzielle Nutzer heran („Gehstruktur“). Vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahmequoten medizinischer Rehabilitation durch Migranten wäre zu prüfen, ob Zugangsbarrieren durch vergleichbare aufsuchende Angebote reduziert und die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation erhöht werden könnten.
- **Unterstützungsangebote mit einer Case-Management-Funktion**

Diese helfen ganz allgemein, die Zugangsbarrieren zum rehabilitativen Sektor zu senken, indem sie Patienten gezielt durch die vielfältigen rehabilitativen Angebote des Versorgungssystems leiten.
- **Stärkung der interkulturellen Handlungskompetenz:** Vor dem Hintergrund soziokultureller Einflussfaktoren, die als Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung diskutiert werden und die auch im Rahmen dieser Studie identifiziert werden konnten, müssen Anbieter von Rehabilitationsleistungen für eine bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung von Migrantinnen und Migranten über interkulturelle Handlungskompetenzen verfügen. Diese umfassen Wissen über kulturspezifische Bedürfnisse und Bedarfe sowie Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen im Umgang mit unterschiedlichen Kulturen. Es ist selbstverständlich, dass Anbieter von Rehabilitationsleistungen nicht alle Bräuche, religiösen Regeln und Rituale von Rehabilitationspatienten kennen können. Die Einhaltung dieser Regeln und Vorschriften auf Nutzerseite ist zudem individuell unterschiedlich. Dennoch sollten Anbieter Wissen über die wesentlichen Regeln innerhalb einzelner Kulturgruppen haben.
- **Ausbildung des Klinikpersonals bezüglich inter- und transkultureller Kompetenzen**

Um den Bedarf an aufwändigen Nachschulungen bezüglich inter- und transkulturellen Kompetenzen mittelfristig zu reduzieren, könnte die Vermittlung interkultureller Kompetenzen zudem in die (universitäre) Ausbildung medizinischer und therapeutischer Berufe stärker integriert werden.⁵
- **Schriftliches Informations- und Schulungsmaterial sowie visuelle Hilfsmittel**

Bei der Erstellung von Informations- und Schulungsmaterialien sollte darauf geachtet werden, dass kulturelle Lebensweisen (z. B. der Fastenmonat Ramadan) sowie das oftmals geringe Bildungsniveau sprachlich und inhaltlich berücksichtigt werden, um die Verständlichkeit sowie Akzeptanz und damit auch den Nutzen solcher Materialien zu erhöhen. Zu bedenken ist zudem, dass schriftliche Informationsmaterialien keinen vollwertigen Ersatz für mündliche Kommunikation darstellen, was insbesondere auch im Hinblick auf die hohe Analphabetenquote unter den Personen türkischer Abstammung gilt.⁵

In sprachbasierten Therapiebausteinen wie Schulungs- und Beratungsangeboten können z. B. im Rahmen der Ernährungsberatung Abbildungen von Lebensmitteln dazu genutzt werden, das gesprochene Wort zu unterstützen und Inhalte zu transportieren.⁵
- **Orientierungshilfen in den Kliniken**

Als Ersatz für oder Ergänzung zu den deutschsprachigen Klinikrundgängen könnten Einführungsfilme in türkischer Sprache mit Erläuterungen der Abläufe in der Klinik angeboten werden. Im Sinn einer Sprach-Barrierefreiheit würde das Anbringen von bildhaften Symbolen auf Wegweisern und zur Beschilderung wichtiger Räumlichkeiten, die wiederum in den Behandlungsplänen aufgegriffen werden, allen Personen mit Sprachschwierigkeiten sowie Analphabeten die Orientierung erleichtern. Zusätzlich ist über das Erstellen türkischsprachiger Therapiepläne nachzudenken.⁵

- **Abbau von Informationsdefiziten**

Rehabilitanden sind möglichst im Vorfeld, spätestens aber zu Beginn des Klinikaufenthalts in ihrer Primärsprache über Sinn und Zweck einer Rehabilitationsmaßnahme und ihre eigene Rolle im Rehabilitationsprozess aufzuklären sowie mit Basisinformationen über ihre Erkrankung auszustatten, die im Laufe der Rehabilitation durch muttersprachliche Patientenschulungen und Gesundheitsbildungsmaßnahmen ausgebaut werden.⁵

- **Verbesserung der Akzeptanz weiblichen Personals**

Um die Akzeptanz von Anweisungen durch weibliches Personal zu erhöhen, hat sich laut Interviews als hilfreich erwiesen, einen weißen Mantel zu tragen. Der weiße Mantel stellt offenbar ein Symbol für Autorität dar und signalisiert gewisse Kompetenzen. Weiterhin wird als hilfreich erachtet, dass wenn organisatorisch möglich eine männliche Person aus demselben Kulturkreis die Kompetenz der weiblichen Mitarbeiterin bestätigt sowie die Beachtung ihrer Anweisungen und Ratschläge empfiehlt.⁵

- **Berücksichtigung religiöser Pflichten**

In einer Klinik standen die Einrichtung eines Gebetsraums sowie die Ausrichtung der Therapieplanung auf die Gebetszeiten zur Diskussion. Wegen der Einschätzung, dass die Einhaltung von Gebetszeiten innerhalb des Aufenthalts in der Klinik kein vordringliches Problem darstellt, kam es jedoch nicht zur Umsetzung.⁵

- **Berücksichtigung von Schamgrenzen**

Mehrere Interviewpartner berichten von Überlegungen und Bemühungen in den Kliniken, spezielle Schwimmzeiten bzw. -gruppen für (türkische) Frauen einzurichten, die bislang jedoch in allen Kliniken gescheitert sind.

Ein weiterer Lösungsansatz ist das **Hinzuziehen weiblicher Kollegen bei körperlichen Untersuchungen von türkischen Patientinnen**. Hierbei wird jedoch deutlich, dass der Wunsch der Patientin offensichtlich nicht direkt erfragt wird, sondern der Arzt nach „Gefühl“ über die Angemessenheit entscheidet. Es wird ebenso vom expliziten Wunsch einiger türkischer Rehabilitandinnen nach weiblichen Therapeutinnen berichtet. Unabhängig vom Bedarfsfall lasse die personelle Besetzung diese Möglichkeit allerdings nicht standardmäßig zu.

7 Schlussfolgerung/Empfehlung

Insgesamt ist die Studienlage zur sozialen Schicht und zu anderen sozioökonomischen Faktoren (außer dem Migrationshintergrund) zu dürftig, um valide Aussagen zu treffen, weshalb sich die folgenden Ausführungen auf Personen mit Migrationshintergrund/ausländischer Staatsbürgerschaft beziehen.

Ausländische Staatsangehörige/Personen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, nutzen medizinische Rehabilitation weniger oft als deutsche Staatsbürger, obwohl der Bedarf dieser Gruppe höher eingeschätzt wird. Für jene, die medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, ist der Nutzen/Erfolg der Rehabilitation geringer. Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Staatsbürgern in Nutzen/Erfolg und Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation können nicht nur mittels sozioökonomischer Unterschiede erklärt werden, genauso wenig wie ein schlechterer Gesundheitszustand vor der Rehabilitation.

Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren, denen Menschen mit Migrationshintergrund begegnen, tragen dazu bei, dass sie (tertiär)präventive Angebote wie die Rehabilitation seltener in Anspruch nehmen.

Folgende Lösungsstrategien für diese Problematik konnten aus der Literatur identifiziert werden (siehe 6.3, Forschungsfrage 3c):

- Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittlern
- Diversity Management
- Aufsuchende Versorgungsstrukturen
- Unterstützungsangebote mit einer Case-Management-Funktion
- Stärkung der interkulturellen Handlungskompetenz
- Ausbildung des Klinikpersonals bezüglich inter- und transkultureller Kompetenzen
- Schriftliches Informations- und Schulungsmaterial und visuelle Hilfsmittel
- Orientierungshilfen in den Kliniken
- Abbau von Informationsdefiziten
- Verbesserung der Akzeptanz weiblichen Personals
- Berücksichtigung religiöser Pflichten
- Berücksichtigung von Schamgrenzen
- Hinzuziehen weiblicher Kollegen bei körperlichen Untersuchungen von türkischen Patientinnen

8 Literaturverzeichnis

1. Arbeitskreis Gesundheit e.V. (K.A.): Der Weg zu Ihrer Rehabilitation bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung [Online]. www.arbeitskreis-gesundheit.de [Zugriff am 20.04.2016]
2. Bayerische Staatskanzlei (2016): Bayern.Recht [Online]. www.gesetze-bayern.de [Zugriff am 20.04.2016]
3. Bermejo, I.; Hölzel, L.P.; Kriston, L.; Härter, M. (2012): In: Bundesgesundheitsblatt 55 944-953
4. Betanet (2017): Medizinische Rehabilitation [Online]. www.betanet.de [Zugriff am 19.06.2017]
5. Brause, Michaela; Reutin, Barbara; Schott, Thomas; Aslan, Yüce Yilmaz (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Bielefeld: Universität Bielefeld
6. Brause, Michaela; Reutin, Barbara; Schott, Thomas; Aslan, Yüce Yilmaz (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation, Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation - Abschlussbericht. Hg. v. Universität Bielefeld.
7. Brzoska, P.; Voigtländer, S.; Spallek, J.; Razum, O. (2012): Die Nutzung von Routinedaten in der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen. The Use of Routine Data to Study Rehabilitative Care in Populations with a Migrational Background: Potential and Limitations. In: Gesundheitswesen 74 371-378
8. Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt 58/6: 553-559
9. Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Aslan, Yüce Yilmaz; Barz, Irina; Starikow, Klara; Reiss, Katharina; Dröge, Angela; Hinz, Julia; Exner, Anne; Striedelmeyer, Lena; Krupa, Elzbieta; Spallek, Jacob; Berg-Beckhoff, Gabriele; Schott, Thomas; Razum, Oliver (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld
10. Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce; Barz, Irina; Starikow, Klara; Reiss, Katharina; Dröge, Angela; Hint, Julia; Exner, Anne; Striedelmeyer, Lena; Krupa, Elzbieta; Spallek, Jacob; Berg-Beckhoff, Gabriele; Schott, Thomas; Razum, Oliver (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Abschlussbericht. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Universität Bielefeld Fak. für Gesundheitswissenschaften; WHO Collaborating Center. Bielefeld
11. Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2010): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. In: Eur J Epidemiol 25 651-660
12. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., BAR (2015): Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation. 2. überarbeitete Auflage.
13. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016): Gesetze im Internet [Online]. www.gesetze-im-internet.de [Zugriff am 20.04.2016]
14. Bundesministerium für Gesundheit (2015): Rehabilitation [Online]. www.bmg.bund.de [Zugriff am 20.04.2016]
15. Deck, Ruth; Glaser-Möller, Nathalie; Kohlmann, Thomas (2012): Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen: Jacobs Verlag
16. Deck, Ruth; Glaser-Möller, Nathalie; Kohlmann, Thomas (2012): Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Jacobs-Verlag
17. Deck, Ruth; Hofreuter-Gätgens, Kerstin (2016): Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt 59 245-251
18. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung; Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (2016): Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie/Krankengymnastik - Physikalischen Therapie, Ergotherapie, Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP), Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW), Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitationm (ABMR).
19. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (K.A.): Medizinische Rehabilitation [Online]. www.dguv.de [Zugriff am 20.04.2016]

20. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (2010): Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Handlungsleitfaden vom 13.9.2010 in der Fassung vom 17.7.2014.
21. Deutsche Rentenversicherung Bund (2008): Indikationskatalog für Anschlussrehabilitation. Medizinische Voraussetzungen der AHB. www.deutsche-rentenversicherung.de,
22. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Reha-Bericht 2015. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Berlin
23. Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Anschlussrehabilitation (AHB) [Online]. www.deutsche-rentenversicherung.de/ [Zugriff am 20.04.2017]
24. Fröschl, Barbara; Bornschein, Bernhard; Brunner-Ziegler, Sophie; Conrads-Frank, Annette; Eisenmann, Alexander; Pertl, Daniela; Gartlehner, Gerald; Grillich, Ludwig; Kaminski, Angela; Mühlberger, Nikolai; Schnell-Inderst, Petra; Sroczyński, Gaby; Siebert, Uwe; Thaler, Kylie; Wild, Claudia; Wurm, Johannes; Zechmeister, Ingrid; Zsifkovits, Johannes (2012): Methodenhandbuch für Health Technology Assessment, Aufl. 1.2012, Wien: Gesundheit Österreich GmbH / BIQG
25. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in der Fassung vom 16. März 2004, zuletzt geändert am 15. Oktober 2015.
26. GKV-Spitzenverband (2008): Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ausnahmen davon nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung) vom 02.07.2008.
27. GKV-Spitzenverband, MDS (2012): Begutachtungs-Richtlinie. Versorgung und Rehabilitation. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Essen
28. Grande, G.; Leppin, A.; Romppel, M.; Altenhöner, T.; Mannebach, H. (2002): Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? In: Rehabilitation 41 320-328
29. Guyatt, GH; Oxman, AD; Vist, GE; Kunz, R; Falck-Ytter, Y; Alonso-Coello, P; Schunemann, HJ (2008): GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: BMJ 336/7650: 924-926
30. Juristisches Informationssystem für die Bundesrepublik Deutschland, juris GmbH (2016): Landesrecht Sachsen-Anhalt [Online]. www.landesrecht.sachsen-anhalt.de [Zugriff am 20.04.2016]
31. Kobelt, A.; Goebber, J.; Pfeiffer, W.; Petermann, F. (2013): Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. The Socio-economic Status is More Important for the Success of Treatment in Psychosomatic Rehabilitation than the Migration Background. In: Phys Med Rehab Kuror 23 353-357
32. Möskö, M.-O.; Pradel, S.; Schulz, H. (2011): Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt 54/4: 465-474
33. Möskö, Milke; Schneider, Jens; Koch, Uwe; Schulz, Holger (2008): Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Does a Turkish Migration Background Influence Treatment Outcome? Results of a Prospective Inpatient Healthcare Study. In: Psychoter Psych Med 58 176-182
34. Reha-Servicestellen (2017). www.reha-servicestellen.de [Zugriff am 19.06.2017]
35. Schumann, N.; Günther, S.; Fach, E.-M.; Richter, M. (2014): Sozialer Status und reha-bezogene Parameter in der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation. Ergebnisse aus der rekju-Studie. Social Status and Rehabilitation-related Measures in Inpatient Pediatric Rehabilitation. Results from the rekju Study. In: Phys Med Rehab Kuror 24 240-248
36. SGB 1: Das Erste Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 1b des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) geändert worden ist
37. SGB 5: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 12 des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203) geändert worden ist
38. SGB 6: Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2517) geändert worden ist

39. SGB 7: Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist
40. SGB 9: Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 452 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist"
41. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger Frankfurt (2013): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung: Springer
42. ZB info (2011): Wegweiser Rehabilitationsträger. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit. Universum Verlag GmbH
43. Zollmann, P.; Pimmer, V.; Rose, A. D.; Erbstoser, S. (2016): [Comparison of Psychosomatic Rehabilitation for German and Foreign Patients]. Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. In: Rehabilitation 55/6:357-368

9 Anhang

9.1 Suchstrategie

Tabelle 8: Suchstrategie

	Searches	Results
1	*Rehabilitation/cl, mt, px, st, su, td, ut [Classification, Methods, Psychology, Standards, Surgery, Trends, Utilization]	2042
2	rehabilitation.ti.	48877
3	1 or 3	49577
4	access restriction.af.	13
5	restricted access.af.	1030
6	participation.af.	141410
7	Socioeconomic Factors/	137462
8	Healthcare Disparities/es, og, st [Ethics, Organization & Administration, Standards]	852
9	7 or 8	138158
10	Health Services Accessibility/	63576
11	4 or 5 or 6 or 10	203338
12	Treatment Outcome.mp. or Treatment Outcome/	832063
13	11 or 12	1028217
14	3 and 9 and 13	198
15	limit 14 to (english or german)	177

9.2 Nach Volltext-Durchsicht ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund (alphabetisch geordnet)

Tabelle 9: Ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund

Publikation	Ausschlussgrund
Altenhoener, T.; Leppin, A.; Grande, G.; Romppel, M. (2005): Social inequality in patients' physical and psychological state and participation in rehabilitation after myocardial infarction in Germany. In: International Journal of Rehabilitation Research 28/3:251-257	A6
Salzwedel, A.; Wegscheider, K.; Herich, L.; Rieck, A.; Strandt, G.; Voller, H. (2015): Impact of clinical and sociodemographic patient characteristics on the outcome of cardiac rehabilitation in older patients. In: Aging-Clinical & Experimental Research 27/3:315-321	A6
Ullrich, A.; Glattacker, M.; Sibold, M.; Egle, U. T.; Ehlebracht-König, I.; Geigges, W.; Kollner, V.; Kruse, M.; Jackel, W. H. (2013): [Female patients with fibromyalgia syndrome in somatic and psychosomatic rehabilitation center – an exploratory study on access routes and differences in patient characteristics]. Fibromyalgiesyndrom-Patientinnen in psychosomatischen und somatischen Rehabilitationseinrichtungen – eine explorative Studie zu Zugangswegen und Unterschieden in Patientenmerkmalen. In: Rehabilitation 52/5:307-313	A7

9.3 Checklisten

9.3.1 Tabellenvorlagen für Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen

Tabelle 10: Evidenztable für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Studiendesign	
Literatursuche	Datenbanken: Suchzeitraum:
Selektionskriterien	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Interventionen/Maßnahmen	
Interventionsdauer/Follow-up	
Personengruppe	
Setting	
Endpunkte	
Ergebnisse	
Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Interessenkonflikte der Autoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle und Darstellung: GÖG.

Tabelle 11: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von systematischen Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar	
Basiert der Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?				
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?				
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?				
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?				
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?				
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?				
METAANALYSEN				
Wurde Publikationsbias beurteilt?				
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?				
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?				
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben. HTA = Health Technology Assessment.

Quelle und Darstellung: GÖG.

9.3.2 Tabellenvorlagen für Primärstudien

Tabelle 12: Evidenztabelle für Primärstudien – RCT und Interventionsstudien

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Land	
Studiendesign	
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Follow-up:
Studiengröße	IG: n = KG: n =
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Charakteristika der Studienpopulation	
Intervention/Maßnahme	IG: KG:
Setting	
Endpunkte	
Ergebnisse	
Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Interessenkonflikt der Studienautoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

n = number (Anzahl). IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 13: Beurteilung der internen Validität von RCT

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar	
SELEKTION				
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?				
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)				
VERGLEICHBARKEIT				
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?				
Waren die Studienteilnehmer verblindet?				
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?				
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?				
ENDPUNKTE				
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?				
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?				
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?				
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?				
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?				
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?				
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?				
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 14: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Interventionsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar	
SELEKTION				
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?				
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?				
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?				
VERGLEICHBARKEIT				
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?				
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?				
ENDPUNKTE				
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?				
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?				
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?				
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?				
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?				
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?				
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?				
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?				
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?				
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

IIT = Intention-to-treat.

Quelle: GÖG.

Tabelle 15: Evidenztable für Beobachtungsstudien

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Land	
Studiendesign	
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Follow-up:
Studiengröße	
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Charakteristika der Studienpopulation	
Einflussfaktoren	
Endpunkte	
Ergebnisse	
Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Interessenkonflikt der Studienautoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

Quelle: GÖG

Tabelle 16: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?				
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?				
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?				
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?				
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?				
War der Beobachtungszeitraum adäquat?				
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?				
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG

9.4 Tabellen der Studien zur Domäne Sozialwissenschaft

Tabelle 17: Evidenztabelle Brzoska et al. 2010/2012/2013

Titel	Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany/Die Nutzung von Routinedaten in der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen
Journal	European Journal of Epidemiology/Gesundheitswesen 2012
Autor/Autoren	Patrick Brzoska, Sven Voigtländer, Jacob Spallek, Oliver Razum
Fragestellung	Ziel der Studie ist es zu untersuchen, ob zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund Unterschiede im Rehabilitationserfolg bestehen und ob sich diese Unterschiede allein durch Unterschiede im sozialen Status und im Gesundheitszustand vor Rehabilitation erklären lassen. Des Weiteren soll gezeigt werden, welche Möglichkeiten und Grenzen für die rehabilitationswissenschaftliche Versorgungsforschung bei dieser Bevölkerungsgruppe in der Nutzung von Routinedaten der Sozialversicherungsträger liegen.
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie, retrospektive differenzierte Aktenanalyse
Studiendauer, Follow-up	Nutzen der medizinischen Rehabilitation – Datenbasis: SOEP Studiendauer: Drei Jahre (2002 bis 2004); Befragungen 2002 und 2004; Rehabilitation fand 2003 statt. Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation – Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Studiendauer: ein Jahr
Studiengröße	Zwei Datenquellen: 1. Nutzen der medizinischen Rehabilitation – Datenbasis: SOEP → n = 19.521 2. Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation – Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung → n = 634.529
Auswahlkriterien der Population	Kohorte 1: Nutzen der medizinischen Rehabilitation – Datenbasis: SOEP Einschlusskriterien: älter als 18 Jahre, Teilnahme an der Befragung 2002 und 2004, medizinische Rehabilitation 2003 Ausschlusskriterien: Mitglieder der Streitkräfte Kohorte 2: Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation – Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Einschlusskriterien: Versicherte bei der Deutschen Rentenversicherung, medizinische Rehabilitation 2006 Ausschlusskriterien: –
Charakteristika der Studienpopulation	<u>Kohorte 1: Nutzen der medizinischen Rehabilitation – Datenbasis: SOEP</u> Patienten älter als 18 Jahre, die sich 2003 einer medizinischen Rehabilitation unterzogen sowie 2002 und 2004 an der SOEP teilgenommen haben; dabei wurden Alter, Geschlecht, Ausbildung und Haushaltseinkommen bewertet. <u>Kohorte 2: Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation – Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung</u> Medizinische Rehabilitation 2006, die von der Deutschen Rentenversicherung finanziert wurde; dabei wurden deutsche Patienten mit Patienten mit Migrationshintergrund verglichen, außerdem erfolgte eine weitere Untergliederung nach sieben Ländern (Türkei, ehemaliges Jugoslawien, Portugal, Spanien, Italien und Griechenland); die Merkmale Alter, Geschlecht, Familienstand, Beschäftigungsstatus, Berufsstatus und Art des Berufs wurden für einen Vergleich herangezogen.
Einflussfaktoren	Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Erwerbsituation, Bildungsgrad, Familienstand, Haushaltseinkommen, Gesundheitsstatus

Tabelle 17 – Fortsetzung

Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Unterschiede in Nutzung und Effektivität von medizinischer Rehabilitation durch deutsche und zugewanderte Einwohner. • Feststellen, ob diese Unterschiede aufgrund von unterschiedlichen soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Aspekten bestehen bzw. ob es noch weitere Determinanten gibt, die man zusätzlich erwägen muss.
Ergebnisse	<p>Das Ergebnis der Studie zeigt, dass ausländische Mitbürger die medizinische Rehabilitation weniger oft in Anspruch nehmen als deutsche (OR: 0,68; 95 %-CI = 0,50; 0,91). Für jene, die medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben, ist die sie weniger wirksam (OR für niedrige berufliche Leistung = 1,50; 95 %-CI: 1,46; 1,55). Bezüglich des Erfolgs der medizinischen Rehabilitation kommen die Studienautoren zu dem Ergebnis, dass Personen ausländischer Staatsangehörigkeit eine höhere Chance haben, die Rehabilitation mit geringer Leistungsfähigkeit abzuschließen – unabhängig von soziodemografischen/sozio-ökonomischen und gesundheitlichen Unterschieden. Die OR von Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien liegen bei 1,23 (95 %-CI = 1,16; 1,30) bzw. 1,47 (95 %-CI = 1,38; 1,56). Die Aussagekraft der Ergebnisse wird durch unterschiedliche Faktoren eingeschränkt: (1) Die Operationalisierung des Migrationshintergrunds über das Merkmal Staatsangehörigkeit ermöglicht nur Aussagen über einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund. (2) Wichtige Kovariaten können nur unzureichend berücksichtigt werden. (3) Die Messung des Rehabilitationserfolgs ist nur eingeschränkt möglich, da valide Angaben zur Leistungsfähigkeit vor Rehabilitation fehlen.</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering
Limitationen	<p>Die Aussagekraft der Ergebnisse wird durch unterschiedliche Faktoren eingeschränkt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Operationalisierung des Migrationshintergrunds über das Merkmal Staatsangehörigkeit ermöglicht nur Aussagen über einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund. 2. Wichtige Kovariaten können nur unzureichend berücksichtigt werden. 3. Die Messung des Rehabilitationserfolgs ist nur eingeschränkt möglich, da valide Angaben zur Leistungsfähigkeit vor der Rehabilitation fehlen.
Sponsoren	Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Methodenberatung des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften (gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen)
Interessenkonflikt der Studienautoren	Die Studie von 2010 war Teil von eines vom BMAS finanzierten Projekts.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Ausländische Staatsangehörige, die in Deutschland leben, nutzen medizinische Rehabilitation weniger oft als Deutsche, obwohl der Bedarf dieser Gruppe höher eingeschätzt wird. Für jene, die medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, ist der Nutzen der Rehabilitation geringer. Die Studienautoren fassen zusammen, dass Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Bürgern im Nutzen medizinischer Rehabilitation und deren Wirksamkeit nicht nur mittels sozioökonomischer Unterschiede erklärt werden können, genauso wenig wie der schlechtere Gesundheitszustand vor der Rehabilitation. Zusätzlich kann festgestellt werden, dass Faktoren wie die Fähigkeit des rehabilitativen Versorgungssystems, allen Kunden mit unterschiedlichen Vorstellungen entgegen zu kommen sowie migrantenspezifischen Eigenschaften wie kulturellen Unterschieden nachzukommen, eine Rolle zu spielen scheinen.
Kommentare	

BMAS = Bundesministerium für Arbeit und Soziales. CI = Konfidenzintervall. NRW = Nordrhein-Westfalen. OR = Odds Ratio. SOEP = Sozioökonomischer Panel.

Quelle: GÖG.

Tabelle 18: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x	
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x	
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?		x	
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x		
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x		
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?	Retrospektive Datenauswertung; nicht relevant		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
	x		
Kommentare			Unklar*

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 19: Evidenztabelle Deck et al. 2016

Titel	Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation
Journal	Bundesgesundheitsblatt 2016
Autor/Autoren	Ruth Deck, Kerstin Hofreuter-Gätgens
Fragestellung	Inwiefern bestehen in der medizinischen Rehabilitation Effekte sozialer Ungleichheit in Zugang, Prozess und Outcome bei Patienten mit orthopädischen und psychischen/psychosomatischen Erkrankungen?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: In den Jahren 2012/2013 wurden Rehabilitanden konsekutiv in regelmäßigen Abständen vor und vier Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme befragt.
Studiengröße	Stichprobe von 360 orthopädischen und 327 psychosomatischen Rehabilitanden
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Patienten im Alter von 21 und 87 Jahren, die sich entweder einer psychosomatischen oder einer orthopädischen Rehabilitation unterzogen haben
Charakteristika der Studienpopulation	Patienten im Alter von 21 und 87 Jahren, die sich entweder einer psychosomatischen oder einer orthopädischen Rehabilitation unterzogen haben; dabei wurden die Merkmale höchste formale Schulbildung, Berufsstatus und Haushaltseinkommen verglichen und subsumiert zu einem Schichtindex von 3 (ungünstige Sozillage) bis 9 (günstige Sozillage), der die Merkmale Unterschicht (Stufe 3 und 4), Mittelschicht (Stufe 5 und 6) und Oberschicht (7, 8 und 9) zusammengefasst.
Einflussfaktoren	Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Berufsstatus, Einkommen
Endpunkte	Rehabilitationsinanspruchnahme von Patienten nach Schichtmerkmalen („Zugang“); Subjektive Gesundheit (zu Beginn der Intervention); Berufliches Risiko zu Beginn der Rehabilitation (t1) und vier Monate nach der Rehabilitation (t2); Therapieangebot während des Rehabilitationsprozesses, subjektive Gesundheit (4 Monate nach der Intervention)

Tabelle 19 – Fortsetzung

Ergebnisse	<p>Inanspruchnahme: Personen aus der Unter- und Mittelschicht entscheiden sich aufgrund von Arztempfehlung für eine Rehabilitationsmaßnahme, Rehabilitanden aus der Oberschicht treffen Entscheidung oft selbst.</p> <p>Subjektive Gesundheit zu Beginn der Rehabilitation (t1): Unter Berücksichtigung der Zugehörigkeit zu einer Sozialschicht ist für die Indikation Orthopädie zu erkennen, dass Mitglieder der Mittel- und Oberschicht in den relevanten Outcomes Funktionsbehinderung und Teilhabe signifikant geringer belastet sind als die Unterschicht. Bei den psychosomatischen Rehabilitanden ist der Unterschied in den Belastungen ebenfalls bei den Funktionsbehinderungen zugunsten der Mittel- und Oberschicht am höchsten; darüber hinaus ist allerdings bezüglich der Teilhabe festzustellen, dass Mitglieder der Mittel- und Oberschicht deutlich stärker belastet sind.</p> <p>Berufliches Risiko zu t1: Erfassen des beruflichen Risikos für noch berufstätige Rehabilitanden (= 71 %); Orthopädie: 15 % und Psychosomatik: 17 % in der höchsten Risikogruppe, in der orthopädischen Rehabilitation hatte die Unterschicht ein signifikant höheres Risiko hinsichtlich der Erwerbsprognose: ein Drittel befindet sich in der höchsten Risikogruppe; für Mittel- und Oberschicht liegt dieser Anteil zwischen 10 und 15 %; bei psychosomatischer Rehabilitation besteht für Unterschiede zwischen den Schichtgruppen keine statistische Signifikanz.</p> <p>Therapieangebot während des Rehabilitationsprozesses: es scheint schicht-spezifische Unterschiede zu geben: orthopädische Rehabilitanden der Unterschicht sind signifikant häufiger in der Ergo- und Beschäftigungstherapie zu finden. Bezüglich der psychosomatischen Rehabilitation bestehen keine signifikanten Unterschiede.</p> <p>Subjektive Gesundheit vier Monate nach der Rehabilitation (t2): Rehabilitanden der orthopädischen/psychosomatischen Rehabilitation der Oberschicht profitieren stärker als jene der Unterschicht. In der Unterschicht ist vier Monate nach der orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme eine subjektive Verschlechterung der Gesundheit festzustellen. Nach der psychosomatischen Rehabilitation sind bei Mittel- und Unterschicht minimale Verbesserungen bzw. im Bereich der Teilhabe Verschlechterungen nachzuweisen.</p> <p>Berufliches Risiko zu t2: Risiko orthopädischer Rehabilitandinnen verändert sich nur geringfügig; bei psychosomatischer Rehabilitation steigt das Risiko für die Mittelschicht und sinkt für Unter- und Oberschicht signifikant.</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Datenerhebungen erfolgten ausschließlich im norddeutschen Raum. • Vergleichbarkeit mit Studien, die einen anderen Katamnese-Zeitraum gewählt haben, entfällt. <p>Bei der Bestimmung der Unterschiede der Therapieangebote wurde auf die Bonferroni-Korrektur (= Verfahren der mathematischen Statistik. Bei der Durchführung mehrerer statistischer Signifikanztests mit den gleichen Daten kann die Bonferroni-Korrektur angewandt werden, um es einem einzelnen Test zu erschweren, statistisch signifikant zu sein.) verzichtet, dadurch können einzelne Befunde zufallsbedingt zustande gekommen sein.</p>
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	Es wird angegeben, dass kein Interessenkonflikt besteht.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Soziale Ungleichheit spielt auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine wichtige Rolle; die Studie zeigt, dass im Rehabilitationsergebnis deutliche Schichtunterschiede bestehen. Um diese zu verringern, wäre eine lebenswelt-nahe Rehabilitationsnachsorge notwendig, die das Empowerment vulnerabler Sozialgruppen in belastenden Lebensumständen fördert.
Kommentare	

Quelle: GÖG.

Tabelle 20: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?				
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?				
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?				
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?		x		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
		x		
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 21: Evidenztablette Brzoska et al. 2015

Titel	Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund
Journal	Bundesgesundheitsblatt 2015
Autor/Autoren	Patrick Brzoska, Oliver Razum
Fragestellung	Ziel der Studie ist es, einen Überblick über die Erreichbarkeit und die Qualität präventiver Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund am Beispiel der medizinischen Rehabilitation (Tertiärprävention) zu geben und Schlussfolgerungen für eine Optimierung der Versorgungsgestaltung abzuleiten.
Land	Deutschland
Studiendesign	Zusammenfassung quantitativer Auswertungen von Rehabilitationsroutinedaten sowie qualitativer Auswertungen von Interviews mit Rehabilitandinnen und Gesundheitspersonal
Studiendauer, Follow-up	2000 bis 2006
Studiengröße	Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen; n = 363.855
Auswahlkriterien der Population	Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen
Charakteristika der Studienpopulation	k. A.
Einflussfaktoren	Migrationshintergrund
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation • Ergebnisse rehabilitativer Versorgung • Berufliche Leistungsfähigkeit • Erwerbsminderung nach der Rehabilitation • Subjektives Behandlungsergebnis • Versorgungszufriedenheit
Ergebnisse	<p>Menschen mit Migrationshintergrund nehmen rehabilitative Versorgungsangebote seltener in Anspruch als Nichtmigranten.</p> <p>Gleichzeitig weisen diejenigen, die Rehabilitation nutzen, eine geringere Versorgungszufriedenheit und ungünstigere rehabilitative Ergebnisse auf.</p> <p>Das spiegelt sich beispielsweise in der beruflichen Leistungsfähigkeit nach Rehabilitation sowie im subjektiv wahrgenommenen Behandlungsergebnis wider. Sozioökonomische, demografische und gesundheitliche Faktoren erklären die Zusammenhänge nur teilweise.</p>
Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering
Limitationen	k. A.
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	k. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Die rehabilitative Versorgung ist einer der Versorgungsbereich, in denen Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund besonders deutlich werden. Diese Barrieren tragen dazu bei, dass Menschen mit Migrationshintergrund (tertiär)präventive Angebote wie Rehabilitation seltener in Anspruch nehmen. Diejenigen, die sie nutzen, weisen ungünstigere Ergebnisse auf und sind mit ihrer Versorgung unzufriedener – Präventionspotenziale bleiben bei dieser Bevölkerungsgruppe also bisher unausgeschöpft. Institutionen der Gesundheitsversorgung müssen Angebote daher sensibel für die Heterogenität ihrer jeweiligen Nutzer gestalten, um Barrieren in der Versorgung zu vermeiden. Diversity Management kann hierzu einen großen Betrag leisten, indem es die Vielfalt von Bedürfnissen und Bedarfen anerkennt und so die Versorgung für alle Nutzer optimiert. Aber auch soziale Determinanten der Gesundheit müssen beachtet werden.
Kommentare	

Quelle: GÖG.

Tabelle 22: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x	
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x	
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?			x
War der Beobachtungszeitraum adäquat?			x
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
	x		
Kommentare			Unklar*

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 23: Evidenztabelle Brause et al. 2012

Titel	Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen
Journal	Beobachtungsstudie
Autor/Autoren	M. Brause, B. Reutin, O. Razum, T. Schott
Fragestellung	Wie groß ist der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in verschiedenen Indikationsgebieten? Gibt es Unterschiede im Rehabilitationserfolg in allen Indikationsgruppen? Sind diese Unterschiede tatsächlich auf den Migrationshintergrund zurückzuführen bzw. gibt es andere soziökonomische Merkmale, die mit dem Migrationsstatus einhergehen, die dafür ursächlich sind?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie
Studiendauer, Follow-up	2000 bis 2006
Studiengröße	n = 363.855
Auswahlkriterien der Population	Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen
Charakteristika der Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> • Türkische Personen, die 2000 bis 2006 mindestens eine Rehabilitation durchlaufen haben • Alter zum Zeitpunkt der Rehabilitation: 18 bis 65 Jahre • Rehabilitationsdauer: > 1 Woche
Einflussfaktoren	Behandlungsergebnis, Berufsstatus, Alter, Geschlecht, Merkmale der Rehabilitation (Art der Rehabilitation (stationär, ambulant), Dauer der Leistung in Tagen, Anzahl der Leistungsblöcke in den letzten Jahren)
Endpunkte	Bewilligungsdiagnosen/Indikationsgebiet, Behandlungsergebnis, Behandlungsergebnis nach Indikationsgebiet, Ergebnisse des Behandlungserfolgs

Tabelle 23 – Fortsetzung

<p>Ergebnisse</p>	<p>Stichprobe: Von 363.855 waren 4,8 % türkischstämmige Rehabilitanden; rund zwei Drittel waren Männer und ein Drittel Frauen; türkischstämmige Rehabilitanden waren jünger, hatten häufiger keine Berufsausbildung und arbeiteten dementsprechend häufiger als un- oder angelernte Arbeiter als die nicht-türkischen Personen in der Stichprobe.</p> <p>Bewilligungsdiagnosen/Indikationsgebiet: Rund die Hälfte aller Rehabilitanden erhielt Leistungen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems/des Bindegewebes; kein großer Unterschied bezüglich Geschlecht; bei psychosomatischer Rehabilitation jede dritte türkische Frau und jede fünfte nicht-türkische Frau. Bei türkischen Frauen geringer Häufigkeit von Neubildungen; die Unterschiede zeigten sich bei Männern ebenfalls, aber nicht so deutlich.</p> <p>Türkische Rehabilitanden nutzen stationäre Aufenthalte, ihr Aufenthalt war im Durchschnitt geringfügig kürzer.</p> <p>Behandlungsergebnis: bei 68,2 % Verbesserung des Gesundheitszustands, bei 15,2 % unverändert und bei 0,5 % Verschlechterung; Verbesserung des Gesundheitszustands über alle Diagnosegruppen bei türkischen Rehabilitanden deutlich schlechter als bei nicht-türkischen Personen.</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede im Behandlungsergebnis bezüglich der Ausprägung des Bildungsabschlusses.</p> <p>Behandlungsergebnis nach Indikationsgebiet: signifikante Unterschiede zwischen türkischen und nicht-türkischen Rehabilitanden im Bereich Muskel-Skelett-System-Erkrankungen/Bindegewebserkrankungen und psychische/Verhaltensstörungen; Verbesserungsrate der türkischen Patienten liegt um 10 Prozentpunkte unter jener der nicht-türkischen Personen gleichen Geschlechts.</p> <p>Behandlungserfolg: Migrationsstatus bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes, psychischen/Verhaltensstörungen, Erkrankungen des Atmungs- und des Verdauungssystems/Stoffwechsels sind signifikante Einflussfaktoren des Behandlungsergebnisses. Nicht-türkische Menschen hatten – adjustiert für Geschlecht, Alter, Beruf, Anzahl, Dauer und Art der Rehabilitation Follow-up eine höhere Chance, dass sich ihr Zustand verbessert (1,4 bis 2,1).</p>
<p>Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns</p>	<p>Mittel</p>
<p>Limitationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zum Behandlungsergebnis fehlten bei 16.1 % der Personen; Angaben zum Bildungsstatus lagen bei 27,1 % nicht vor, wobei der Bildungsstatus als maßgeblicher Einflussfaktor auf Gesundheit und Versorgung gesehen wird. • Feststellung, ob es sich um türkische Abstammung handelt, durch türkische Staatsbürgerschaft sowie modifizierten Namensalgorithmus
<p>Sponsoren</p>	<p>k. A.</p>
<p>Interessenkonflikt der Studienautoren</p>	<p>k. A.</p>
<p>Schlussfolgerungen der Studienautoren</p>	<p>Die gefundenen Unterschiede, die stets zu Ungunsten der türkischstämmigen Rehabilitanden ausfielen, ließen sich nicht allein auf vorhandene soziale Unterschiede zwischen türkischen und nicht-türkischen Personen zurückführen. Der Migrationsstatus hat demnach Einfluss auf den Rehabilitationserfolg und muss in der Versorgungsrealität beachtet und konzeptionell aufgearbeitet werden.</p>
<p>Kommentare</p>	

Quelle: GÖG.

Tabelle 24: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x	
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	X			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	X			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
		x		
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 25: Evidenztablette Grande et al. 2002

Titel	Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen?
Journal	Rehabilitation 2002
Autor/Autoren	Grande G., Leppin A., Romppel M., Altenhöner T., Mannebach H.
Fragestellung	Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme von kardiologischer Rehabilitation?
Land	Deutschland
Studiendesign	Längsschnittstudie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Versorgung zu drei Messzeitpunkten in 67 Akutkliniken in Nordrhein-Westfalen
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: 01.02.1999 bis 31.07.2000
Studiengröße	Stichprobe von 668 Patienten in 67 Akutkliniken in Nordrhein-Westfalen. Die Ergebnisse beziehen sich nur auf Patienten, die die Rehabilitation bis zum 2. Messzeitpunkt absolviert und den T2-Fragebogen ausgefüllt haben: Männer: n = 238 Frauen: n = 60
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Patienten mit akutem Myokardinfarkt
Charakteristika der Studienpopulation	Patienten mit akutem Myokardinfarkt, die in einer der 67 Akutkliniken in Nordrhein-Westfalen zwischen dem 01.02.1999 und dem 31.07.2000 behandelt wurden
Einflussfaktoren	Soziodemografische Merkmale (Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit, Schicht), Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation, Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten, medizinischer und psychosozialer Ausgangsbefund vor Entlassung aus dem Akutbereich
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Soziodemografische Merkmale/medizinischer und psychosozialer Rehabilitationsbedarf • Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation • Inanspruchnahme einzelner therapeutischer Angebote während der Rehabilitation
Ergebnisse	<p>Soziodemografische Merkmale/medizinischer und psychosozialer Rehabilitationsbedarf: Frauen unterscheiden sich in fast allen medizinischen, psychischen und sozialen Merkmalen, die zur Charakterisierung der Ausgangslage von Männern und Frauen herangezogen wurden. Frauen im Mittel fast sechs Jahre älter; haben häufiger nur einen Hauptschulabschluss als höchsten Bildungsgrad und sind seltener berufstätig; Großteil der Unterschicht zuordenbar, ein geringer Teil der Oberschicht. Frauen berichten über höhere Depressivität und Ängstlichkeit sowie eine stärkere Ausprägung von Somatisierungstendenzen. Bezüglich der Risikofaktorenbelastung litten sie nach ärztlichen Angaben häufiger unter Bluthochdruck, Diabetes mellitus sowie Adipositas und rauchten seltener als Männer. Bezüglich der Schwere des Indexinfarkts fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Zusammenfassend: Frauen haben ein ungünstigeres Risikofaktorenprofil, höhere psychische Belastung sowie einen schlechteren sozialen Status.</p> <p>Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation. Zum Zeitpunkt t2: 79,8 % Frauen und 86,7 % Männer; nicht das Geschlecht, sondern das Alter hatten Einfluss auf die Teilnahme; hinsichtlich der Dauer gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.</p> <p>Inanspruchnahme einzelner therapeutischer Angebote während der Rehabilitation: keine geschlechtsspezifischen Unterschiede</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	Die Ergebnisse beziehen sich nur auf Patienten, die die Rehabilitation bis zum 2. Messzeitpunkt absolviert und den T2-Fragebogen ausgefüllt haben.
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	k. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Es gibt keinen Hinweis darauf, dass es bei der Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitationsleistungen geschlechtsspezifische Unterschiede gibt.
Kommentare	

Quelle: GÖG.

Tabelle 26: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Grande et al. 2002

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	x			
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x	
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
		x		
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 27: Evidenztablette Mösko et al. 2011

Titel	Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation
Journal	Bundesgesundheitsblatt
Autor/Autoren	Möske M.-O., Pradl S., Schulz H.
Fragestellung	Ziel der Studie ist es, zu untersuchen, ob in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen Menschen mit Migrationshintergrund seltener behandelt werden, stärker belastet sind, weniger von der Behandlung profitieren und ein höheres Risiko für einen negativen Behandlungserfolg aufweisen, sowie der Einfluss potenzieller soziodemografischer Einflussfaktoren.
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; zweimalige Erhebung mittels standardisierter psychometrischer Selbsteinschätzungsinstrumente (Prä-Post-Design)
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Erhebung direkt vor und direkt nach der Rehabilitation Follow-up: –
Studiengröße	Stichprobe von 30.567 Patienten in fünf stationären Kliniken mit insgesamt 25.066 auswertbaren Fragebögen (bei Aufnahme), davon 1.118 mit Migrationshintergrund, über einen Zeitraum von sechs Jahren (2004-2010)
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in stationärer Rehabilitation Ausschlusskriterien: kein auswertbarer Patientenfragebogen zum Zeitpunkt der Aufnahme
Charakteristika der Studienpopulation	Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in stationärer Rehabilitation; dabei wurden deutsche Patienten mit Patienten mit Migrationshintergrund verglichen, außerdem erfolgte eine weitere Untergliederung nach sieben Ländern (Nordwesteuropa, Südeuropa, Osteuropa, ehemaliges Jugoslawien, Türkei, andere Länder)
Einflussfaktoren	Migrationshintergrund, Erwerbssituation, Bildungsgrad, Geschlecht, Familienstand, weitere Diagnosen aus dem Spektrum, Arbeitsfähigkeit
Endpunkte	Rehabilitationsinanspruchnahme von Patienten aus den sieben Ländern („Zugang“); Symptombelastung (zu Beginn der Erhebung); Behandlungserfolg (gemessen anhand der Veränderungen der Depressivität, Somatisierung, der phobische Angst anhand SCL-14, Somatischer Summenskala, Psychischer Summenskala, funktionaler Aktivitäten-, positiver Erlebnissteuerung); Auswirkungen potenzieller soziodemografischer Einflussfaktoren
Ergebnisse	Inanspruchnahme: geringer bei Personen mit Migrationshintergrund (Teilnahmeraten: ausländische Patienten 2,7 % versus Anteil von 8,2 % in der Gesamtbevölkerung). Für (Spät-)Aussiedler liegt der Anteil der Teilnehmer und jener der Gesamtbevölkerung gleich hoch bei 1,6 %. Symptombelastung: signifikant höhere psychosoziale Belastungen bei Patienten mit Migrationshintergrund (als bei deutschen Patienten), innerhalb der Gruppe der Migranten zeigen sich bei türkischen Migranten und bei Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien höhere Belastungen (d. h. diese Gruppen weisen die höchste Gesamtbelastung auf) Behandlungserfolg: geringere Behandlungserfolge (als bei allen anderen Gruppen) zeigen sich bei Patienten aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien. Migranten aus Nordwesteuropa und deutsche Patienten erzielten die besten Ergebnisse. Auswirkungen potenzieller soziodemografischer Einflussfaktoren: Einen signifikant negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben außerdem eine hohe Arbeitsunfähigkeitsdauer, Arbeitslosigkeit, Antrag auf Erwerbsminderungsrente und Hauptschulabschluss.
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering
Limitationen	Laut Autoren entspricht die in der Studie angewandte Operationalisierung des Begriffs Migrationshintergrund aufgrund der fehlenden Erhebung des Geburtslands der Eltern (mangels Datenverfügbarkeit) nicht dem derzeit in der psychosozialen Migrationsforschung wünschenswerten Standard.
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt Studienautoren	Keine
Schlussfolgerungen Studienautoren	Behandlungskonzepte im Rahmen der stationären Rehabilitation sollten sich stärker an den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund und von sozioökonomisch benachteiligten Patienten orientieren, um die Inanspruchnahme und den Behandlungserfolg dieser Gruppen, die häufig eine höhere Symptombelastung aufweisen, zu erhöhen.
Kommentare	

Quelle: GÖG.

Tabelle 28: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Mösko et al. 2011

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?			x
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	X		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	X		
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	X		
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	X		
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	X		
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?	X		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
	x		
Kommentare			Unklar*

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 29: Evidenztabelle Mösko et al. 2008

Titel	Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen
Journal	Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie
Autor/Autoren	Möske M.-O., Schneider J., Koch U., Schulz H.
Fragestellung	Sind Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu Beginn einer stationären psychotherapeutischen Rehabilitationsbehandlung psychopathologisch stärker belastet als Patienten ohne Migrationshintergrund? Profitieren Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in gleicher Weise von der stationären Rehabilitationsbehandlung wie Patienten ohne Migrationshintergrund? Stellt der Migrationshintergrund im Vergleich zu anderen Risikofaktoren einen bedeutsamen Confounder im Hinblick auf den Behandlungserfolg dar?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; zweimalige Erhebung mittels standardisierter psychometrischer Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente (Prä-Post-Design)
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Erhebung direkt vor und direkt nach der Rehabilitation Follow-up: –
Studiengröße	Stichprobe von 1.285 Patienten in einer stationären Klinik (2004 und 2005) mit insgesamt 1.055 auswertbaren Fragebögen (bei Aufnahme) und 939 (Aufnahme und Entlassung), davon 99 mit türkischem Migrationshintergrund, 87 mit einem anderen Migrationshintergrund und 753 ohne Migrationshintergrund; d. h., für die Studie wurden n = 852 Patienten mit türkischem oder keinem Migrationshintergrund herangezogen.
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in stationärer Rehabilitation Ausschlusskriterien: kein auswertbarer Patientenfragebogen zum Zeitpunkt der Aufnahme
Charakteristika der Studienpopulation	Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in stationärer Rehabilitation; dabei wurden deutsche Patienten mit Patienten mit Migrationshintergrund verglichen.
Einflussfaktoren	Migrationshintergrund, Erwerbssituation, Bildungsgrad, Geschlecht, Familienstand, weitere Diagnosen aus dem Spektrum, Arbeitsfähigkeit

Tabelle 29 – Fortsetzung

Endpunkte	<p>Symptombelastung (zu Beginn der Erhebung); Behandlungserfolg (gemessen anhand der Veränderungen der Depressivität, der Somatisierung, der phobischen Angst anhand SCL-14, SF-8 (Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität), HSF, HoNOS-D, GAF); Auswirkungen potenzieller soziodemografischer Risikofaktoren</p>
Ergebnisse	<p>Symptombelastung: signifikant höhere psychopathologische Gesamtbelastung und geringere Lebensqualität bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (als bei deutschen Patienten) Behandlungserfolg: geringere Behandlungserfolge (als bei deutschen Patienten) zeigen sich bei Patienten aus der Türkei. Auswirkungen potenzieller soziodemografischer Risikofaktoren (Prädiktoren): Einen signifikant negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg türkischer Patienten haben neben dem Migrationshintergrund eine hohe Arbeitsunfähigkeitsdauer und somatische Störungen. Bei deutschen Patienten sind Partnerlosigkeit, Persönlichkeitsstörungen und der berufliche Status als Hausfrau die signifikanten Prädiktoren.</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	<p>In dieser Studie wurde der Begriff Migrationshintergrund mit den Variablen Muttersprache und Nationalität operationalisiert. Weitere Migrationsvariablen wie Geburtsland der Befragten und Staatszugehörigkeit der Eltern wurden nicht berücksichtigt. Die deutsche Sprachfertigkeit ist in der Gruppe der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund geringer ausgeprägt. Möglicherweise hat diese zum Teil mangelhafte deutsche Sprachfähigkeit zu verzerrten Ergebnissen beim Ausfüllen des deutschsprachigen Fragebogens geführt.</p>
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	k. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, die eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, im Durchschnitt stärker psychopathologisch und sozialmedizinisch belastet sind als Patienten ohne Migrationshintergrund und dass bei ihnen bedeutsame Behandlungserfolge vergleichsweise schwerer zu erzielen sind. Aus Sicht der Autoren erscheint es insgesamt sinnvoll, migrationspezifische Faktoren und ethnokulturelle Verhaltens- und Erlebnismuster stärker im psychotherapeutischen bzw. rehabilitativen Prozess zu berücksichtigen, fachgerechte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu diesem Themenkomplex zu konzipieren und Maßnahmen der Qualitätssicherung migrationssensitiv zu gestalten, wozu auch die Entwicklung und der Einsatz geeigneter Erhebungsinstrumente gehören</p>
Kommentare	

GAF = Global Assessment Scale of Functioning. HSF = Hamburger Selbstfürsorge Fragebogen. HoNOS-D = Health of the Nation Outcome Scale.

Quelle: GÖG.

Tabelle 30: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Mösko et al. 2008

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?			x
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	x		
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?		x	
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x		
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
		x	
Kommentare			

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 31: Evidenztabelle Schuhmann et al. 2014

Titel	Sozialer Status und rehabilitationsbezogene Parameter in der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation. Ergebnisse aus der rekju-Studie.
Journal	Phys Med Rehab Kuror
Autor/Autoren	Schuhmann N., Günther S., Fach E.-M., Richter M.
Fragestellung	In der Studie wird untersucht, ob der soziale Status mit ausgewählten krankheits- und rehabilitationsbezogenen Parametern in der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation assoziiert ist.
Land	Deutschland
Studiendesign	Retrospektive Beobachtungsstudie, einmalige Fragebogenerhebung unter Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer von drei mitteldeutschen Rehabilitationskliniken (Bad Kösen, Bad Gottleuba, Bad Salzungen) erhalten haben
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: einmalige Erhebung (Oktober 2012 bis Dezember 2013) Follow-up: –
Studiengröße	277 Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Alter 7 bis 17 Jahre; Trägerschaft der Rehabilitationsmaßnahme: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland oder Bund; chronische Krankheit Ausschlusskriterien: siehe Einschlusskriterien
Charakteristika der Studienpopulation	Durchschnittsalter 12,9 Jahre, 30,3 % der Kinder aus Haushalten mit niedrigem, 52,6 % mit mittlerem und 17,2 % mit hohem sozialen Status, häufigste Hauptdiagnosen Adipositas und sonstige Überernährung (31,7 %), psychische und Verhaltensstörungen (22,4 %) und Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (19 %)
Einflussfaktoren	Sozialer Status (Ermittlung angelehnt an den Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS) mittels Winkler-Index; dieser beinhaltet Angaben der Eltern zu schulischer und beruflicher Bildung, zur beruflichen Stellung und zum monatlichen Haushaltsnettoeinkommen)
Endpunkte	Allgemeiner Gesundheitszustand, subjektive Krankheitsschwere, Rehabilitationsinitiative (von wem ausgehend), Erstantragsablehnung/Widerspruch, Rehabilitationserfahrung (bereits einmal wurde eine Rehabilitation in Anspruch genommen), subjektiver Rehabilitationserfolg und -zufriedenheit

Tabelle 31 – Fortsetzung

Ergebnisse	Allgemeiner Gesundheitszustand: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status Subjektive Krankheitsschwere: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status Rehabilitationsinitiative: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status Erstantragsablehnung/Widerspruch: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status (hier liegt der p-Wert mit 0,06 nur knapp über dem üblicherweise verwendeten Signifikanzniveau) Rehabilitationserfahrung: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status Subjektiver Rehabilitationserfolg und -zufriedenheit: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Hoch
Limitationen	Die Rücklaufquote auf die ausgesendeten Fragebögen betrug nur 23 %.
Sponsoren	Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland.
Interessenkonflikt der Studienautoren	k. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	–
Kommentare -	

KIGGS = Kinder- und Jugendsurvey.

Quelle: GÖG.

Tabelle 32: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Schuhmann et al. 2014

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?			x
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	x		
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?		x	
War der Beobachtungszeitraum adäquat?		x	
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
			x
Kommentare			

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 33: Evidenztable für Brause et al. 2010

Titel	Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation
Journal	Abschlussbericht der Universität Bielefeld
Autor/Autoren	Brause M., Reutin B., Schott T., Aslan Y.Y.
Fragestellung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie groß war der Anteil türkischstämmiger Rehabilitanden an der medizinischen Rehabilitation? Wie groß war der Anteil insgesamt und wie verteilen sich die türkischsprachigen Rehabilitanden auf die verschiedenen Indikationsgebiete? 2. Zeigten sich Unterschiede zwischen türkischen und nicht-türkischen Rehabilitanden beim Rehabilitationserfolg? Wie lautet das Entlassungsurteil und wie wurde die Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation eingeschätzt? 3. Lassen sich die gefundenen Unterschiede auf die Herkunft oder auf andere sozioökonomische Faktoren zurückführen? Ist die Herkunft auch in einem multivariaten Modell, adjustiert für soziale und leistungsbezogene Merkmale, ein signifikanter Einflussfaktor?
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; retrospektive Datenauswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungsträger Rheinland und Westfalen von 363.855 Rehabilitanden, die zwischen 2000 und 2006 eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Dauer der Rehabilitation (Minimum: acht Tage) Follow-up: –
Studiengröße	363.855 Rehabilitanden
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Alter zwischen 18 und 65 Jahren, Rehabilitationsdauer > 7 Tage Ausschlusskriterien: siehe Einschlusskriterien
Charakteristika der Studienpopulation	Alle Rehabilitationsindikationen; siehe auch Einschlusskriterien
Einflussfaktoren	Alter, Geschlecht, Berufsstatus, Form der Erwerbstätigkeit vor der Rehabilitation (Vollzeit, Teilzeit, erwerbslos)
Endpunkte	Anteil türkischstämmiger Rehabilitanden, Leistungsfähigkeit nach Rehabilitation, Rehabilitationserfolg (unverändert/verschlechtert versus verbessert)
Ergebnisse	<p>Anteil türkischstämmiger Rehabilitanden: 4,8 % der Stichprobe</p> <p>Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation: Unter den nicht-türkischstämmigen Rehabilitanden fanden sich anteilig signifikant ($p < 0,001$ bei Männern und Frauen) mehr, die wieder sechs Stunden und mehr (pro Tag) in ihrem alten Beruf arbeiten konnten (Männer 71,4 %, Frauen: 73,5 % vs. türkischstämmige Männer: 65,9 % und türkischstämmige Frauen 62,9 %).</p> <p>Rehabilitationserfolg: Für insgesamt 305.155 Personen lagen Angaben zum Rehabilitationserfolg vor, dabei zeigte sich, dass sich der gesundheitliche Zustand von türkischen Rehabilitanden signifikant seltener verbessert als jener nicht-türkischer Personen (Verbesserung bei 73,1 % der türkischen und 81,6 % der nicht-türkischen Männer; $p < 0,001$; Verbesserung bei 70,8 % der türkischen und 81,9 % der nicht-türkischen Frauen; $p < 0,001$)</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	-
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	k. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Sowohl bezüglich Leistungsfähigkeit als auch Behandlungsergebnis zeigt sich in multivariaten Modellen die Herkunft als signifikanter Einflussfaktor für einen Großteil der Diagnosen. Die Varianzklärung durch die Modelle war allerdings gering.
Kommentare	

Quelle: GÖG.

Tabelle 34: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Brause et al. 2010

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?	Nicht relevant; gesamtes Kollektiv herangezogen		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x		
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x		
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?	Retrospektive Datenauswertung; nicht relevant		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
		x	
Kommentare			

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 35: Evidenztabelle für Zollmann et al. 2015

Titel	Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich
Journal	Rehabilitation 2016
Autor/Autoren	Zollmann P., Pimmer V., Rose A. D., Erbstößer S.
Fragestellung	Ziel der Studie ist eine umfassende Analyse des Verlaufs der psychosomatischen Rehabilitation – vom Zugang bis zu den objektivierbaren Rehabilitationsergebnissen.
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie; retrospektive Datenauswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung zur psychosomatischen Rehabilitation aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD); eingeschlossen wurden die Daten von 128.165 Pflichtversicherten, die 2012 eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch genommen haben.
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Dauer der Rehabilitation Follow-up: Für den Endpunkt berufliche Wiedereingliederung: Beobachtungszeitraum = 24 Monate
Studiengröße	128.165 Rehabilitanden, davon 5,8 % mit ausländischer Staatsangehörigkeit (türkische Staatsangehörige bilden hierbei mit 2 % die größte Gruppe)
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: 18 bis 65 Jahre, pflichtversichert, Bewilligungs- und Entlassungsdiagnose aus Kapitel F der ICD-10 „Psychische Störungen“ (ohne Sucht), abgeschlossene Rehabilitation 2012 Ausschlusskriterien: siehe Einschlusskriterien
Charakteristika der Studienpopulation	Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen; dabei wurden deutsche Patienten mit Patienten türkischer Staatsangehörigkeit sowie mit Versicherten anderer oder unbekannter Staatsangehörigkeit verglichen. Zwischen den Gruppen zeigten sich soziodemografische Unterschiede im Vorfeld der Rehabilitation: Rehabilitanden mit ausländischer (inkl. türkischer) Staatsangehörigkeit sind im Schnitt jünger, häufiger verheiratet und haben eine schlechtere Ausbildung als Rehabilitanden mit deutscher Staatsangehörigkeit.
Einflussfaktoren	Versicherungspflichtige Beschäftigung im Jahr vor Rehabilitationsbeginn, Leistungsfähigkeit, Alter sowie das versicherungspflichtige Entgelt im Jahr vor Rehabilitationsbeginn, Bildungsstatus/abgeschlossene Berufsausbildung, Geschlecht

Tabelle 35 – Fortsetzung

Endpunkte	Inanspruchnahme von psychosomatischer Rehabilitation (altersstandardisiert), Rehabilitationssetting (ambulant/stationär), Rehabilitationsdauer (Tage), Anzahl der therapeutischen Leistungen, Behandlungsergebnis (verbessert, unverändert, verschlechtert), berufliche Leistungsfähigkeit (im letzten Beruf), Arbeitsfähigkeit, berufliche Wiedereingliederung, Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung
Ergebnisse	<p>Inanspruchnahme von psychosomatischer Rehabilitation: die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten der türkischen Versicherten liegen, besonders bei Frauen, deutlich über jenen deutscher Versicherter (türkische Männer 35,5/10.000 versus deutsche Männer 27,2/10.000; türkische Frauen 77,9/10.000 versus deutsche Frauen 54,1/10.000). Versicherte mit einer anderen/unbekannten Staatsbürgerschaft weisen die geringsten Inanspruchnahmeraten auf.</p> <p>Rehabilitationssetting: keine wesentlichen Unterschiede</p> <p>Rehabilitationsdauer: keine wesentlichen Unterschiede</p> <p>Anzahl der in Anspruch genommenen therapeutischen Leistungen: keine wesentlichen Unterschiede</p> <p>Behandlungsergebnis: Deutliche Unterschiede hinsichtlich des Behandlungsergebnisses: 83,7 % der deutschen, 70,6 % der türkischen und 79 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit werden aus der Rehabilitation mit einem verbesserten Gesundheitszustand entlassen.</p> <p>Berufliche Leistungsfähigkeit: Deutliche Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit: Volle berufliche Leistungsfähigkeit von sechs oder mehr Stunden pro Tag besteht bei 80,1 % der deutschen, 66,3 % der türkischen und 70,1 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit.</p> <p>Arbeitsfähigkeit: Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit: 50,6 % der deutschen, 34,3 % der türkischen und 44,6 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit beenden die Rehabilitation arbeitsfähig.</p> <p>Berufliche Wiedereingliederung: Deutliche Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung: 74,6 % der deutschen, 53,5 % der türkischen und 67,7 % der Rehabilitanden mit einer anderen/unbekannten Staatsangehörigkeit nehmen innerhalb von 24 Monaten nach Beendigung der Rehabilitation eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf.</p> <p>Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung: Die Staatsangehörigkeit als Einflussfaktor ist zwar signifikant, klärt aber nur eine geringe Varianz. Besonders wichtige Einflussfaktoren sind die versicherungspflichtige Beschäftigung im Jahr vor Rehabilitationsbeginn, die Leistungsfähigkeit, das Alter sowie das versicherungspflichtige Entgelt im Jahr vor Rehabilitationsbeginn.</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering
Limitationen	-
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	k. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Rehabilitanden und vor allem Rehabilitanden mit türkischer Staatsbürgerschaft sind nach den vorliegenden Befunden eine besondere Personengruppe. Ihre altersstandardisierte Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitation liegt deutlich über der anderer Versicherter. Die gesundheitliche und erwerbsbezogene Ausgangslage von türkischen Rehabilitanden ist schlechter und sie erzielen bei gleicher Versorgung schlechtere Rehabilitationsergebnisse. Dies gilt in besonders hohem Ausmaß für türkische Frauen. Auch wenn die negativen Rehabilitationsergebnisse zu einem großen Teil auf die schlechteren Ausgangsbedingungen zurückzuführen sind, bedarf es hierzu weiterer Analysen.
Kommentare	

ICG-10 = International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th edition.

Quelle: GÖG.

Tabelle 36: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Zollmann et al. 2015

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?	Nicht relevant; gesamtes Kollektiv herangezogen			
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x			
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	x			
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x			
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?	Retrospektive Datenauswertung; nicht relevant			
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?	x			
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
	x			
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Tabelle 37: Evidenztabelle Kobelt et al. 2013

Titel	Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund
Journal	Phys Med Rehab Kuror 2013; 23(06): 353-357
Autor/Autoren	Kobelt A., Goebber J., Pfeiffer W., Petermann F.
Fragestellung	Untersuchung der Bedeutung des Migrationshintergrunds und der Schichtzugehörigkeit für den Behandlungserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation
Land	Deutschland
Studiendesign	Beobachtungsstudie
Studiendauer, Follow-up	k. A.
Studiengröße	Insgesamt: n = 381; n1 = 290 (Deutsche) n2 = 91 (Migranten)
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten, die sich in der Fachklinik Rehazentrum Oberharz einer psychosomatischen Rehabilitation unterzogen haben und deren Daten (Fragebögen und Entlassungsberichte) zum Zeitpunkt der Erhebung vollständig vorlagen • Zur Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund werden jene Patienten gezählt, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden, sowie diejenigen, die nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben und von denen mindestens ein Elternteil ebenfalls nicht in Deutschland geboren ist, und auch Personen, die nicht Deutsch als Muttersprache sprechen.
Charakteristika der Studienpopulation	Migranten und Deutsche unterschieden sich nicht in Alter, Geschlechterverteilung, Schichtzugehörigkeit und Behandlungsdauer.
Einflussfaktoren	Migrationshintergrund, Bildungsgrad, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Diagnosen aus dem Spektrum, Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme/nach Entlassung, Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit, Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt

Tabelle 37 – Fortsetzung

Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (49 Items, zuordenbar zu neun Skalen: somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität, Partizipation, soziale Unterstützung und soziale Belastung) • Negative oder positive subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit • Bestimmung der sozioökonomischen Situation der Patienten (anhand der Merkmale Schuldbildung, Berufsstatus und Einkommen; Ermittlung eines Schichtindex von 3 (ungünstige Soziallage) bis 9 (günstige Soziallage); unter 5 Punkte: Unterschicht; 5 oder 6 Punkte: Mittelschicht; mehr als 6 Punkte: Oberschicht)
Ergebnisse	<p>Schichtzugehörigkeit: Deutsche: 64,6 % Unterschicht, 35,4 % Mittel- und Oberschicht Migranten: 71,1 % Unterschicht, 28,9 % Mittel- und Oberschicht</p> <p>Diagnosen: Deutsche: Depression: 41,7 %; Angst: 9,0 %; Anpassungsstörungen: 23,4 %; somatoforme Störungen: 4,5 %; Neurasthenie: 16,2 %; Sonstige: 5,2 % Migranten: Depression: 42,9 %; Angst: 14,3 %; Anpassungsstörungen: 23,1 %; somatoforme Störungen: 9,9 %; Neurasthenie: 5,5 %; Sonstige: 4,4 %</p> <p>Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit: Deutsche: nicht-gefährdet: 67,0 %, gefährdet: 33,0 % Migranten: nicht-gefährdet: 55,0 %, gefährdet: 45,0 %</p> <p>Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme: Deutsche: unter vier Wochen: 51,9 %, über vier Wochen: 48,1 % Migranten: unter vier Wochen: 34,8 %, über vier Wochen: 65,2 %</p> <p>Arbeitsfähigkeit bei Entlassung: Deutsche: arbeitsfähig: 81,5 %, arbeitsunfähig: 18,5 % Migranten: arbeitsfähig: 84,6,5 %, arbeitsunfähig: 15,4 %</p> <p>Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit: Deutsche: mehr als sechs Stunden: 89,7 %; drei bis sechs Stunden: 0,3 %; unter drei Stunden: 10,0 % Migranten: mehr als sechs Stunden: 89,0 %; drei bis sechs Stunden: 1,1 %; unter drei Stunden: 9,9 %</p> <p>Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt: Deutsche: mehr als sechs Stunden: 99,0 %; drei bis sechs Stunden: 0,7 %; unter drei Stunden: 0,3 % Migranten: mehr als sechs Stunden: 96,7 %; drei bis sechs Stunden: 2,2 %; unter drei Stunden: 1,1 %</p> <p>Das Behandlungsergebnis der psychosomatischen Rehabilitation ist mit sozioökonomischen Faktoren assoziiert. Der Einfluss des Migrationshintergrunds ist demgegenüber deutlich geringer als erwartet. Eine Interaktion zwischen Schichtzugehörigkeit, Migrationshintergrund und Rehabilitationsergebnis konnte nicht nachgewiesen werden.</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering
Limitationen	k. A.
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	Es liegt kein Interessenkonflikt vor.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Die Kontextfaktoren der Rehabilitanden müssen im Rahmen des therapeutischen Angebots in der psychosomatischen Rehabilitation deutlich mehr beachtet werden.
Kommentare	

n = number (Anzahl).

Quelle und Darstellung: GÖG.

Tabelle 38: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Kobelt et al. 2013

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	x			
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x	
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
	x			
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG.

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA@DIMDI) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.