

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

| | |
|---------------------------|--|
| Konsortialführung: | AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen |
| Förderkennzeichen: | 01NVF18011 |
| Akronym: | MMS-RFP |
| Projekttitel: | Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe |
| Autoren: | Alina Röttger, Joanna Nölke, Jacqueline Posselt Prof. Dr. Christian Krauth, Julia Schmetsdorf, Kathrin Krüger Dr. Werner Runde, Dr. Hans-Georg Zechel, Regina Janßen |
| Förderzeitraum: | 1. Mai 2019 – 30. April 2023 |

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|---|----|
| I. | Abkürzungsverzeichnis..... | 3 |
| II. | Abbildungsverzeichnis | 3 |
| III. | Tabellenverzeichnis..... | 3 |
| 1. | Zusammenfassung | 5 |
| 2. | Beteiligte Projektpartner | 6 |
| 3. | Projektziele | 7 |
| 3.1 | Hintergrund | 7 |
| 3.2 | Ziele und Fragestellung..... | 8 |
| 4. | Projektdurchführung..... | 9 |
| 4.1 | Beschreibung der neuen Versorgungsform unter Berücksichtigung der Zielgruppe, Leistungen, Zeitaufwand etc. | 9 |
| 4.2 | Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform | 14 |
| 4.3 | Implementierung der neuen Versorgungsform | 15 |
| 5. | Methodik..... | 17 |
| 5.1 | Studiendesign | 17 |
| 5.2 | Zielpopulation..... | 17 |
| 5.3 | Fallzahlen (untersuchte Stichprobe) inkl. Drop-Out..... | 18 |
| 5.4 | Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung..... | 18 |
| 5.5 | Nutzung von Routinedaten bzw. Sekundärdaten | 19 |
| 5.6 | Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte | 20 |
| 5.7 | Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte | 22 |

| | |
|--|----|
| 5.8 Auswertungsmethoden | 22 |
| 5.9 Prozessevaluation | 23 |
| 5.10 Gesundheitsökonomische Evaluation | 23 |
| 6. Projektergebnisse | 24 |
| 6.1 Darstellung der Studienpopulation | 24 |
| 6.2 Soziodemografie | 24 |
| 6.3 Ergebnisevaluation | 24 |
| 6.4 Prozessevaluation | 26 |
| 6.5 Gesundheitsökonomische Evaluation | 36 |
| 7. Diskussion der Projektergebnisse | 36 |
| 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung | 41 |
| 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen | 42 |
| 10. Literaturverzeichnis | 43 |
| 11. Anhang | 44 |
| 12. Anlagen | 44 |

I. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|---|
| AOKN | AOK Niedersachsen |
| AU | Arbeitsunfähigkeit |
| C-RCT | Cluster randomized controlled trial (Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie) |
| DLR | Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| IG | Interventionsgruppe |
| KG | Kontrollgruppe |
| KB KG | Kundenberater*in Krankengeld |
| LQ/HRQoL | Lebensqualität |
| M | Mittelwert |
| MHH | Medizinische Hochschule Hannover |
| MDN | Median |
| MMS | Multimodale Schmerztherapie |
| MWU | Mann-Whitney-U Test |
| MZP | Messzeitpunkt |
| Reha-Zentrum/RZ | Reha-Zentrum am Meer, Kurbetriebsgesellschaft Bad Zwischenahn mbH |
| RFP | Rückfallprophylaxe |
| TN | Teilnehmer*innen |

II. Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Zusammenarbeit im Konsortium MMS-RFP | 7 |
| Abbildung 2: Therapiewoche des MMS-Standard-Programms | 10 |
| Abbildung 3: Therapiewoche MMS-Komplex-Programm | 11 |
| Abbildung 4: Ablaufschema der MMS-RFP | 14 |
| Abbildung 5: Studiendesign | 17 |
| Abbildung 6: Zusammensetzung der App-Trainingsbereiche | 29 |
| Abbildung 7: Gründe gegen eine App-Nutzung | 30 |
| Abbildung 9: Bedürfnisgerechtigkeit der Klinik..... | 35 |
| Abbildung 10: Zufriedenheit der Teilnehmenden..... | 35 |

III. Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Tabellarische Übersicht der Projektpartner | 7 |
| Tabelle 2: Kriterien zur Zuordnung der MMS-Programme Standard und Komplex sowie der RFP-Pfade I bis III | 13 |

Akronym: MMS-RFP
Förderkennzeichen: 01NVF18011

| | |
|--|----|
| Tabelle 3: Verwendete Datenquellen nach Projektpartnern..... | 20 |
| Tabelle 4: Übersicht der Datenquellen | 20 |
| Tabelle 5: Rücklauf der Fragebögen an drei Messzeitpunkten nach IG und KG..... | 25 |
| Tabelle 6: Verteilung der TN auf das Standard- und Komplexprogramm nach KG und IG..... | 26 |
| Tabelle 7: Verteilung der TN auf Standard- und Komplexprogramm nach Pfaden der RFP.... | 27 |

1. Zusammenfassung

Hintergrund:

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten gesundheitsbezogenen Beschwerden in der Bevölkerung, sie führen seit Jahren die Statistiken der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit (AU) und medizinische Rehabilitation an (Badura et al. 2023). Betroffene nehmen in vielen Fällen an einer multimodalen Schmerztherapie (MMS) teil. Nach erfolgter MMS kehren die Patient*innen oftmals ohne weitere interdisziplinäre und strukturierte Betreuung in ihre hausärztliche oder orthopädische Versorgung zurück, die mit einem hohen Rückfallrisiko einhergeht. Das Projekt *Multimodale Schmerztherapie (MMS) mit Rückfallprophylaxe (RFP) (MMS-RFP)* setzt an dieser genannten Versorgungslücke mit dem Ziel an, die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs einer MMS zu stärken. Die Neue Versorgungsform beinhaltet eine zwölfmonatige Rückfallprophylaxe (RFP), die sich nahtlos an die vierwöchige MMS anschließt. Die MMS-RFP wurde für krankengeldberechtigte Mitglieder der AOK Niedersachsen (AOKN) im Einzugsgebiet des Reha-Zentrums am Meer Bad Zwischenahn entwickelt. Das Ziel der RFP liegt in der nachhaltigen Erreichung der Arbeitsfähigkeit der Patient*innen. Weitere Ziele der neuen Versorgungsform sind die Chronifizierung von Rückenschmerzen zu verhindern, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Patient*innen unmittelbar nach der vierwöchigen MMS-Phase sowie diese anschließend durch die Inanspruchnahme der RFP aufrecht zu erhalten. Die Diagnostik und Behandlungen werden vom Reha-Zentrum in Bad Zwischenahn ambulant durchgeführt. Zusätzlich wurde das Angebot in Form einer Applikation telemedizinisch unterstützt.

Methodik:

Untersucht wurde der Effekt der neuen Versorgungsform durch eine cluster-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie, bei der die Interventionsgruppe (IG) zusätzlich zur MMS eine Rückfallprophylaxe erhalten hat. Das primäre Ziel der Evaluation bestand darin zu untersuchen, ob die zwölfmonatige Rückfallprophylaxe als neue Versorgungsform im Vergleich zu einer multimodalen Schmerztherapie ohne RFP einen Zusatznutzen für Rückenschmerzpatient*innen erbringt. Zu diesem Zweck wurden als primäres Untersuchungsergebnis die Arbeitsunfähigkeitstage der TN, die eine RFP erhielten (IG), mit der Gruppe der TN ohne Nachsorgeprogramm und App-Begleitung (KG) mittels Abrechnungsdaten der AOKN verglichen. Zu drei Befragungszeitpunkten und unter Einbeziehung von Routinedaten der AOKN wurden Ergebnisse, Prozesse und gesundheitsökonomische Effekte erhoben. Betrachtete Outcomes sind u.a. eingesparte AU-Tage und Verbesserung der Funktionskapazität, die Zufriedenheit der Patient*innen und Behandler*innen sowie direkte und indirekte Kosten. Darüber hinaus wurde die Zufriedenheit mit der Intervention anhand qualitativer leitfadengestützter Interviews im November und Dezember 2021 mit involvierten Ärzt*innen, Psycholog*innen, Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen sowie mit einem Sample der AOK Kundenberater*innen Krankengeld durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse:

Insgesamt 297 Teilnehmende (IG n=150) konnten im Rahmen der Intention-to-treat eingeschlossen werden. Die Effekte der neuen Versorgungsform wurden anhand der Ergebnis-, Prozess- und gesundheitsökonomischen Evaluation untersucht. Während die Arbeitsunfähigkeitszeiten und Kosten im Vergleich zur Regelversorgung nicht verringert wurden, konnte eine erhöhte Zufriedenheit, Funktionskapazität und Lebensqualität der Patient*innen nachgewiesen werden.

2. Beteiligte Projektpartner

| Projektpartner | Rolle im Projekt | Verantwortlichkeiten im Projekt | Ansprechpartner nach Projektende |
|--|---|---|--|
| AOK Niedersachsen | Konsortialführung | Projektleitung, Koordination, Projektcontrolling, Übertragbarkeit, Nachhaltigkeit, Mitwirkung bei Evaluation | Alina Röttger 0511 285 13243 Alexander.Dosch@nds.aok.de |
| Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung | Konsortialpartner | Konzeption, Durchführung und Auswertung der Evaluationsstudie | Prof. Dr. Christian Krauth |
| Reha-Zentrum am Meer Bad Zwischenahn | Konsortialpartner | Durchführung der Diagnostiktage, MMS und Intervention | Dr. Werner Runde 04403 61-9481 w.runde@rehazentrum-am-meer.de |
| Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover | Kooperationspartner Eingebunden durch Letter of Intent | Unkompliziertes Verwaltungsverfahren Zeitnaher Zugang in leistungsfähige Rehabilitationskliniken Befundbericht aus Diagnostiktag MMS-RFP ersetzt den ärztlichen Bericht im Rahmen des Antragsverfahrens | Jürgen Rodewald 0511 829-3357 juergen.rodewald@drv-bsh.de |
| Deutsche Rentenversicherung Oldenburg- Bremen | Kooperationspartner Eingebunden durch Letter of Intent | Unkompliziertes Verwaltungsverfahren Zeitnaher Zugang in leistungsfähige Rehabilitationskliniken Befundbericht aus Diagnostiktag MMS-RFP ersetzt den ärztlichen Bericht im Rahmen des Antragsverfahrens | Dr. med. Aike Hessel 0421 3407208 aike.hessel@drv-oldenburg-bremen.de |
| Deutsche Rentenversicherung Bund | Kooperationspartner Eingebunden durch Letter of Intent | Unkompliziertes Verwaltungsverfahren | Barbara Gellrich Barbara.Gellrich@drv-bund.de |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | Zeitnaher Zugang in leistungsfähige Rehabilitationskliniken Befundbericht aus Diagnostiktag MMS-RFP ersetzt den ärztlichen Bericht im Rahmen des Antragsverfahrens | |
|--|--|---|--|

Tabelle 1: Tabellarische Übersicht der Projektpartner

Alle drei DRVn haben im Rahmen des Projektes einer Kooperation zugestimmt und jeweils einen Letter of Intent unterzeichnet. Der Umfang der Kooperation umfasst eine beschleunigte Bearbeitung von Anträgen auf Rehabilitationsleistungen für MMS-Patient*innen sowie die Nutzung des Befundberichtes aus dem Diagnostiktag für die Antragsstellung von Rehabilitationsleistungen. Für das Erreichen der Projektziele war die Kooperation von keiner wesentlichen Bedeutung.

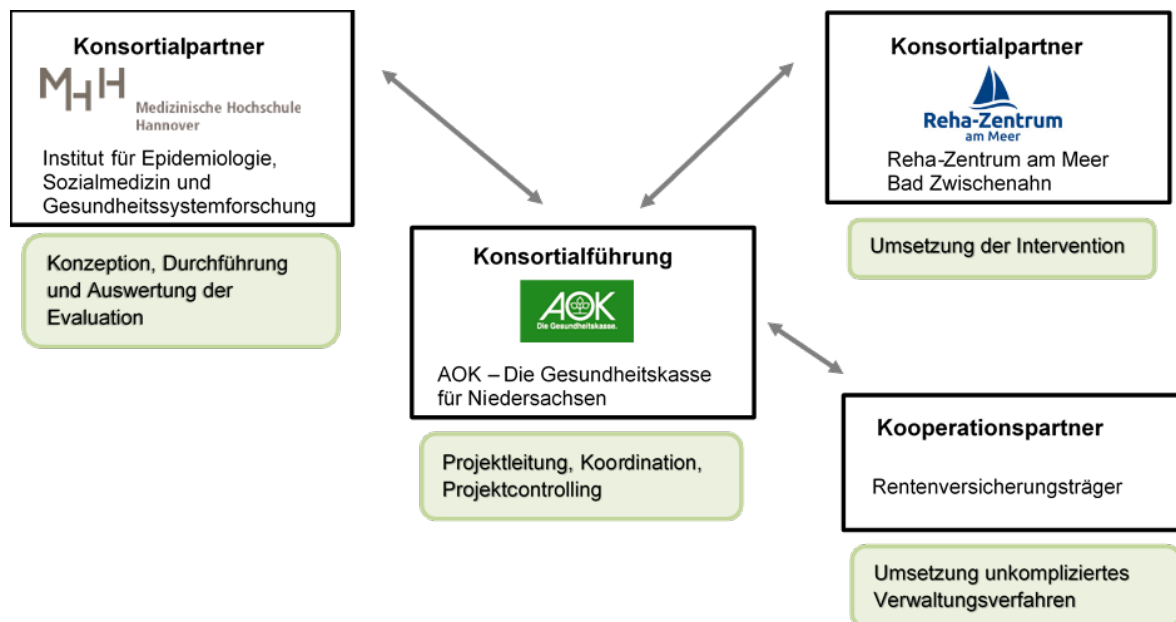


Abbildung 1: Zusammenarbeit im Konsortium MMS-RFP

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten gesundheitsbezogenen Beschwerden in der Bevölkerung. Die Prävalenz beträgt je nach betrachteter Periode (Punkt-, 7-Tages-, 3-Monats-, 1-Jahresprävalenz) zwischen 30% und 70% (Lieb, 2007). In vielen Fällen können die Betroffenen für längere Zeit ihrer Beschäftigung nicht nachkommen, nehmen Schmerzmittel oder ziehen Operationen in Betracht. Rückenschmerzen führen seit Jahren die Statistiken der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit (AU) und medizinische Rehabilitation an (Badura et al. 2023). Meist erfolgt die Behandlung von Rückenschmerzen monodisziplinär, obwohl insbesondere psychosoziale Risikofaktoren häufig die Genesung erschweren und eine multidisziplinäre Herangehensweise mit enger inhaltlicher Therapieabsprache erfordern. Eine derartige multidisziplinäre Behandlung ist in der ambulanten Regelversorgung nicht umsetzbar, da bestehende Vergütungssysteme ein solches Vorgehen nicht vorsehen. Um die Versorgung zu verbessern und elektive

Eingriffe zu reduzieren, forciert die Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz seit 2017 eine interdisziplinäre Diagnostik (Assessment) und bei Bedarf eine anschließende multimodale, interdisziplinäre Therapie.

Lediglich in einzelnen Zentren wird in Deutschland eine solche Therapie bisher umgesetzt. Dies führt dazu, dass nur wenige Patient*innen im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts behandelt werden. Darüber hinaus erfolgt diese Behandlung mit zeitlichem Verzug, was wiederum das Risiko einer Chronifizierung erhöht und zu einer hohen Inanspruchnahme von operativen Leistungen führt. Wesentliche Kriterien bei der Beurteilung von Kreuzschmerzen sind der Schwere- und Beeinträchtigungsgrad sowie die Prognose in Bezug auf die Rückkehr zur Funktions- und damit Arbeitsfähigkeit.

Die Überlegenheit der interdisziplinären, multimodalen Schmerztherapie (MMS) in der Therapie von chronifizierten Rückenschmerzen konnte bereits in diversen Studien belegt werden (Elbers et al., 2022). Nach erfolgter MMS kehren die Patient*innen jedoch bisher ohne weitere interdisziplinäre strukturierte Betreuung in ihre hausärztliche oder orthopädische Versorgung zurück. Dies führt dazu, dass mit Ende der MMS das Risiko für Rückfälle grundsätzlich bestehen bleibt. Auf diesen Erkenntnissen basiert das Innovationsfondsprojekt Multimodale Schmerztherapie mit Rückfall Prophylaxe (MMS-RFP). Die Neue Versorgungsform beinhaltet eine zwölfmonatige Rückfallprophylaxe (RFP), die sich nahtlos an die vierwöchige MMS anschließt. Die Weiterentwicklung der Versorgung besteht demnach in einer längerfristigen Betreuung von Rückenschmerzpatient*innen im Anschluss an eine MMS.

3.2 Ziele und Fragestellung

Das primäre Ziel der neuen Versorgungsform ist es, die Nachhaltigkeit einer multimodalen Schmerztherapie (MMS) bei Rückenschmerzen zu verbessern, um weitere AU-Fälle aufgrund von Rückenschmerzen langfristig zu vermeiden.

Weitere Ziele der neuen Versorgungsform sind die Chronifizierung von Rückenschmerzen zu verhindern, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Patient*innen unmittelbar nach der vierwöchigen MMS-Phase sowie diese anschließend durch die Inanspruchnahme der RFP aufrecht zu erhalten. Die zentrale Fragestellung der Evaluation ist, welchen Nutzen eine frühzeitige und intensive RFP im Anschluss an eine MMS hat. Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden drei unterschiedliche Ebenen betrachtet: die Ergebnisevaluation, die Prozessevaluation und die gesundheitsökonomische Evaluation. Die Ergebnisevaluation zielt darauf ab zu untersuchen, welchen Effekt die Intervention auf patientenrelevante Outcomes hat. Im Rahmen der Prozessevaluation wird untersucht, inwieweit die Intervention wie geplant umgesetzt wurde und wie der Prozess aus Perspektive der Leistungserbringer*innen und TN wahrgenommen und bewertet wird. Die Kosten und Kosteneffektivität der Intervention werden im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation betrachtet.

Aus den Zielen der Evaluation leiten sich die folgenden Arbeitshypothesen ab:

H₁: Durch die Intervention verringert sich die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen.

H₂: Durch die Intervention steigt die Funktionskapazität.

H₃: Die Intervention wird von den teilnehmenden Ärzt*innen und TN positiv wahrgenommen.

H₄: Durch die Intervention sinken die direkten und indirekten Kosten.

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform unter Berücksichtigung der Zielgruppe, Leistungen, Zeitaufwand etc.

Das Projekt MMS-RFP wurde speziell für krankengeldberechtigte Versicherte der AOKN entwickelt. Die Zielgruppe bildeten Versicherte, die im Einzugsbereich des Reha-Zentrums leben und den weiteren Einschlusskriterien entsprechen (Vgl. Abschnitt 5.2). Im Verlauf stellte sich heraus, dass die zu Beginn der Studie geltende Beschränkung auf die mit ICD M50 – M54 verschlüsselten Diagnosen eine wesentliche Gruppe von Rückenschmerzen mit hoher Praxisprävalenz und gleichen Behandlungsbedarfen ausgeschlossen hätte, so dass das Diagnosespektrum erweitert wurde. Ausschlusskriterien wie beispielsweise Lähmungen wurden determiniert.

Im Rahmen der neuen Versorgungsform wurde die Zielgruppe der Versicherten mit einer Arbeitsunfähigkeit und dem Risiko einer Chronifizierung des Rückenschmerzes von Krankengeld Kundenberatern der AOKN hinsichtlich einer möglichen Teilnahme an einer multimodalen Schmerztherapie im Reha-Zentrum am Meer in Bad Zwischenahn kontaktiert. Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel zwischen der 4. und 8. Arbeitsunfähigkeitswoche. Um kurze Wartezeiten sicherzustellen, bestand eine enge Abstimmung zwischen der AOKN und dem Reha-Zentrum. Bei Zustimmung der Versicherten wurde ein umfassendes professionsübergreifendes Assessment im Reha-Zentrum durchgeführt. Hierbei wurden Patient*innen über mehrere Stunden ärztlich, psychologisch und physiotherapeutisch befragt und untersucht. Alle Ergebnisse des interdisziplinären Diagnostiktages werden in einem ausführlichen Bericht dokumentiert und die Entscheidung wird begründet und für Patient*innen, den behandelnden Ärzt*innen und den Kundenberater*innen Krankengeld der AOKN aufbereitet.

Im Rahmen einer Fallkonferenz (interdisziplinäre Teambesprechung) wurde im Anschluss eine Behandlungsempfehlung für die Patient*innen ausgesprochen. Folgende Professionen mit entsprechenden Qualifikationen nahmen am Diagnostiktag und der anschließenden Fallkonferenz teil:

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie mit Zusatzqualifikation „Manualmedizin“ sowie ausgewiesener Qualifikation in der Schmerztherapie und fortlaufender Rezertifizierung.

Psychologische/r Psychotherapeut/in mit schmerztherapeutischer Qualifikation.

Nach § 124 SGB V zugelassene(r) Physiotherapeut/in mit manualmedizinischen Kenntnissen von Alltagsfunktions- und Belastungstests, manualmedizinischen Kenntnissen in der medizinischen Trainingslehre sowie schmerztherapeutischer Erfahrung.

Regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen 1x/Monat für alle Fallkonferenz-Teilnehmer.

Die Empfehlungen der Fallkonferenzen basierten hierzu auf folgenden Versorgungsoptionen:

- a) Andere Maßnahmen
- b) Durchführung einer medizinischen und/oder einer beruflichen Rehabilitation
- c) Teilnahme am MMS-Standardprogramm
- d) Teilnahme am MMS-Komplexprogramm

Eine *andere Maßnahme* außerhalb der hier beschriebenen neuen Versorgungsform kann sinnvoll sein, wenn die MMS nicht erforderlich ist, weil die Rückenschmerzen voraussichtlich mit monomodalen Therapien wie z. B. Physiotherapie gebessert werden können oder aber Ausschlussgründe erkannt wurden, die eine spezifische Behandlung einer strukturell zuzuordnenden Ursache erforderlich machen.

Eine *medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme* kann dann sinnvoll sein, wenn sich herausstellt, dass die Erwerbsfähigkeit des/der Teilnehmer*in gefährdet oder bereits gemindert ist. Ist dies der Fall, kann direkt aus dem interdisziplinären Diagnostiktag heraus oder auch im späteren Verlauf aus jeder Phase der MMS heraus eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme empfohlen und beantragt werden. Wird eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme beantragt, stellen die Projektpartner der Deutschen Rentenversicherung sicher, dass innerhalb von zwei Wochen über den jeweiligen Antrag entschieden wird. Bei der Empfehlung einer medizinischen Rehabilitation ist eine zusätzliche sozialmedizinische Prüfung nicht erforderlich. In jedem Fall wird schnellstmöglich in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung gesteuert.

Die MMS wird vom Reha-Zentrum Bad Zwischenahn ambulant durchgeführt. Sie dauert vier Wochen, in denen die Behandlung je nach Schweregrad der Erkrankung an jeweils vier oder fünf Werktagen stattfindet. Hierzu wurden pro Kalendermonat zwei vierwöchige Kurse (MMS Standard, MMS Komplex) mit jeweils 8 TN im RZ durchgeführt. Patient*innen im *Standard-Programm* werden dabei drei bis vier Stunden täglich an vier Tagen in der Woche behandelt, Patient*innen im umfangreicheren *Komplex-Programm* fünf bis sieben Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche. In Abgrenzung zur Standard-MMS legt das Komplex-Programm einen stärkeren Fokus auf die psychologische und ärztliche Behandlung. Die Abbildungen der Wochenpläne einer MMS-Behandlung veranschaulichen typische Wochenpläne des Standard- (Abbildung 2) und Komplex-Programms (Abbildung 3).

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|---------------------------------|------------------------------------|----------|------------------------------------|--------------------------------|
| 09.00-10.30 Alltagstraining | 09.00-10.00 Motivation-Volition | | 09.00-10.00 Motivation-Volition | 09.00-10.00 Alltagstraining |
| Pause | 10.00-11.30 Einzelgespräche | | 10.00-12.00 Visite | 10.00-11.30 GYM |
| 11.00-12.00 Basisinformation | Pause | | 12 T- | Pause |
| 12.00-13.00 Eigentaining | 12.00-13.00 Psychoedukation | | - | 12.00-13.00 Psychoedukation |
| Pause | | | 13 m | |
| 13.30-15.00 MTT | | | Pause | |
| | | | 13.30-15.00 MTT | |

Abbildung 2: Therapiewoche des MMS-Standard-Programms

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|--|--|--|--|--|
| 09.00-10.30 Alltagstraining Pat.:Therapeut 3:1 | 09.00-10.00 Motivation-Volition Pat.:Therapeut 2:1 | 09.00-10.30 GYM | 09.00-10.00 Motivation-Volition Pat.:Therapeut 2:1 | 09.00-10.00 Alltagstraining Pat.:Therapeut 3:1 |
| Pause | 10.00-11.30 Einzelgespräche | 10.30-11.00 Sprechstunde Psych | 10.00-12.00 Visite | 10.00-11.30 GYM |
| 11.00-12.00 Basisinformation | Pause | 11.00-12.00 Sozialmedizin | | Pause |
| 12.00-13.00 Schmerzbewältigung | 12.00-13.00 Psychoedukation | 12.00-13.00 Schmerzbewältigung | 12 T- | 12.00-13.00 Psychoedukation |
| Pause | Pause | Pause | - ea- | Pause |
| 13.30-15.00 MTT | 13.30-15.00 MTT | 13.30-15.00 MTT | 13 m | 13.30-15.00 MTT |
| 15.00-15.30 Sprechstunde Arzt | 15.00-15.30 Sprechstunde Arzt | 15.00-15.30 Sprechstunde Arzt | | 15.00-15.30 Sprechstunde Arzt |
| 15.30-16.30 Sprechstunde Psych | 15.30-16.00 Sprechstunde Psych | 15.30-17.45 Wandertag (Gruppendynamik) | 15.30-16.00 Sprechstunde Psych | 15.30-16.30 Sprechstunde Psych |
| 16.30-17.30 Einzelgespräch Psych | 16.00-17.00 Einzelgespräch Psych | | 16.00-17.00 Einzelgespräch Psych | 16.30-17.30 Einzelgespräch Psych |

Abbildung 3: Therapiewoche MMS-Komplex-Programm

Bereits während der MMS wurde auf eine eigenständige, sportlich-aktive und damit rücken-gesunde Lebensführung hingewirkt. Hierzu legten sich die TN in einem während der MMS angelegten persönlichen Bewegungstagebuch auf mindestens zwei Bewegungs- oder Sportakti-vitäten fest, die wöchentlich in einem festgelegten Rhythmus durchgeführt werden sollten. Im direkten Anschluss an die MMS fand, je nach vorheriger Randomisierung seitens der MHH, im Rahmen der neuen Versorgungsform eine begleitende 12-monatige RFP statt. Hierzu wur-den die Patient*innen nach einem erneuten multiprofessionellen Assessment gemäß ihres Betreuungsbedarfes einer von drei Intensitätsstufen der RFP (Pfad I, Pfad II oder Pfad III) zu-geordnet.

Die *niedrige Intensitätsstufe (Pfad I)* besteht aus einer Telefonsprechstunde (fakultativ) und dem Führen eines Bewegungstagebuchs sowie einem obligaten Telefonat mit den TN nach sechs Wochen. Nach jeweils sechs und zwölf Monaten erfolgt eine dreistündige Auffrischungs-

Akronym: MMS-RFP
Förderkennzeichen: 01NVF18011

einheit im Reha-Zentrum mit therapeutisch beaufsichtigtem Training, Leistungstests und gemeinsamer Auswertung des Bewegungstagebuchs. Zusätzlich findet bei Bedarf ärztliche und psychologische Einzelgespräche statt.

Die *mittlere Intensitätsstufe (Pfad II)* beinhaltet darüber hinaus eine Auffrischungseinheit nach drei Monaten sowie ein weiteres obligates Telefonat (4. und 8. Woche nach MMS).

Bei der RFP in *hoher Intensität (Pfad III)* ist darüber hinaus eine sich direkt an die MMS anschließende wöchentliche Trainingseinheit (12 Wochen über jeweils 90 Minuten) unter therapeutischer Aufsicht vorgesehen. Vier und acht Wochen danach (16. und 20. Woche nach MMS) finden obligate Telefonate mit den Patient*innen statt. Die Auffrischungsserie wird ergänzt um eine weitere Einheit nach neun Monaten. Für Patient*innen mit einem besonders hohen Nachsorgebedarf besteht die Möglichkeit, nach Ablauf der 12 Monate RFP einen einwöchigen Auffrischkurs anzubieten.

Bei der Zuordnung der Patient*innen in die MMS-Programme Standard bzw. Komplex sowie die spätere Unterscheidung in die RFP-Gruppen mit unterschiedlichen Intensitäten, haben eine Vielzahl von Kriterien eine Rolle gespielt. Hierbei wurden sowohl medizinische, als auch nicht-medizinische Aspekte herangezogen, da beide Aspekte sich auch auf die Compliance der Patient*innen auswirken. Die nachfolgende Tabelle 2 stellt eine Übersicht relevanter Kriterien dar.

| | Relevanz für Unterscheidung MMS Standard oder Komplex | Entscheidung MMS Standard | Entscheidung MMS Komplex | Relevanz für Unterscheidung RFP-Pfad I, II oder III |
|---|---|---------------------------|--------------------------|---|
| Medizinische Gründe | | | | |
| Schweregrad der Symptome (z.B. Notwendigkeit von ärztlicher Sonderbehandlung wie Sakralblockade) | X (in beide Richtungen) | | | |
| Schwere der Arbeit | X | wenn leicht | wenn schwer | |
| Körperliche Konditionierung, lokal, z.B. Dekonditionierung der tiefen Stellmuskulatur (FMS-Score) | X | wenn gut | wenn schlecht | |
| Körperliche Konditionierung, allgemein, z.B. Fitness, Treppe laufen, Ergometer etc. | X | wenn schlecht | wenn gut | |
| Psychische Konstitution mit Bedarf an psycholog. Einzelsitzungen | X | | X | |
| AU (Dauer und Häufigkeit) | X | wenn niedrig | wenn hoch | |
| Selbstwirksamkeitskompetenz (Kompetenz, selbständig zu trainieren) | X | wenn hoch | wenn niedrig | |
| Gruppenzusammengehörigkeit | | | | X |
| Nichtmedizinische Gründe | | | | |
| Entfernung | | | | X |
| Ethnische Gründe | X | | | |
| Geschlechtliche Gründe | X | | | |
| Sozial zuhause (z.B. Pflege in der Familie) | X | | | X |
| Sozial beruflich (Arbeitszeit, Schichtdienst, Montage etc.) | | | | X |
| Quote | X | | | (X) |
| Organisatorisch | X | | | |

Tabelle 2: Kriterien zur Zuordnung der MMS-Programme Standard und Komplex sowie der RFP-Pfade I bis III

Im Zeitraum der Rückfallprophylaxe konnte ein Wechsel der Intensitätsstufen oder bei Bedarf eine Einsteuerung in eine Reha-Maßnahme erfolgen. Im Rahmen der zwölfmonatigen RFP-Phase sollten die TN unter multiprofessioneller Begleitung zu einem Lebensstil motiviert werden, in dem eine sportliche Aktivität als fester Bestandteil im Alltag integriert ist. Dabei wurde ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet, dass die während der MMS vermittelten Inhalte in den Alltag übertragbar sind, da die Hürden für einen dauerhaften sportlich aktiven Lebensstil im alltäglichen Leben als hoch eingeschätzt werden.

Die Rückfallprophylaxe wurde darüber hinaus in allen Intensitätsstufen durch eine App telemedizinisch unterstützt. Diese beinhaltete ein individuelles, zum Leistungsstand des Teilnehmers passendes Trainingsprogramm, welches anhand von aufgespielten Gymnastik- und Fitnessvideos und Entspannungsaudios nachtrainiert werden sollte. Darüber hinaus fungierte die App als digitales Bewegungstagebuch, erinnerte an Termine und anstehende Übungen und leitete Daten zur Auswertung an das Reha-Zentrum weiter. Hierdurch wurden die Patient*innen ein Jahr nach Beendigung der MMS weiterhin vom Reha-Zentrum betreut. Über die App erfolgten die Übermittlungen von Trainingsdaten in allen drei RFP-Pfaden, so dass eine präsenzunabhängige Kommunikation zwischen TN und Therapeut*innen innerhalb der Interventionsgruppe jederzeit gewährleistet war. Alternativ zur App war auch eine Trainingsdatenübermittlung an das Therapeuten-Team im Reha-Zentrum per E-Mail möglich. In Abbildung 4 wird der Ablauf der MMS-RFP grafisch dargestellt.

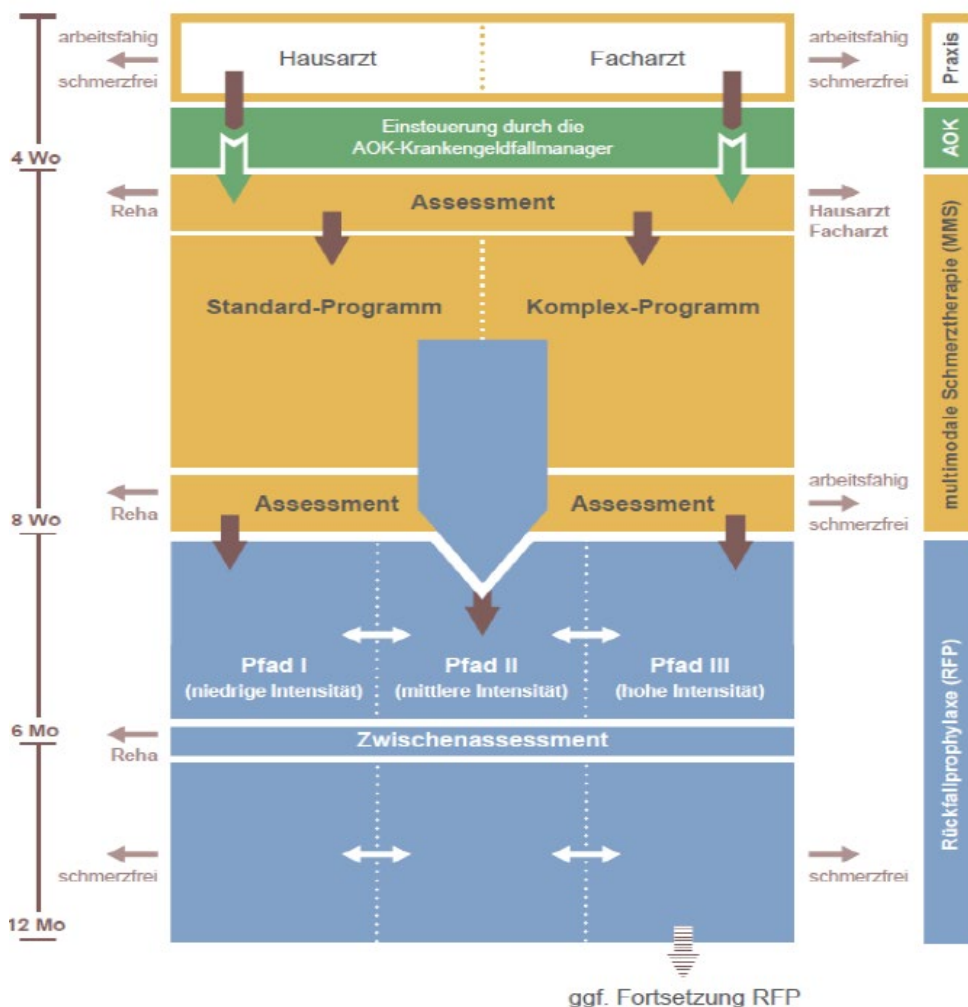


Abbildung 4: Ablaufschema der MMS-RFP

4.2 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Die Umsetzung der neuen Versorgungsform erfolgte im Rahmen eines Vertrages der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, welcher zwischen der AOKN und dem Reha-Zentrum am Meer Bad Zwischenahn im Juli 2019 geschlossen wurde. AOKN-Versicherte, welche die Einschlusskriterien erfüllten, hatten die Möglichkeit am Vertrag teilzunehmen und die Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Alle datenschutzrechtlichen Vereinbarungen, die das Teilnahmeverfahren der Versicherten sowie die Datenübermittlung während der Teilnahme zwischen der AOKN und dem Reha-Zentrum betreffen, sind im Rahmen des Vertrags der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V festgelegt worden. Die Vertragsbestandteile legen

das Teilnahmeverfahren der Versicherten, die Umsetzung und die Abrechnung der Module Diagnostiktag, MMS und RFP seitens des RZ fest und regeln die Zusammenarbeit der Vertragspartner. Ziel der neuen Versorgungsform gemäß des Selektivvertrages war es zu überprüfen, ob durch eine Rückfallprophylaxe, die bis zu einem Jahr nach der MMS andauerte, die Nachhaltigkeit der MMS verbessert werden konnte. Als Vertragsbeginn wurde der 01.05.2019 terminiert. Die Laufzeit des Vertrages wurde zunächst an den Interventionszeitraum des Innovationsfondsprojekts geknüpft und später für eine Übergangszeit einvernehmlich verlängert. Die vertraglichen Leistungen umfassen ein Eingangsassessment, die Multimodale Schmerztherapie (in zwei Schweregraden), eine zwölfmonatige Rückfallprophylaxe (je nach Belastungsanspruch in drei Intensitätsstufen, für die Hälfte der Teilnehmer). Hierbei waren die MMS und RFP modular aufgebaut und bedarfsgerecht auszuführen. Die konkreten Inhalte dieser vertraglichen Leistungen sind in Kapitel 4.1 näher beschrieben.

Für die besonderen Leistungen wurde im Rahmen des Selektivvertrages eine modulare Zusatzvergütung gezahlt. Das Eingangsassessment wurde für alle am Projekt teilnehmenden Versicherten bezahlt. Die anschließenden Vergütungssummen differenzierten je nach Zuordnung der Versicherten in die MMS-Standard bzw. MMS-Komplex-Gruppe, da hier ein unterschiedlicher Aufwand für das Reha-Zentrum bestand. Die Zahlung erfolgte anhand der in Anspruch genommenen Tagessätze. Für die anschließende RFP der Interventionsgruppe war ebenfalls eine differenzierte Vergütung je nach Zuordnung zu den Intensitätsgruppen vorgesehen, welche auf Basis der Behandlungseinheiten vergütet wurde. Darüber hinaus erhielt das Reha-Zentrum eine Pauschale je Behandlungsfall für die Betreuung und Unterstützung der App-Nutzung.

Vor der Teilnahme an der neuen Versorgungsform wurden Versicherte über die Teilnahme- und Datenschutzvorkehrungen aufgeklärt sowie die Entbindung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht im Rahmen der besonderen Versorgung eingeholt. Alle Teilnehmenden willigten vor der Versorgung einer Teilnahme ein und unterzeichneten eine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung, die den Umgang mit den personenbezogenen Daten regelt. Darüber hinaus wurde ein umfangreiches Datenschutzkonzept abgestimmt und vom Datenschutzbeauftragten der MHH und AOKN bewilligt.

Darüber hinaus erfolgte eine Kooperation auf Basis eines bestätigenden Schriftwechsels mit der Deutschen Rentenversicherung, um die Einbindung im Projekt sicherzustellen.

4.3 Implementierung der neuen Versorgungsform

Um das Projekt auch außerhalb der beteiligten Vertragspartner publik zu machen, wurden unterschiedliche Maßnahmen umgesetzt: Sogenannte Gesundheitspartnerberater*innen der AOKN haben im Einzugsgebiet niedergelassene Orthopäd*innen und Hausärzt*innen persönlich oder telefonisch über das Projekt informiert und über dessen Inhalte aufgeklärt. Die Gesundheitspartnerberater*innen standen den Ärzt*innen für Rückfragen zur Verfügung und verteilten Arzteinformationsschreiben an interessierte Praxen. Für eine erfolgreiche Implementierung der neuen Versorgungsform war es wichtig, die Akzeptanz der niedergelassenen Ärzt*innen gegenüber der Behandlung zu fördern und sie als Multiplikator*innen zu gewinnen, um Patient*innen frühzeitig zu motivieren am Projekt teilzunehmen. Dafür war es auch notwendig, dass behandelnde niedergelassene Ärzt*innen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Dauer der vierwöchigen MMS ausstellten.

Für die Einschreibung der TN sind die Kundenberater*innen Krankengeld aus den Regionen der Einzugsgebiete über das Projekt informiert worden und für die Umsetzung des Projekts von der Projektleitung und den Ärzt*innen des Reha-Zentrums geschult worden. Aufgabe der Kundenberater*innen war es, die geeigneten AOKN-Versicherten für die Teilnahme an der neuen Versorgungsform zu gewinnen. Die Rekrutierung, Beratung und Einschreibung in den Selektivvertrag erfolgte durch die Kundenberater*innen der AOKN. Diese informierten die ge-

eigneten Patient*innen, die seit mindestens 21 Tagen aufgrund der Diagnose Rückenschmerzen arbeitsunfähig waren. Dabei wurden die Beratungsprozesse genutzt, die im Rahmen der Krankengeldberatung bereits etabliert und als Standard eingesetzt werden. Die Rekrutierung verlief anhand von wöchentlich aktualisierten Potenziallisten, die Krankengeldberechtigte der eingeschlossenen Regionen und Diagnosen in einer frühen Arbeitsunfähigkeit ab dem 14. Tag enthielten. Anhand dieser Potenziallisten hatten die Kundenberater*innen die Möglichkeit, die Versicherten in einem Erstberatungsgespräch über das Projekt MMS-RFP zu informieren. Inhalte des Erstberatungsgesprächs bildeten neben dem Krankengeldbezug auch der Umfang und Ablauf der MMS-RFP. Hierbei wurde durch die Kundenberater*innen ebenso das individuelle Potenzial zur Versorgungsteilnahme anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Zur Unterstützung der Projektumsetzung wurden neben Flyern auch eine Prozessbeschreibung sowie ein Leitfaden für das Erstberatungsgespräch erstellt und an die zuständigen Kundenberater*innen verteilt.

Nachdem die Versicherten der Teilnahme und Datenweitergabe schriftlich zustimmten, vereinbarten die KB KG gemeinsam mit dem Patient*innen einen Termin zum Diagnostiktag im Reha-Zentrum. Die Terminierung erfolgte über einen elektronischen Kalender, um die belegten Diagnostiktage in Echtzeit abzubilden.

Eine monatliche Telefonkonferenz mit der Projektleitung und den sechs Krankengeldteams der AOKN diente zum Erfahrungsaustausch und zur Klärung zeitnaher, relevanter Ereignisse beispielsweise der COVID-19-Pandemie. Zudem wurde ein monatlicher Jour Fixe zwischen den Konsortialpartnern veranstaltet, um sich zu den Entwicklungen in der Akquise und in der Leistungserbringung sowie zu bevorstehenden Arbeitspaketen transparent zu machen und Maßnahmen zur Optimierung des Akquise-Prozesses zu sammeln und umzusetzen.

Die COVID-19-Pandemie hatte aus Sicht der AOKN einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf des Projektes im Jahr 2020. Im Rahmen von Kontaktbeschränkungen konnte die Patientenakquise über die Kundenberatung lediglich telefonisch oder schriftlich erfolgen. Um die Patient*innen frühzeitig über die Möglichkeit einer Teilnahme zu Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit zu informieren, wurde ein Informationsschreiben entwickelt, das zum einen über die Datenschutzbestimmungen hinsichtlich einer allgemeinen Beratung und zum anderen über die Teilnahme am MMS-Programm informiert.

Aus Sicht des Leistungserbringers hingegen hatte die Pandemie keine Auswirkungen auf die Teilnahmebereitschaft und laufende Präsenz der Patient*innen während der MMS und der RFP. Bei keinem der teilnehmenden Patient*innen kam es aufgrund der Pandemie zu einem Ausscheiden aus dem Projekt. Lediglich zu Beginn der Pandemie merkte man den Teilnehmer*innen der Kurse 03/2020 und 04/2020 die allgemeine Verunsicherung in Bezug auf den Arbeitsmarkt an. Die Auswirkungen auf die Rückkehr zur Arbeit nach der MMS lässt sich für diese Teilnehmergruppe aber nicht quantifizieren, beide Gruppen wurden nicht für die Intervention randomisiert, waren also nicht in der RFP.

Um den Bekanntheitsgrad des Projekts weiter zu erhöhen, wurde im Projektverlauf eine Pressekonzferenz veranstaltet. Zusätzlich wurden unterschiedliche Beiträge und Texte in verschiedenen Zeitschriften und Medien veröffentlicht.

4.4 Telemedizin

Um die Möglichkeiten von Telemedizin im Rahmen des Projektes zu nutzen, wurde eine zielgruppenorientierte App durch den Softwareentwickler Herodikos GmbH entwickelt und ab der ersten RFP erfolgreich eingesetzt. Die App wurde in der letzten Woche der MMS den Patient*innen vorgestellt und erläutert. Das Angebot war freiwillig und wurde von der überwiegenden Anzahl der RFP-TN (n=146 [installiert], n=141 [Nutzende]) angenommen. Die App fungiert als digitales Bewegungstagebuch, gibt Ratschläge für einen gesunden Rücken, bietet ein Trainingsprogramm bestehend aus Kraft & Mobilisierungseinheiten, erinnert an Termine und

anstehende Übungen und stellt Daten zur Therapietreue und zum Schmerzniveau für das Reha-Zentrum zur Verfügung. Informationen über Trainingshäufigkeiten und Schmerzangaben der Patient*innen waren nur innerhalb der App sichtbar und konnten vom medizinischen Personal über einen eigenen passwortgeschützten Therapeutenzugang eingesehen werden. Ebenso konnten die Trainingspläne durch die Physiotherapeut*innen des Reha-Zentrums im Verlauf der Rückfallprophylaxe individuell bearbeitet und angepasst werden. Die Alternative zur App war die Kommunikation zwischen TN und Therapeut*innen per E-Mail, über welche die Patient*innen wöchentlich die prozentuale Erfüllung ihres Trainingsplans zurückmeldeten. Eine 12-monatige Betreuung nach Ende der MMS wurde damit gewährleistet.

Zur Gewährleistung der Interoperabilität zwischen Reha-Zentrum und der App wurde zu Beginn des Projektes eine IT-seitige Anbindung an das Klinikinformationssystem des Reha-Zentrums umgesetzt. In regelmäßigen Abständen erfolgte eine Übermittlung der Trainingsdaten an das Reha-Zentrum, die wiederum von den Therapeut*innen zum Monitoring des Eigentrainings verwendet werden konnten. Im Laufe des Projektes wurde hierzu eine Schnittstelle zur elektronischen Patientenakte (ePA) erarbeitet. Die geltenden datenschutzrechtlichen Anforderungen wurden dabei zu jeder Zeit eingehalten. Diese Regelungen wurden vertraglich anhand des Rahmenschutzvertrages zwischen Herodikos und dem Reha-Zentrum vereinbart.

5. Methodik

5.1 Studiendesign

Die Evaluation erfolgte im Rahmen einer cluster-randomisierten, kontrollierten Studie (C-RCT). Das Evaluationsdesign umfasste eine Interventionsgruppe (IG) und eine Kontrollgruppe (KG) sowie drei Befragungszeitpunkte (*Abbildung 5*). Nach Beendigung der MMS erfolgte für die IG eine zwölfmonatige RFP, die mit drei unterschiedlichen Intensitäten angeboten wurde, während die KG kein RFP-Angebot erhielt. Der Rekrutierungszeitraum betrug 24 Monate von August 2019 bis Juli 2021.

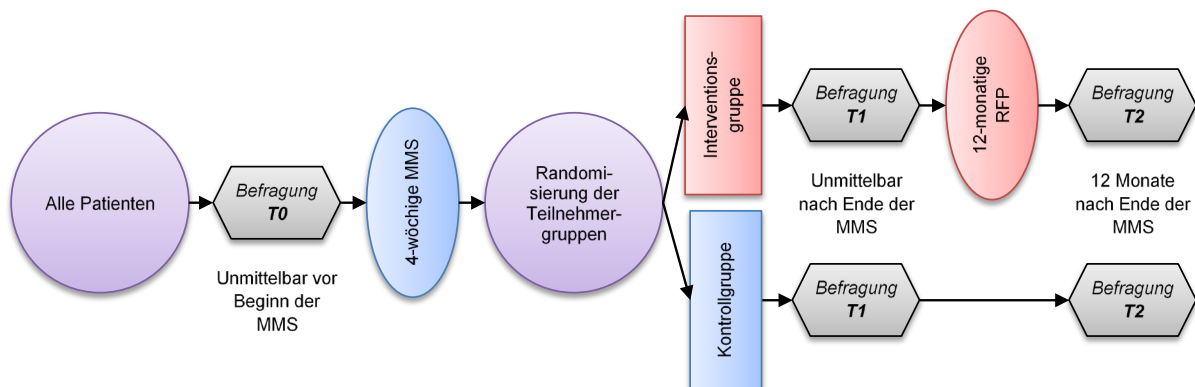


Abbildung 5: Studiendesign

5.2 Zielpopulation

Teilnahmeberechtigt waren bei der AOKN-Versicherte mit Wohnsitz in den kreisfreien Städten Emden, Wilhelmshaven, Delmenhorst und Oldenburg sowie den Landkreisen Ammerland, Oldenburg, Leer, Friesland, Wittmund, Aurich, Wesermarsch, Emsland und Cloppenburg, die krankengeldberechtigt sind und seit mindestens 21 Tagen arbeitsunfähig waren aufgrund der Diagnose Rückenschmerz (ICD M40-M54 unter Ausschluss von M45, M46 und M49). Als Ausschlusskriterien wurden die Krankenhaus-Hauptdiagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ICD F00-F99; 6 Monate vor AU), „Bösartige Neubildungen“ (ICD C00-C97; 12 Monate vor AU) sowie „Verletzungen“ (ICD S00-S99; 6 Monate vor AU), die Diagnosen „Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie“ (ICD G82) und ein Alter von ≥ 62 Jahren formuliert.

Ausgeschlossen wurden darüber hinaus TN mit einer der oben genannten Einschlussdiagnosen, sofern die Erkrankung bereits als chronisch einzustufen war, d.h. zum Zeitpunkt der Intervention die Dauer der Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 6 Monate insgesamt mehr als 12 Wochen betrug.

5.3 Fallzahlen (untersuchte Stichprobe) inkl. Drop-Out

Die Fallzahlberechnung wurde für das primäre Outcome AU-Tage durchgeführt. Für die beschriebene Patientengruppe der AOKN-Versicherten wurde für die Kalkulation der Fallzahlen eine durchschnittliche Anzahl von 37 AU-Tagen (SD: 58) pro Jahr recherchiert. Es wurde angenommen, dass die Anzahl an AU-Tagen in der IG um 15 Tage auf 22 Tage reduziert wird. Hieraus errechnete sich eine Effektgröße von $d = 0.3347947$. Bei einem Testaufbau mit einer Power von 80% ($1 - \beta = 0,8$) und einem Signifikanzniveau von 5% (α -Fehler = 0,05), war für den signifikanten Nachweis des erwarteten Effektes eine Fallzahl von 137 Probanden je Gruppe erforderlich. Die Fallzahl wurde mit Hilfe der Software G*Power berechnet.

Unter Berücksichtigung eines Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) von 0,01 und eines Design-Effektes von 1,1 bei einer durchschnittlichen Clustergröße von 15,3 ($22 \cdot 16 + 2 \cdot 8$) ergab sich eine benötigte Fallzahl von 293 TN, also 147 TN je Gruppe (Eldridge et al. 2006; Deck et al. 2012; Dreyhaupt et al. 2019; Rutterford et al. 2015). Zuzüglich eines erwarteten Dropouts von 10% für TN, die vor der Randomisierung abbrechen, ergab sich eine benötigte Gesamtfallzahl von 322.

5.4 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Potenziell einschlussfähige TN wurden über die Kundenberater*innen Krankengeld ermittelt und kontaktiert. Bei Interesse wurden sie informiert und eingeladen, an der Intervention teilzunehmen. Anschließend wurde ein Diagnostiktag im Reha-Zentrum vereinbart, an dem Einschlusskriterien für die Studie überprüft wurden und eine umfassende Diagnostik im multi-professionellen Team stattfand.

Innerhalb der ersten drei Monate der Versichertenansprache zeichnete sich ab, dass sich die Rekrutierung gegenüber der Planung herausfordernder darstellte. Als Gründe für eine ausbleibende Teilnahme wurde unter anderem angeführt, dass Versicherte zunächst einen MRT-Termin abwarten wollten, den Wunsch hatten mit ihrem Haus- oder Facharzt*in Rücksprache zu halten oder vermuteten, bald wieder arbeitsfähig zu sein. Bei anderen Patient*innen wiederum war aufgrund von langen Vorerkrankungszeiten bereits eine Chronifizierung aufgetreten, sodass eine MMS keine geeignete Maßnahme darstellte. Für eine erfolgreiche Projektdurchführung und Evaluierbarkeit der Intervention wurden vom Konsortium die Erweiterung des Einzugsgebietes und eine Anpassung der Diagnosen als relevante Maßnahmen beschlossen. Aus diesem Grund wurde das Einzugsgebiet im Projektverlauf auf Wilhelmshaven, Aurich, Wersmasch, Cloppenburg und Emsland erweitert. Durch diese Maßnahmen konnte das Potenzial einschlussfähiger Teilnehmer erhöht werden und eine höhere Einschreibungsquote wurde erzielt. Das anfängliche Diagnosespektrum (ICD-Diagnosen M50 bis M54) wurde einerseits um Patientengruppen erweitert, für die die MMS ebenfalls eine geeignete Therapiemaßnahme darstellte. Dies betraf konkret die ICD-Diagnosegruppen M40 bis M43 (Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens) sowie M47 und M48 (Spondylose). Gleichzeitig wurden die Ausschlusskriterien erweitert, um Versicherte mit chronischen Rückenschmerzen auszuschließen. Als Chronifizierung wurde im Projektrahmen definiert, dass zum Zeitpunkt der Intervention die Dauer der Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 6 Monate kumuliert länger als 12 Wochen lang war. Im Verlauf der Implementierung stellte sich heraus, dass sich durch die Anpassung der Ein- und Ausschlusskriterien eine höhere Quote als die kalkulierten 50% der Patient*innen für die MMS eignete. Die Anpassung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde im

November 2019 beim Förderer beantragt und im Mai 2020 genehmigt. Die Umsetzung seitens des Reha-Zentrums erfolgte nach der Genehmigung des Förderers ab Juni 2020.

Die Vergleichspopulation wurde durch die Randomisierung der Teilnehmergruppen gebildet. Die Einteilung in die jeweiligen Gruppen (IG oder KG) erfolgte monatsweise, um sicherzustellen, dass sich die TN der IG und KG nicht untereinander treffen und austauschen konnten. Versicherte, die zeitgleich in dem Reha-Zentrum eine MMS begonnen haben, bildeten jeweils ein Cluster. Diese Cluster wurden zur IG oder KG randomisiert. Die MHH informierte das RZ monatlich im letzten Drittel der MMS, ob es sich bei der MMS-Gruppe um eine IG oder KG handelte. Bis zu diesem Zeitpunkt wussten weder der TN noch die Behandler*innen, ob der TN in die IG oder KG randomisiert wurde.

Über eine Rekrutierungsphase von 24 Monaten ergaben sich ursprünglich 368 TN (46 Kurse à 8 TN). Da in den Anfangsmonaten weniger als 16 TN pro Monat rekrutiert werden konnten, ergab sich ein korrigiertes Patientenkollektiv von 343, das die MMS durchführen konnte.

Die Randomisierung erfolgte über eine Zufallsziehung ohne Zurücklegen, die gewährleisten sollte, dass die IG und die KG annähernd große Stichprobengrößen erreichen. Somit wurde das Prinzip der Zufälligkeit gewahrt und es erfolgte fortlaufend eine Prüfung darüber, ob beide Gruppen gleich stark vertreten waren.

Für den primären Endpunkt (AU-Tage) konnten alle TN, die randomisiert wurden, hinsichtlich der AU-Tage analysiert werden, da diese Variable über die Routinedaten erhoben wurde (Intention-to-treat). Basierend auf einer konservativen Schätzung, wurde angenommen, dass mindestens 50% der Versicherten 12 Monate nach Ende der MMS zu T2 den Fragebogen beantworten und zurücksenden, sodass mindestens 77 Versicherte pro Gruppe in die Analyse der sekundären Endpunkte (u. a. Funktionskapazität), die über den Fragebogen erhoben wurde, eingehen.

5.5 Nutzung von Routinedaten bzw. Sekundärdaten

Im Zuge der Evaluation werden quantitative Daten via Fragebogen und qualitative Daten durch leitfadengestützte Interviews erhoben. Darüber hinaus werden App-Daten sowie Daten aus der Patientenakte sowie Routinedaten der AOKN genutzt (siehe Tabelle 2 und 3).

| Fragebogen | App | Medizinische Daten | Routinedaten |
|--|---------------------|-------------------------|---|
| MHH | App-Firma | Reha-Zentrum am Meer | AOKN |
| Soziodemographische und sozio-ökonomische Daten | Art der Übungen | Diagnose | Stammdaten |
| Funktionskapazität (FFbH-R) (Kohlmann, 1996) | Trainingshäufigkeit | Eingangsassessment | Ambulante Versorgung |
| Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) (von der Schulenburg, 1998) | Trainingsintensität | Behandlungsoption (MMS) | Stationäre Versorgung |
| Zufriedenheit (ZUF-8; Schmidt et al., 1989) | Trainingsabbrüche | Therapieinhalte | Arzneimitteldaten |
| Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 2003) | | Intensitätsstufe (RFP) | Heil- und Hilfsmitteldaten |
| Einschränkungen in versch. Lebensbereichen durch Schmerzen – Pain | | Zwischenassessment | AU-Daten und Krankengeld Rehabilitation |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Disability Index (Dillmann et al., 1994) Gesundheitsverhalten: Alkohol (Audit-C; WHO), Rauchen (HSI; Schumann et al.), Ernährung (LML- 6), Bewegung (Dlugosch & Krieger, 1995), Sportli- che Selbstkonkordanz (Seelig & Fuchs, 2006) PHQ: Skala Psychosoziale Belastungsfaktoren (Löwe et al., 2002) | | | |
|---|--|--|--|

Tabelle 3: Verwendete Datenquellen nach Projektpartnern

| Zielgruppe | Datenquelle | Datenart | Instrument |
|--|---------------|-------------|---|
| Versicherte | Primärdaten | Quantitativ | Schriftliche Befragung (MHH) |
| Versicherte | Primärdaten | Quantitativ | App (Herodikos) |
| Versicherte | Primärdaten | Quantitativ | Patientenakte (Reha) |
| Versicherte | Sekundärdaten | Quantitativ | Routinedaten (AOKN) |
| Ärzte, Psychologen und Physiotherapeuten des Reha-Zentrums Am Meer | Primärdaten | Qualitativ | Leitfadengestützte Interviews I (MHH – Qualitative Daten I) |
| Krankengeldfallmanager der AOKN | Primärdaten | Qualitativ | Leitfadengestützte Interviews II (MHH – Qualitative Daten II) |

Tabelle 4: Übersicht der Datenquellen

Im Rahmen der Studie wurde für jede teilnehmende Person der IG sowie der KG eine eindeutige Identifikationsnummer vergeben. Anhand dieser Nummer konnten die Daten der Onlinebefragung, die Routinedaten der AOKN, die App-Daten sowie die gelieferten Daten des Reha-Zentrums patientenspezifisch verknüpft werden.

5.6 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte

Es fand eine konfirmatorische Prüfung der Intervention statt. Zur Überprüfung, ob die MMS mit RFP im Vergleich zur MMS ohne RFP einen Zusatznutzen für die TN hat, wurden im Vorfeld unterschiedliche Outcomes definiert.

Das primäre Outcome stellt die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) innerhalb eines Jahres nach Ende der vierwöchigen MMS dar. Es wurde angenommen, dass in der beschriebenen TN-Gruppe der AOKN-Versicherten die durchschnittliche Anzahl von 37 AU-Tagen pro Jahr in der IG um 15 Tage auf 22 Tage sinkt. Die AU-Tage wurden auch im zeitlichen Verlauf (1 Jahr vor/nach Intervention) betrachtet, um eventuelle Veränderungen innerhalb der IG zu identifizieren.

Ein sekundäres Outcome stellt die Funktionskapazität dar. Es wurde angenommen, dass die Funktionskapazität in der IG signifikant ($p < 0,05$) höher ist als in der KG. Zudem wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des EQ-5D und der VA-Skala erfasst.

Im Rahmen der Evaluation wurden verschiedene Erhebungsinstrumente und -methoden für unterschiedliche Zielgruppen eingesetzt.

Quantitative Befragung (Paper-Pencil-Fragebogen, siehe Anlagen 10-13):

Der Funktionsfragebogen Hannover (FFbH-R) umfasst 12 Fragen zu Tätigkeiten aus dem alltäglichen Leben, die mittels einer dreistufigen Antwortskala zu beantworten sind: „Nein oder nur mit fremder Hilfe“; „Ja, aber mit Mühe“; „Ja“. Der Fragebogen dient zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung bei Rückenschmerzen, kann aber auch bei anderen muskuloskelettalen Störungen angewandt werden. Das Ergebnis zeigt die Funktionskapazität als Prozentwert von klinisch-relevanter Funktionsbeeinträchtigung (unter 60%) bis zu normaler Funktionskapazität (80-100%) an. Der Fragebogen ist valide und reliabel (Cronbach's $\alpha = 0.90$) (Shapiro & Wilk, 1965) und wurde schon vielfach zur Evaluation von Interventionsstudien angewandt (Kohlmann & Raspke (1996)).

Anhand des EuroQol-Fragebogens (EQ-5D) wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität abgefragt. Zusätzlich wird anhand einer visuellen Analogskala (EQ VAS) die Einschätzung der eigenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität von 0-100 abgefragt. Die generischen Instrumente liegen in validierter Form in über 70 Sprachen vor und wurden bereits vielfach angewandt. Die deutschsprachige Version wurde hinsichtlich ihrer Praktikabilität, Validität und Reliabilität überprüft. Der EQ-5D weist eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität auf (Schulenburg et al., 1998).

Qualitative Befragung (siehe Anlagen 7-9):

Zur Vorbereitung der qualitativen Datenerhebung wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, anschließend wurden Fragestellungen formuliert und Interviewleitfäden für die Mitarbeitenden des RZ sowie für die KB KG der AOKN entwickelt. Vor der Durchführung der Interviews wurden die Leitfäden umfassenden Pretests unterzogen. Im Vorfeld wurden schriftliche Einwilligungserklärungen für die Datenverwendung von den TN sowie eine mündliche Einwilligung zur Teilnahme zu Beginn des Interviews eingeholt. Für das Leitfadeninterview wurden feste Termine vereinbart und 45 bis 60 Minuten eingeplant. Zum Zweck der Verschriftlichung und anschließenden wissenschaftlichen Auswertung wurden die Interviews aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Die qualitativen Interviews mit den teilnehmenden Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen wurden anhand nachfolgender Gliederungspunkte durchgeführt:

- Vorstellung der Wissenschaftler*innen, Nennung des Ziels sowie Einwilligung in die Tonaufnahme
- Fragen Teil I: Einstiegsfragen und Versorgung Rückenschmerzpatient*innen allgemein
 - Aufgaben im Projekt
 - Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Rückenschmerzpatient*innen
 - Relevanz von Rückenschmerzpatient*innen im Reha-Alltag
- Fragen Teil II: Motivation zur Projektteilnahme und Erwartungen
- Fragen Teil III: Erfahrungen im Rahmen der MMS und RFP
 - u.a. Einsteuerung in das Programm/Programmstart
 - Bewertung der MMS Module/Programmbestandteile und der App Herodikos
- Fragen Teil IV: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge
 - Zufriedenheit
 - Hürden und Barrieren
 - Verbesserungsvorschläge
- Abschluss und Verabschiedung

Für die Interviews konnten alle Projektbeteiligten gewonnen werden, die zum Zeitpunkt der qualitativen Erhebung im RZ beschäftigt waren.

Die qualitativen Interviews mit den Kundenberater*innen Krankengeld wurden anhand nachfolgender Gliederungspunkte durchgeführt:

- Vorstellung der Wissenschaftler*innen, Nennung des Ziels sowie Einwilligung in die Tonaufnahme
- Fragen Teil I: Einstiegsfragen und Versorgung Rückenschmerzpatient*innen allgemein
 - Aufgaben im Projekt
- Fragen Teil II: Erfahrungen im Rahmen der MMS und RFP
 - u.a. Einsteuerung in das Programm und Ansprache der Versicherten
 - Motivation der Versicherten
 - Absagegründe der Versicherten
- Fragen Teil III: Aufwand
 - Zeitaufwand AOK Versicherte für die MMS-RFP Studie zu gewinnen
- Fragen Teil IV: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge
 - Vorteile ggü. der üblichen Behandlung
 - Zufriedenheit
 - Hürden und Barrieren
 - Verbesserungsvorschläge
- Abschluss und Verabschiedung

5.7 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

Im Rahmen der Datenerfassung wurden IG und KG zu drei Messzeitpunkten (MZP) anhand eines Paper-Pencil-Fragebogens zwischen dem 02. September 2019 und dem 03. September 2022 befragt, während die involvierten Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen ($n = 9$) und Kundenberater*innen der AOKN ($n = 2$) einmal mittels Interviews im November und Dezember 2021 befragt wurden. Die TN erhielten jeweils zu T0 (Beginn der MMS), T1 (Ende der MMS bzw. vor Beginn der RFP) und T2 (12 Monate nach MMS bzw. Ende der RFP) einen Paper-Pencil-Fragebogen. Zusätzlich zu den Befragungen wurden Sekundärdaten der AOKN in die Evaluation einbezogen. Diese Daten umfassten unter anderem Angaben zu Arbeitsunfähigkeitstagen, verschriebenen Medikamenten, Krankenhausaufenthalten, ambulanten Behandlungen sowie Heil- und Hilfsmitteln. Zudem wurde die RFP für die IG-TN telemedizinisch durch eine App begleitet. Die App-Nutzungsdauer begann im Anschluss an die MMS und dauerte 12 Monate im Verlauf der RFP. Detailliertere Informationen zu den verwendeten Datenquellen und Erhebungsinstrumenten sind in den Tabellen 2 und 3 abgebildet.

Die erste MMS-Gruppe (Gruppe 1) wurde im September 2019 gestartet und die letzte MMS-Gruppe (Gruppe 24) im August 2021. Der Betrachtungszeitraum für die Sekundärdaten beträgt pro TN 25 Monate (+/- 1 Jahr vor bzw. nach der Intervention).

5.8 Auswertungsmethoden

Zunächst erfolgte eine deskriptive Analyse der Daten. Stichprobenkennwerte wurden hinsichtlich ihrer Verteilung in den beiden Gruppen mittels Chi-Quadrat-Test für binäre Variablen und Mann-Whitney-U-Test für stetige Variablen analysiert.

Die Daten wurden in Bezug auf das primäre Outcome (AU-Tage) nach dem Prinzip der Intention-to-treat-Analyse ausgewertet, d.h. dass die TN nach ihrer ursprünglichen Gruppenzuteilung analysiert wurden. Zur Überprüfung der primären Arbeitshypothese a) „Durch die Intervention verringert sich die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen“ wurde ein Hypothesentest (zweiseitiger t-Test mit einem Signifikanzniveau von 0,05) durchgeführt. Darüber hinaus wurde ein Bootstrapping mit 1000 Bootstrap-Stichproben durchgeführt.

Zur Überprüfung der Arbeitshypothesen b) „Durch die Intervention steigt die Funktionskapazität“ und d) „Durch die Intervention sinken die direkten und indirekten Kosten“ wurden Hypothesentests (zweiseitiger t-Test mit einem Signifikanzniveau von 0,05) durchgeführt. Zur

Überprüfung der Arbeitshypothese c) „Die Intervention wird von den teilnehmenden Ärzt*innen und TN positiv wahrgenommen“ wurden für die Ärzt*innen die qualitativen Interviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet und für die TN die Angaben in den Fragebögen zur Zufriedenheit analysiert. Die Analysen wurden mittels der Software SPSS durchgeführt. Die qualitative Auswertung der leitfadengestützten Interviews erfolgte mit Hilfe der Software MAXQDA.

5.9 Prozessevaluation

Zur Überprüfung, ob die Umsetzung der Intervention wie geplant erfolgte, wurde eine Prozessevaluation durchgeführt. Hierbei wurden neben der Verteilung der TN auf das Standard- und das Komplexprogramm auch die Verteilung der IG auf die drei RFP-Pfade (niedrige/mittlere/hohe Intensität) betrachtet. Zudem wurde die Inanspruchnahme der angebotenen Module (Auffrischungstag, Psych-Gruppe, Auffrischungswoche, Telefon-Sprechstunde etc.) sowie die Nutzung der App und des Bewegungstagebuches betrachtet. Zur qualitativen Bewertung der Intervention aus Patientensicht wurden die TN hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit den einzelnen Modulen der MMS und der RFP anhand des schriftlichen Fragebogens befragt. Nach Beendigung der Intervention wurden zudem leitfadengestützte Interviews mit allen involvierten Ärzt*innen, Psycholog*innen, Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen sowie mit einem Sample der AOKN Kundenberater*innen durchgeführt mit dem Ziel, die Erfahrungen mit der MMS und RFP sowie die Zufriedenheit mit der Intervention in Erfahrung zu bringen.

5.10 Gesundheitsökonomische Evaluation

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Analyse wurden Kosten, Kosteneinsparungen und die Kosteneffektivität der Intervention aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherungen untersucht. Es wurden die Kosten der Intervention und der Leistungsanspruchnahme sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität der TN berücksichtigt.

Die Analyse wurde basierend auf Routinedaten durchgeführt. Diese umfassen ambulante und stationäre Behandlungen, Rehabilitationsleistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld. Es wurden die Versorgungskosten sowie die Gesamtkosten inklusive der Kosten zwischen IG und KG verglichen. In die Kosten-Effektivitäts-Analyse gehen direkte und indirekte Kosten sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität beider Gruppen ein.

Die Interventionskosten wurden anhand von Kosten bestimmt, die seitens des RZ bei der AOKN abgerechnet wurden. Hierbei wurden alle Kosten erfasst, die während der RFP für die verschiedenen Pfade Pro TN entstanden sind. Fahrten für die Wege zum RZ wurden nicht mit einberechnet, da eine eindeutige Zuordnung zu TN nicht möglich war. Die Gesamtkosten wurden anhand der Summe der Interventionskosten, der Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, Rehabilitationsleistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie gezahltes Krankengeld pro TN errechnet. Indirekte Kosten fallen anhand des Krankengeldes an. In den direkten Kosten sind Krankengeldzahlungen nicht enthalten. Die Gesamtkosten wurden jeweils für den Zeitraum vor und nach der MMS (jeweils 12 Monate) berechnet. Die Kosteneffektivität bezüglich vermiedener AU-Tage wurde anhand des Verhältnisses der direkten Kosten zu den AU-Tagen der IG bzw. KG berechnet. Um Doppelzählungen der AU-Tage zu vermeiden, wurden hier nicht die Gesamtkosten, sondern die direkten Kosten herangezogen. Darüber hinaus wurde eine Kosteneffektivitätsrelation für die Lebensqualität anhand der Relation der Gesamtkosten zu der gemessenen Lebensqualität beider Gruppen bestimmt.

6. Projektergebnisse

Im Rahmen des MMS-RFP Projektes wurden die zentralen Fragestellungen anhand der Ergebnis-, Prozess- und gesundheitsökonomischen Evaluation untersucht. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt. Ausführlichere Projektergebnisse können dem Evaluationsbericht entnommen werden.

6.1 Darstellung der Studienpopulation

Das Gesamtpotential seit Einschreibungsbeginn in die Studie betrug $n = 3.867$. Insgesamt haben in dem Zeitraum August 2019 bis Juli 2021 (24 Monate) 440 TN am Eingangsassessment teilgenommen, davon wurden 318 TN in die ambulante MMS im RZ eingeschlossen (151 in die Standard- und 167 in die Komplex-Gruppe). 122 TN wurden aufgrund von Reha-Leistungen ($n = 46$), Ablehnung der Teilnahme ($n = 13$), Anraten einer spezifischen Therapie (Operation $n = 9$, interventionelle Therapie $n = 7$, andere fachärztliche Behandlung wie Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie, spezielle Schmerztherapie, $n = 4$) oder niedrigschwelliger Maßnahmen ($n = 37$) ausgeschlossen.

Im weiteren Verlauf der Studie wurden final 297 TN randomisiert, davon 147 in die KG und 150 in die IG. 21 TN haben die MMS vor der Randomisierung aus persönlichen oder medizinischen Gründen abgebrochen. Davon waren neun TN aus der Standard- und 12 TN aus der Komplex-Gruppe. Die Dropoutquote lag mit 6,6 % unter den erwarteten 10 %. Nach Intention-to-treat entfallen auf die IG 150 und auf die KG 147 TN.

6.2 Soziodemografie

Eine detaillierte Auflistung der soziodemografischen Merkmale der TN ist Tabelle A1.1 in Anhang 1 des Evaluationsberichts zu entnehmen. Die Studie verzeichnet mit 64,3 % einen deutlich höheren Männeranteil. Frauen sind mit 35,7 % vertreten. Zwischen der IG und KG besteht kein Gruppenunterschied bezüglich des Geschlechts (Männlich: IG = 63,8 %; KG = 64,8 %). Kein TN hat die Kategorie divers ausgewählt. Das Alter der Gesamtstichprobe beträgt im Mittel 45,41 Jahre. Die SD beträgt 10,48 Jahre. Das Alter ist in beiden Gruppen annähernd gleich verteilt (IG = 44,23 Jahre und SD = 10,99; KG = 46,63 Jahre und SD = 9,81). Bei fast keinem der betrachteten soziodemografischen Merkmale konnte im Zuge der Signifikanztestung ein Gruppenunterschied nachgewiesen werden. Ausnahmen bilden der Schulabschluss und die Wohnart der TN, da mehr TN der IG über höhere Schulabschlüsse verfügen und mehr TN der KG im Vergleich zur IG im Eigentum leben. Als höchster Schulabschluss wurden die Mittlere Reife (IG = 45,6 %; KG = 45,1 %) und der Hauptschulabschluss (IG = 31,5 %; KG = 40,3 %) am häufigsten angegeben. Die häufigste Berufsausbildung der TN ist die beruflich-betriebliche Berufsausbildung (IG = 57,4 %; KG = 56,3 %).

6.3 Ergebnisevaluation

Anhand der Ergebnisevaluation wurden die Effekte der Intervention auf patientenrelevante Outcomes untersucht. Hierzu zählen der primäre Endpunkt der Evaluation (**H1: Durch die Intervention verringert sich die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen in der IG**) und der sekundäre Endpunkt (**H2: Durch die Intervention steigt die Funktionskapazität in der IG**). Die Ergebnisse des primären Endpunktes beziehen sich auf den Zeitraum 12 Monate vor und nach der MMS. Die sekundären Endpunkte wurden für drei Messzeitpunkte erfasst (Vgl. Abschnitt 2.7). Die detaillierten Ergebnisse werden in Anhang 2 (Evaluationsbericht) berichtet.

Primäres Outcome: Für den primären Endpunkt wurden anhand von Routinedaten im Mittel 70,07 AU Tage nach der MMS (SD 111,50) für die KG und 56,41 AU Tage (SD 96,24 AU Tage) für die IG errechnet. Im Median waren die TN der KG 10 Tage und in der IG 16 Tage nach der MMS arbeitsunfähig gemeldet. Aufgrund der breiten Streuung der AU Tage kann der Median

als weniger sensibel für Ausreißer herangezogen werden. Demnach konnte keine Reduktion der AU Tage in der IG im Zeitraum nach der MMS nachgewiesen werden. Der Mann-Whitney-U-Test, der als Rangsummen Test aufgrund der verletzten Normalverteilungsannahme angewendet wurde, ergab einen Wert von 0,70. Es konnte somit kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen IG und KG nachgewiesen und die erste Hypothese nicht bestätigt werden, da $U(KG N=147, IG N=150) = 10885$; $z = -0,191$; $p = .849$ und $r = .01$. Bei der Betrachtung des Ergebnisses des zweiseitigen t-Tests wird hingegen deutlich, dass der p-Wert im Gruppenvergleich von .64 auf .26 nach der MMS sinkt, was eine Tendenz in Richtung der Reduktion der AU-Tage in der IG gegenüber der KG zeigt (Vgl. Tabelle A2.2 im Anhang Nr. 2). Im Mittel haben die TN der IG 56,41 AU-Tage und die KG 70,07 AU-Tage nach der MMS.

Ein Bootstrapping mit 1000 Bootstrap-Stichproben hat ein $p = .259$ ergeben, sodass auch hier kein signifikanter Gruppenunterschied nachgewiesen wurde.

Für den Zeitraum vor der MMS konnte ebenso kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen IG und KG nachgewiesen werden. Die Werte der beiden Gruppen sind sowohl beim Median (*Mdn*) als auch beim Mittelwert (*M*) annähernd gleich, was positiv zu bewerten ist, da von einer ähnlichen Baseline der AU Zeiten vor der MMS ausgegangen werden konnte. Der Mittelwert betrug in der KG 60,07 und in der IG 61,64. Der Median 56,00 in der KG gegenüber 55,00 AU Tagen in der IG. Das Ergebnis des Mann-Whitney-U-Test (MWU) bestätigt, dass die Gruppen sich nicht unterscheiden, da $U(IG N = 150 KG N = 147) = 10642$; $z = -0,517$; $p = .605$ und $r = .03$.

| | T0 | | | T1 | | | T2 | | |
|-------------------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | IG | KG | Gesamt | IG | KG | Gesamt | IG | KG | Gesamt |
| Teilnehmende (n) | 159 | 157 | 316 | 150 | 147 | 297 | 150 | 147 | 297 |
| Rücklauf (n) | 159 | 155 | 314 | 148 | 143 | 291 | 118 | 108 | 226 |
| Prozent (%) | 100 % | 98,73 % | 99,37 % | 98,67 % | 97,98 % | 97,98 % | 78,67 % | 73,47 % | 76,09 % |

Tabelle 5: Rücklauf der Fragebögen an drei Messzeitpunkten nach IG und KG

Sekundäres Outcome: Wie bereits eingangs erwähnt, wurde für das sekundäre Outcome die Funktionskapazität der TN berechnet. Darüber hinaus wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst.

Die Ergebnisse des Funktionsfragebogen Hannover (FFbH-R), welcher die Funktionskapazität misst, sind nach dem Shapiro-Wilk-Test (Shapiro & Wilk 1965) für alle drei MZP nicht normalverteilt ($p < .05$). Als nichtparametrisches Verfahren wurde der Mann-Whitney-U-Test ausgewählt. Der t-Test für die Summenwerte der Funktionskapazität ergab für T0 $p = .071$ ($M IG = 65,02$ %; $M KG = 68,23$ %), für T1 $p = .105$ ($M IG = 81,91$ %; $M KG = 78,97$ %) und für T2 $p = .024$ ($M IG = 85,81$ %; $M KG = 80,50$ %). Auch der Mann-Whitney-U-Test bestätigt einen signifikanten Gruppenunterschied in der Funktionskapazität zwischen IG und KG zu T2, da $U(IG N=111, KG N=103,) = 4434$; $z = -2,867$; $p = .004$ und $r = .20$. Demnach kann die zweite Hypothese, dass die IG ($M = 85,81$ %; $Mdn = 91,67$ %) gegenüber der KG ($M = 80,50$ %; $Mdn = 87,50$ %) eine signifikant höhere Funktionskapazität nach der Intervention aufweist, angenommen werden. Es handelt sich hierbei um einen kleinen Effekt (Cohen, 1992).

Die Lebensqualität der TN wurde anhand des EQ-5D-5L ebenso zu drei MZP erfasst. Hierbei wurde der EQ5D-Index sowie die VA-Skala erhoben. Für den Index ergaben sich mittels MWU für T0 $p = .592$ (IG: $Mdn = 0,786$; $M = 0,72$; KG: $Mdn = 0,799$; $M = 0,74$), für T1 $p = .208$ (IG: $Mdn = 0,891$; $M = 0,85$; KG: $Mdn = 0,881$; $M = 0,82$) und für T2 $p = .012$ (IG: $Mdn = 0,943$; $M = 0,85$; KG: $Mdn = 0,881$; $M = 0,82$). Zur Baseline ist der Median in beiden Gruppen nahezu identisch und zu T1 in der IG gegenüber der KG etwas höher. Das Ergebnis des Mann-Whitney-

U-Test bestätigt, dass die IG gegenüber der KG nach der Intervention zu T2 einen signifikant höheren Lebensqualitäts-Index aufweist, da U (IG $N=113$; KG $N=103$) = 4682; $z = -2,503$; $p = .012$ ($p < .05$) und $r = .17$. Es handelt sich hierbei um einen kleinen Effekt (Cohen, 1992).

Bezüglich der VA-Skala, anhand derer ein aktueller Gesundheitszustand der TN via Selbstauskunft erfasst wurde, konnte ebenso ein signifikanter Gruppenunterschied anhand des MWU ermittelt werden, da U (IG $N=117$; KG $N=103$) = 4835; $z = -2,539$; $p = .011$ ($p < .05$) und $r = .17$. Das Ergebnis zeigt, dass die IG im Gruppenvergleich einen signifikant besseren Gesundheitszustand nach der Intervention angibt (T2: *Mdn* IG = 80; *Mdn* KG = 75). Der Effekt ist wie bereits beschrieben als klein einzustufen. Auch hier zeigten sich ähnliche Werte der VA-Skala zu Baseline, sodass von einer erfolgreichen Randomisierung auszugehen ist. Zu den anderen MZP wurden folgende Ergebnisse berechnet: IG-T0: *Mdn* = 60; KG-T0: *Mdn* = 60 und IG-T1: *Mdn* = 80; KG-T1: *Mdn* = 75.

6.4 Prozessevaluation

Wie bereits im Methodenteil beschrieben, wurde im Rahmen der Prozessevaluation untersucht, inwieweit die Intervention wie geplant umgesetzt und wie der Prozess aus Perspektive der Leistungserbringer*innen und Patient*innen wahrgenommen und bewertet wurde. Anhang drei des Evaluationsberichtes gibt einen Überblick über alle Prozesse im Rahmen des MMS-RFP Projektes. Die Prozesse wurden hierbei für die verschiedenen Projektteilbeteiligten dargestellt.

Zunächst wurde die Verteilung der TN auf das Standard- und das Komplexprogramm und die Verteilung der IG auf die drei RFP-Pfade (niedrige, mittlere, hohe Intensität) betrachtet (siehe Tabelle 6). 47,8 % der TN wurden dem Komplex- und 52,2 % der TN dem Standard-Pfad der MMS zugewiesen. Ein etwas höherer Anteil der IG-TN wurde dem Komplex-Pfad zugeordnet (IG: 51,61 %; KG: 48,39 %).

Deskriptive Statistiken Verteilung der TN auf das Standard- und das Komplexprogramm der MMS nach IG und KG

| | IG (N=150) | KG (N=147) | Gesamt | |
|--------------|------------|------------|------------|--------------------------|
| | Häufigkeit | Häufigkeit | Häufigkeit | Prozent (der Gesamtzahl) |
| MMS Standard | 70 | 72 | 142 | 47,8 % |
| MMS Komplex | 80 | 75 | 155 | 52,2 % |
| Gesamt | 150 | 147 | 297 | 100,0 % |

Tabelle 6: Verteilung der TN auf das Standard- und Komplexprogramm nach KG und IG

Nach ITT (Intention-to-treat) waren 52 TN im Pfad I der RFP (34,0 %), 49 TN in Pfad II (32,7 %) und 49 TN in Pfad III (32,7 %). 297 TN haben die MMS im RZ abgeschlossen und 149 TN von 150 TN haben die RFP (vollständig) durchlaufen.

Deskriptive Statistiken Verteilung der TN auf das Standard- und das Komplexprogramm der MMS nach Pfaden der RFP

| | Pfad I | Pfad II | Pfad II | Gesamt | |
|--------------|------------|------------|------------|------------|--------------------------|
| | Häufigkeit | Häufigkeit | Häufigkeit | Häufigkeit | Prozent (der Gesamtzahl) |
| MMS Standard | 27 | 29 | 14 | 70 | 46,7 % |
| MMS Komplex | 25 | 20 | 35 | 80 | 53,3 % |
| Gesamt | 52 | 49 | 49 | 150 | 100,0 % |

Tabelle 7: Verteilung der TN auf Standard- und Komplexprogramm nach Pfaden der RFP

RFP Inanspruchnahme

Ob die Intervention wie geplant umgesetzt werden konnte, wurde anhand der Auswertung der Inanspruchnahme der angebotenen RFP-Module (Auffrischungstag, Psych-Gruppe, Telefon-Sprechstunde etc.) sowie der Nutzung der App bewertet.

Die Inanspruchnahme der angebotenen Module der RFP wird je nach Pfad berichtet, da sich das Angebot je nach RFP-Pfad unterschieden hat.

Pfad I: Die TN im Pfad ein haben keine Medizinische Trainingstherapie (MTT) erhalten. Für sie standen jedoch während der RFP zwei Auffrischungseinheiten im RZ zur Verfügung. Von 32,7 % der TN wurden beide und von 25,0 % der TN eine Auffrischungseinheit genutzt. 42,3 % der TN haben keinen Termin wahrgenommen. Davon waren 17,3 % der TN zu beiden und 25,0 % der TN zu einem der beiden Auffrischungseinheiten unentschuldigt.

Bezüglich der E-Mail-Kontakte und Telefonsprechstunden wird deutlich, dass im ersten Pfad mit insgesamt 59,7 % der TN mindestens ein Telefonat und mit 21,1 % minimal ein E-Mail-Austausch stattgefunden hat. 38,5 % haben mindestens eine und 21,2 % zwei bis drei Telefonsprechstunden genutzt. 78,8 % der TN standen nicht mit dem RZ per E-Mail in Kontakt.

Pfad II: Für die TN im Pfad II waren während der RFP drei Auffrischungseinheiten im RZ vorgesehen. Von 32,7 % der TN wurden alle drei, von 22,4 % zwei und von 20,4 % der TN eine Auffrischungseinheit genutzt. 24,5 % der TN haben keinen Termin in Anspruch genommen. 12,5 % der TN waren zu allen drei, 6,3 % zu zwei und 27,1 % der TN zu einem der drei Auffrischungseinheiten unentschuldigt.

Im Pfad II haben die meisten TN an sechs MTTs teilgenommen, wobei 12,1 % der TN an zwei bis drei MTTs teilgenommen und 27,3 % vier bis maximal sechs Termine in Anspruch genommen haben. 60,0 % der TN, für die eine MTT vorgesehen war, haben keinen MTT Termin besucht.

Pfad III: Im dritten RFP-Pfad erhielten die TN planmäßig vier und somit am meisten Auffrischungseinheiten. Es fiel auf, dass die meisten TN in diesem Pfad vier Termine besucht haben (27,1 %). Der zweithöchste Wert sind 25,0 % der TN, die keinen Termin genutzt haben. Hierbei waren die meisten TN zu einem Termin unentschuldigt (20,4 %), wobei insgesamt 59,1 % der TN mindestens zu einem der Auffrischungseinheiten unentschuldigt war. Drei und vier unentschuldigte Termine hatten die wenigsten TN mit jeweils 12,2 %.

Für die TN im dritten und trainingsintensivsten Pfad wurden bis zu 12 MTT-Einheiten eingeplant. Von 49 TN in Pfad III haben gleichermaßen viele TN eine und zwölf MTTs besucht (jeweils 20,4 %). Für 46,9 % wurde eine MTT Teilnahme von 1 bis 6 Terminen und für 44,9 % mehr als sieben Termine registriert. Die Nicht-Teilnahme an der MTT lag im Pfad III deutlich unter der Rate im Pfad II. Dabei muss berücksichtigt werden, dass nur für 33 TN von 49 in Pfad

II eine MTT angeboten wurde. Bezüglich der Telefonkontakte in Pfad III fällt auf, dass am häufigsten ein oder zwei Gespräche mit dem RZ geführt wurden.

Insgesamt liegt die Verteilung der Telefongespräche in allen Pfaden in einem ähnlichen Prozentbereich zwischen knapp 60 und 70,0 %, die mindestens einen Telefonkontakt hatten (Vgl. Abbildung 13 Evaluationsbericht). Am wenigsten wurde in Pfad I mit 59,7 % und am häufigsten in Pfad II mit 69,3 % telefoniert. Der höchste E-Mail Austausch wurde in Pfad III (32,6 %) und der geringste in Pfad I mit 21,1 % registriert. Pfad II liegt mit 30,5 % in der Mitte (Vgl. Abbildung 11 Evaluationsbericht).

Bewegungsbuch

Für die TN, die keine App benutzen wollten oder konnten, wurde zusätzlich ein Bewegungsbuch zur Verfügung gestellt. In diesem wurde für jeden TN zwei individuelle wöchentliche Ziele festgelegt, z. B. einmal wöchentlich Schwimmen für 60 Minuten und 120 Minuten Hausgymnastik, Fußball oder Pilates. Für jeden Monat wurde ein Erfüllungsgrad des wöchentlichen Trainings in Prozent dokumentiert. Minimal konnte das Trainingsziel zu 0 und maximal zu 100 % erreicht werden. Nach Abzug der TN, die ihr Training mit der App dokumentiert haben, verblieben 133 Personen. Von dieser Anzahl wurde für 67 TN mindestens für einen Monat eine Aktivität eingetragen. 66 TN haben keinerlei sportliches Ziel erreicht. Über alle 133 TN wurde eine mittlere Aktivität von 24,84 % erreicht. Pro Monat bewegte sich die Aktivität zwischen maximal 32,06 % im ersten und minimal 21,40 % im letzten Monat (Vgl. Abbildung 14 Evaluationsbericht). Die durchschnittliche Aktivität pro Monat ist über den Zeitraum von einem Jahr gesunken. Die 67 aktiven TN erreichten im Mittel über alle Monate eine durchschnittliche Aktivität von 49 %. Die mittleren Aktivitätswerte pro Monat bewegen sich dabei zwischen maximal 63 % im ersten und 42 % im letzten Monat der RFP.

App-Daten des Bewegungsverhaltens während der RFP

Die neue Versorgungsform wurde telemedizinisch durch eine App der Firma Herodikos begleitet. Ziel war es, alle Intensitätsstufen der Rückfallprophylaxe durch eine App zu unterstützen. Die App diente als digitales Bewegungsbuch, erinnerte an Termine und anstehende Übungen und leitete Daten zur Auswertung an das RZ weiter. Sie beinhaltete einen individuellen Trainingsplan für die TN mit Kraft- und Mobilisierungsübungen sowie Entspannungssequenzen. Die TN wurden mithilfe der App anhand von Videos der Übungen mit Erklärungen und Timerfunktion durch ihr Trainingsprogramm geführt. Die TN erhielten in der App eine Übersicht mit Trainingseinheiten, die im Laufe einer Woche durchgeführt werden sollten.

Die App-Nutzungsdauer begann im Anschluss an die MMS und dauerte 12 Monate im Verlauf der RFP. 146 der 150 TN der IG haben die App auf ihrem Telefon installiert. Dies entspricht 97,3 % der TN. Bei 4 TN (2,7 %) erfolgte keine App Anmeldung. Die Altersverteilung weist eine Range von 20 bis 63 Jahren, bei einem Mittelwert von $M = 44,50$ Jahre ($SD = 11,18$ Jahre) auf. Der Anteil männlicher App-Nutzer übersteigt mit $N = 87$ (61,7 %) Männer den der Frauen mit 38,3 % ($N = 54$).

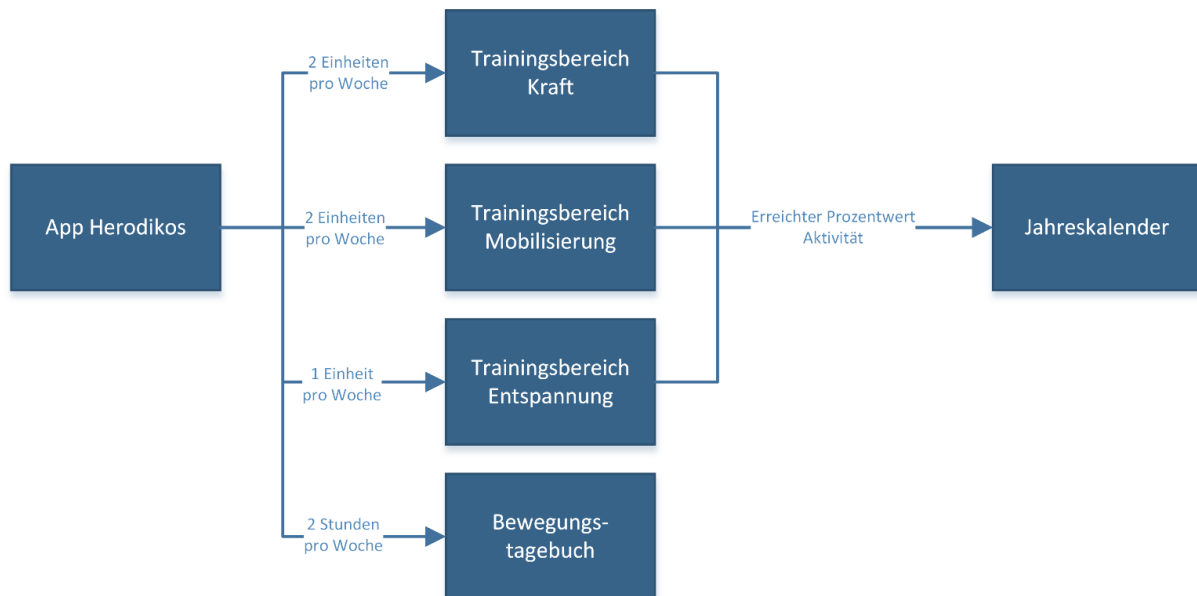


Abbildung 6: Zusammensetzung der App-Trainingsbereiche

Für den Jahreskalender lagen IDs von 146 Personen vor. Davon gehörten alle dem Einschlusskriterium folgend der Interventionsgruppe an. Im Jahreskalender wurde für jeden TN pro Monat ein Wert zwischen 0 und 100 Prozent abgebildet. Dieser errechnete sich aus dem Erreichen eines vorgegebenen Solls der Trainingseinheiten in den Bereichen Kraft, Mobilisierung und Entspannung. Beispielsweise war für einen TN ein Soll von zwei Trainingseinheiten pro Woche vorgegeben. Es wurde für 31 TN (21,2 %) eine durchgängige Aktivität mit der App – für die maximale Dauer von 13 Monaten¹ – anhand des Jahreskalenders aufgezeichnet. Bei fünf Personen (3,4 %) wurde keinerlei Aktivität vermerkt. Drei Personen haben die App aus verschiedenen Gründen nicht installiert. Nach Ausschluss der Personen, für die keine App-Nutzung vorhanden ist (N = 5), verblieben Datensätze von 141 TN. Die folgenden Analysen beziehen sich auf diese 141 TN (Vgl. Abbildung 15 Evaluationsbericht).

Häufigkeit der Nutzung: Im Mittel wurde für die TN jeweils knapp 7 Monate (6,74 Monate) Aktivität für den Jahreskalender aufgezeichnet. Im Minimum wurde in der App einen Monat und im Maximum 13 Monate Aktivität aufgezeichnet. Insgesamt haben 22,0 % der TN die App jeden Monat genutzt (Vgl. Abbildung 18 Evaluationsbericht). Bei den übrigen 78,0 % fehlte mindestens der Eintrag eines Monats (Vgl. Abbildung 17 Evaluationsbericht).

Trainingsintensität: Über alle TN gerechnet, wurde der höchste Aktivitätswert mit 48,21 % (von maximal möglichen 100 %) im Mittel während des zweiten Monats erreicht. Anschließend nahm die Aktivität des Trainings mit der App kontinuierlich ab. Im Monat 13 lag die durchschnittliche Aktivität der TN bei 15,04 % (Vgl. Tabelle 10 Evaluationsbericht). Die geringste Aktivität pro Monat lag bei 0 % und die höchste Aktivität bei 100 %. Demnach gab es in jedem Monat TN, die ihr Trainingsziel zu 100 % erreicht haben. Im Mittel über alle 13 Monate gerechnet wurde eine Aktivität von 26,44 % pro TN (SD = 28,51 %) erreicht.

¹ Der erste und dreizehnte Monat sind ggf. nicht vollständig.

Schriftliche Befragung der Patient*innen zur App-Nutzung und Zufriedenheit

Im Zuge der Fragebogenerhebung wurden die TN der RFP zu ihrer App-Nutzung befragt. Hierzu gab die Hälfte der Befragten an, die App genutzt zu haben. Die anderen 50,0 % der TN haben die App nach eigenen Angaben nicht genutzt. Letzteres wurde als Filterfrage verwendet, um Gründe für die Nicht-Nutzung der App zu erfragen. Als mögliche Gründe wurden „Technische Probleme“, „Vergessen oder nicht daran gedacht“, „Training mit der App gefiel nicht“, „Übungen gefielen nicht“, „zu großer Aufwand“ und „Kein Interesse“ vorgegeben, die auf einer vierstufigen Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“ beantwortet werden konnten.

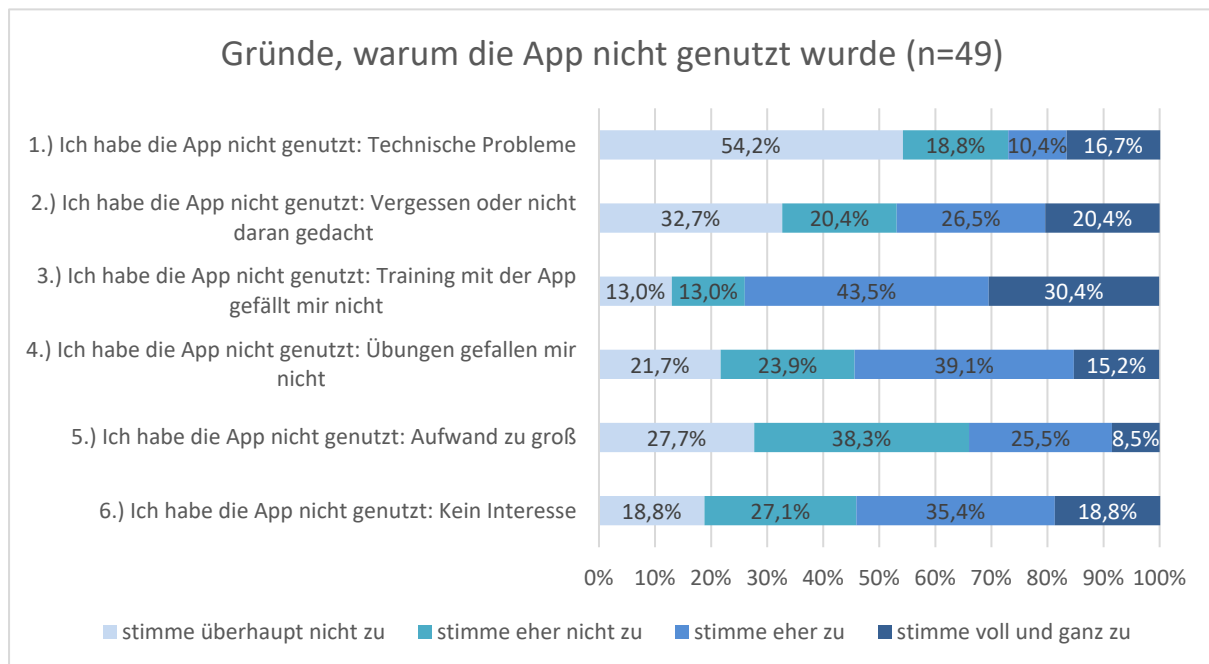


Abbildung 7: Gründe gegen eine App-Nutzung

Die folgende Ergebnisauswertung bezieht sich auf Abbildung 7. (1.) Technische Probleme als Grund, warum die App nicht genutzt wurde, bestätigten lediglich 27,1 %, während die Mehrheit mit 73,0 % („stimme überhaupt nicht zu“: 54,2 %; „stimme eher nicht zu“: 18,8 %) keine technischen Probleme berichtete. (2.) Zusammengerechnet stimmten 46,9 % der Aussage, die App vergessen oder nicht daran gedacht zu haben, „eher“ bis „voll und ganz“ zu. 44,1 % stimmten dem jedoch nicht zu. Bezüglich dieser Antwortkategorie ließ sich keine klare Tendenz in der Verteilung der Antworten ableiten, wobei der höchste Prozentsatz auf „stimme überhaupt nicht zu“ entfiel. (3. und 4.) Im Vergleich, ob den TN das Training mit der App oder die Übungen nicht gefallen haben, wird deutlich, dass die meisten TN angaben, mit dem App-Training an sich nicht zufrieden gewesen zu sein. Bei der 4. Frage stimmte etwas über die Hälfte der TN (54,3 %) zu, dass die Übungen ihnen nicht gefallen haben („stimme eher zu“: 39,1 %; „stimme voll und ganz zu“: 15,2 %). (5.) Ein zu hoher Aufwand als Grund konnte anhand der Befragung nicht bestätigt werden. (6.) Mangelndes Interesse gaben 54,2 % an („stimme eher zu“: 35,4 %; „stimme voll und ganz zu“: 18,8 %).

Qualitative Interviews

Nach Beendigung der Intervention wurden im November und Dezember 2021 leitfadengestützte Interviews mit allen projektbeteiligten Mitarbeiter*innen des RZ sowie mit einer Stich-

probe der AOK Kundenberater*innen Krankengeld durchgeführt. Dabei wurde das Evaluationsziel verfolgt, die gemachten Erfahrungen und die Zufriedenheit der Beteiligten mit der Multimodalen Schmerztherapie sowie der Rückfallprophylaxe in Erfahrung zu bringen. (**H3: Die Intervention wird von den teilnehmenden Ärzt*innen und Patient*innen positiv wahrgenommen**). Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte gemäß freiwilliger Bereiterklärung der Mitarbeitenden.

Projektbeteiligte Mitarbeiter*innen Reha-Zentrum am Meer

Aufgaben im Projekt

Alle Projekt-Mitarbeitenden des Reha-Zentrums (Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen, Ergotherapeut*innen) waren mit ihrer jeweiligen Fachkenntnis an der Diagnostik im Rahmen des Eingangsassessments und somit an der TN Auswahl für die Studie beteiligt.

Die Fachärzte für Orthopädie waren für die medizinische Begleitung, theoretische Vorträge im Rahmen des MoVo-LISA Programms, die Durchführung des Trainings vor Ort und die Nachsorge im Rahmen der RFP verantwortlich. Nebst der Diagnostik und Organisation begleiteten die Physiotherapeut*innen ebenso die Medizinische Trainingstherapie während der MMS und RFP. Zudem wurden von den Projektmitarbeitenden mit den TN Kontakt während der RFP Phase via Telefon und E-Mail gehalten. Die Psycholog*innen haben neben der Diagnostik im Rahmen der MMS Entspannungsverfahren, Schmerzbewältigungsprogramme sowie Einzelgespräche und Psychologische Gruppen durchgeführt. Darüber hinaus lag die Aufgabe des Ergotherapeut*innen darin, berufsspezifische Aspekte im Rahmen der Behandlung und z. B. die Bedingungen am Arbeitsplatz, Arbeitszeiten, Zufriedenheit und die körperliche Beanspruchung zu erfragen und mit den TN zu thematisieren. Im Rahmen der Ergotherapie wurde zudem ein Alltags- und Arbeitstraining mit den TN durchgeführt.

Versorgung Rückenschmerzpatient*innen allgemein

Bezüglich der Versorgungssituation von Rückenschmerzpatient*innen allgemein gaben die Befragten an, dass Patient*innen üblicherweise mit längeren Vorlaufzeiten der Rückschmerzen und somit bereits mit chronifizierten Beschwerden in die Reha kommen würden. Als konkrete Schwierigkeiten von Rückenschmerzpatient*innen wurden verfestigte Vorstellungen über die Rückenerkrankung bzw. das eigene Beschwerdebild, Ängste bzgl. der körperlichen Belastungsfähigkeit, externe Zuschreibungen hinsichtlich der Heilungsmöglichkeiten, geringe Motivation zur Verhaltensänderung und Selbstaktivierung sowie psychosoziale Probleme, wie u.a. Konflikte am Arbeitsplatz und in der Partnerschaft genannt. Als besondere Schwierigkeit wurde darüber hinaus beschrieben, die Personen mit einer langanhaltenden Rückenschmerzkrankung wieder an den Arbeitsplatz zurückzuführen und somit eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Weiterhin wurden die psychosoziale Belastung, Unzufriedenheit, Belastung aufgrund der Schmerzen und Ängste der Patient*innen vor dauerhafter Erwerbslosigkeit und einer Chronifizierung der Schmerzen herausgestellt.

Motivation zur Projektteilnahme und Erwartungen

Als Motivation für die Projektteilnahme wurde genannt, Rückenschmerzpatient*innen früher in der Versorgung zu erreichen, vorhandene Leitlinien besser umzusetzen, die Anwendung eines multimodalen Behandlungskonzeptes sowie den Chronifizierungsprozess frühzeitig zu unterbrechen. Darüber hinaus soll ein Konzept entwickelt werden, das außerhalb von Großstädten in Rehakliniken flächendeckend einsetzbar und anwendbar ist. Als weiterer Teilnahmegrund wurde angeführt, ein höheres Aufkommen von Rückenschmerzpatient*innen im nicht-operativen Sektor behandeln zu können. Somit kann nach Aussagen der Befragten der Möglichkeitsraum im konservativen Sektor der Orthopädie erweitert und interdisziplinäre Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden.

Bezüglich der Erwartungen an das Projekt gaben die Befragten an, es als sinnvoll erachtet zu haben, die Patient*innen frühzeitig multimodal zu versorgen, vier Wochen intensiv zu trainieren und anschließend eine Nachbetreuung anbieten zu können. Zudem wurde die Erwartung genannt, dass die Behandlung und das Programm wirksam sind.

Erfahrungen im Rahmen der MMS und RFP

Positiv wurde die gute Organisation des Projekts sowie die Schulung und gute Erreichbarkeit der KB KG der AOKN hervorgehoben, zudem haben sich die Abläufe im Zusammenhang mit der Einsteuerung von TN in die Studie über die Projektlaufzeit verbessert. Als deutlich negativer Aspekt wurden zu niedrige Einsteuerungszahlen und Schwierigkeiten, passende Patient*innen für die Studie zu gewinnen, genannt.

Hinsichtlich der Bewertung der angebotenen Module im Rahmen der Intervention wurde angegeben, dass die psychologischen Einzelgespräche eher während der MMS und weniger im Laufe der RFP genutzt wurden. TN, die bereits während der MMS die psychologischen Gespräche in Anspruch genommen hatten, machten jedoch auch während der RFP häufiger davon Gebrauch. Grundsätzlich wurden die psychologischen Module gemäß der Befragten seitens der TN mehrheitlich positiv und unterstützend eingeschätzt. Weiterhin positiv gaben die Psycholog*innen an, dass die Möglichkeit bestand, für die TN einen individuellen Rahmen für die psychologische Unterstützung anzubieten. Aus physiotherapeutischer Sicht wurden das Angebot Bewegungstraining und Sporttheorie als positiver und der hohe Anspruch an sportlicher Aktivität über den Zeitraum von vier Wochen als negativen Aspekt genannt. Seitens der Mediziner*innen wurde positiv hervorgehoben, dass die TN zu Expert*innen ihres Rückens werden können. Demgegenüber wurde das Programm MoVo-LISA aufgrund des ausführlichen Umfangs und da die Komplexgruppe zu hohe Trainings- und Theorieintensitäten hatte, negativ bewertet. Seitens der Ergotherapie wurde das Alltagstraining als sinnvolle Ergänzung zum Behandlungskonzept positiv hervorgehoben.

Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge

Die Projektbeteiligten im RZ berichteten über eine grundlegende Zufriedenheit mit der MMS, da die MMS Programmbestandteile überzeugt haben und das Programm sehr strukturiert und gut ausgearbeitet war. Zudem bestanden Möglichkeiten, sich gemeinsam im Vorfeld über Inhalte der unterschiedlichen Einheiten auszutauschen und abzustimmen. Gegenüber der MMS waren die Befragten mit der RFP weniger zufrieden, da z. B. die Auffrischungseinheiten während der RFP nicht von allen TN und darüber hinaus nicht alle vorgeschlagenen Termine genutzt wurden, obwohl persönliche Einladungsschreiben für die Termine verschickt wurden. Allgemein gaben die Befragten an, dass der Durchführungsaufwand einer RFP im Vorfeld der Studie unterschätzt wurde.

Als Verbesserungsvorschläge für die RFP wurde ein Patienten-Informationssystem zur besseren Kommunikation und Dokumentation in der Nachbetreuung genannt. Weitere Vorschläge waren eine Verdichtung der Nachsorge direkt nach der MMS, ein gut ausgearbeitetes Konzept (z. B. Leitfaden für Telefongespräche und Zielvorstellungen), niedrigschwellige Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. via App) sowie weitere Maßnahmen, um die Teilnahmebereitschaft der TN zu fördern. Die Befragten haben sich dafür ausgesprochen, dass weitere Ideen notwendig seien, wie Patient*innen für die Teilnahme stärker motiviert werden können und den Behandelnden regelmäßig Rückmeldung geben. Darüber hinaus müssten auch die Erreichbarkeiten der Patient*innen berücksichtigt werden, um das Programm und zum Beispiel die Telefonsprechstunden sinnvoll umsetzen zu können, da Berufstätige schwieriger zu erreichen sind. Ferner wurde angegeben, dass sich während der Intervention herausgestellt hat, dass Patient*innen schon während der MMS-Phase und somit rechtzeitig in App-Anwendungen mit einbezogen werden müssen. Zudem könnten Technik-Akzeptanz-Modelle angewendet werden, um die Compliance zu fördern. Bezüglich der Intensität der RFP-Inhalte gaben die Befragten an, dass die Unterteilung in drei RFP-Pfade als nicht notwendig angesehen wird.

Projektbeteiligte Kundenberater*in Krankengeld der AOKN

Aufgaben im Projekt

Als Aufgaben im Rahmen der Studie wurden seitens der Kundenberater*innen Krankengeld (im Folgenden als KB KG abgekürzt) die Ansprache der Versicherten und somit die Auswahl der potentiellen MMS-RFP Teilnehmer*innen genannt. Hierfür wurden vorab Potentiallisten zur Verfügung gestellt, die von den KB KG zur Ansprache genutzt wurden. In Vorgesprächen wurde zudem die Motivation zur Teilnahme erfasst.

Versorgung Rückenschmerzpatient*innen allgemein

Auf die Frage, wie die Zielpopulation – Versicherte mit (chronifizierenden) Rückenschmerzen – üblicherweise vor dem Projekt MMS-RFP angesprochen wurde, gaben die KB KG an, dass es keine konkreten Programme vergleichbar mit MMS-RFP zur Einsteuerung der Versicherten gab. Üblicherweise wurde abgefragt, ob z. B. bereits eine physiotherapeutische, osteopathische oder Facharztbehandlung verordnet wurde. Bei längerer AU-Zeit wurde auf eine Rehabilitationsbehandlung über den RV-Träger verwiesen.

Erfahrungen im Rahmen der MMS und RFP

Bezüglich der Einsteuerung in das Programm und die Ansprache der Versicherten gaben die KB KG an, dass die Filter der Versicherten Auswahl für die Einsteuerung in das Programm zu Beginn angepasst werden mussten. Es handelte sich gemäß der KB um einen Lernprozess in der Anfangszeit der Studie, welche Personen anhand der Filter ausgewählt werden konnten. Positiv wurde hervorgehoben, dass die Liste mit dem Patientenpotential regelmäßig bei den KB KG eingegangen und der Prozess der Einsteuerung ohne größere Schwierigkeiten abgelaufen ist. Die Aufteilung der Versichertenansprache erfolgte nach freien Kapazitäten der Mitarbeiter*innen im Team Krankengeld.

Die Befragten schilderten ein hohes Interesse der Versicherten am Programmangebot. Als Faktoren, welche die Motivation der Versicherten aus Sicht der KB beeinflussten, wurden die individuelle Situation der Versicherten (Kinderbetreuung, Arbeitsplatzsituation, Leidensgeschichte) und die Entfernung des Wohnortes zur Klinik angesprochen. Hinsichtlich des Einflusses der COVID-19-Pandemie auf das Teilnahmeverhalten wurden Nachfragen im Vorfeld der Teilnahme zum Hygienekonzept der Klinik, Bedenken je nach aktuellen Infektionszahlen z. B. Kontakt zu Menschenansammlungen und Zugfahrten vermeiden, genannt. Darüber hinaus war ein direktes Gespräch mit den Versicherten im Servicezentrum der AOKN nach Beginn der Pandemie nicht mehr möglich, sodass Einverständniserklärungen, um über das Programm informieren zu dürfen, zunächst schriftlich im Vorfeld eingeholt werden konnten. Ein KB KG war nicht bei der direkten Kontaktaufnahme vor der Pandemie beteiligt und konnte keine Einschätzung hierzu vornehmen. Folgende Absagegründe der Versicherten wurden im Rahmen der Interviews genannt:

- Wiederaufnahme der Arbeit
- Verbesserung der Beschwerden
- Ausstehende Untersuchungen (CT, MRT, Orthopädieterminen)
- Entfernung zum Reha-Zentrum zu groß
- Erreichbarkeit mit ÖPNV (je nach Wohnort)
- Betreuung von Kindern (v. a. am Nachmittag), Probleme Ganztagsbetreuung zu organisieren
- Langes Sitzen aufgrund Rückenproblematik schwierig
- Nichtakzeptanz/Kein Interesse

Aufwand

Die KB KG wurden gefragt, wie sie den Zeitaufwand beurteilen, AOK Versicherte für die MMS-RFP Studie zu gewinnen. Hierbei wurde angemerkt, dass es sich um einen erhöhten Aufwand handelte, der durch folgende Tätigkeiten verursacht wurde: Datenschutz einhalten, Unterlagen zuschicken, Briefing und Informationen zum Programm einholen, Liste mit den Potenzialen auf Wiedervorlage legen (mind. zweimal wöchentlich), Termine festlegen, den Rücklauf der versendeten Unterlagen regelmäßig überprüfen. Hinzu kamen nach Aussagen der Befragten heterogene Interessebekundungen, die teils mehrfache Kontaktaufnahmen erforderlich machten und (längere) Gespräche mit Versicherten, um Detailfragen zum Programm zu klären.

Ob ausreichend Patientenpotential zur Verfügung stand, um genügend Versicherte in das Programm einzusteuern wurde von den Befragten unterschiedlich beantwortet. Zum einen wurde als Schwierigkeit benannt, dass sich die Potentiallisten aufgrund der Arbeitsfähigkeit der Versicherten, die sich kurzfristig ergeben hatte, recht schnell reduziert hatten, sodass v. a. zu Beginn der Studie nicht ansatzweise möglich war, genügend Versicherte in die MMS-RFP einzusteuern.

Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge

Die Projektbeteiligten KB KG der AOKN gaben an mit dem Projekt zufrieden gewesen zu sein und dieses auch im Krankengeld-Team wahrgenommen zu haben. Dass einige Versicherte dennoch nach der MMS in die übliche medizinische Reha übermittlelt werden mussten oder weiterhin arbeitsunfähig waren, wurde von den Befragten nicht negativ angemerkt. Auch wenn das Projekt bei einem Befragten zunächst eher skeptisch aufgenommen wurde, habe es sich im Laufe der Zeit positiv entwickelt. Als Vorteile der MMS ggü. der üblichen Behandlung von Rückenschmerzpatient*innen wurde ein umfangreiches, zeitnahes Assessment und eine ausführliche Diagnostik anhand verschiedener Berufsgruppen, ein schriftlicher Befund, der u.a. dem*der Hausarzt*in zur Verfügung gestellt werden konnte, die Rückfallprophylaxe und Anleitungen für Sportübungen zu Hause genannt. Als negative Aspekte wurden berichtet, dass die Erreichbarkeit von Personen im RZ vor Ort teilweise schwierig war, v. a., wenn Ansprechpersonen krankheitsbedingt nicht zur Verfügung standen, wurde kein Ersatz organisiert und Zuständigkeiten nicht geklärt. Zudem wurden Berichte z. T. mit Verzögerung zur Verfügung gestellt und häufigeres Nachfragen war notwendig. Verbesserungsmöglichkeiten sehen die KB KG darin, Informationen an durchführende Krankengeld-Sachbearbeiter*innen über das Programm weiterzugeben, die Ansprechbarkeit von Personen im RZ vor Ort zu verbessern und Übernachtungskosten anstelle von Fahrkosten zu erstatten, um mehr TN für ein ambulant durchgeführtes Programm gewinnen zu können.

Die Hypothese **H3** (*Die Intervention wird von den teilnehmenden Ärzt*innen und Patient*innen positiv wahrgenommen*) kann aus Sicht der Projektteilnehmenden aus dem Reha-Zentrum lediglich für die MMS und nicht für die RFP bestätigt werden. Alle deskriptiven Ergebnisse zur Patient*innenzufriedenheit mit der MMS und RFP können dem Anhang 3 des Evaluationsberichts entnommen werden.

Schriftliche Befragung der Patient*innen zur Zufriedenheit

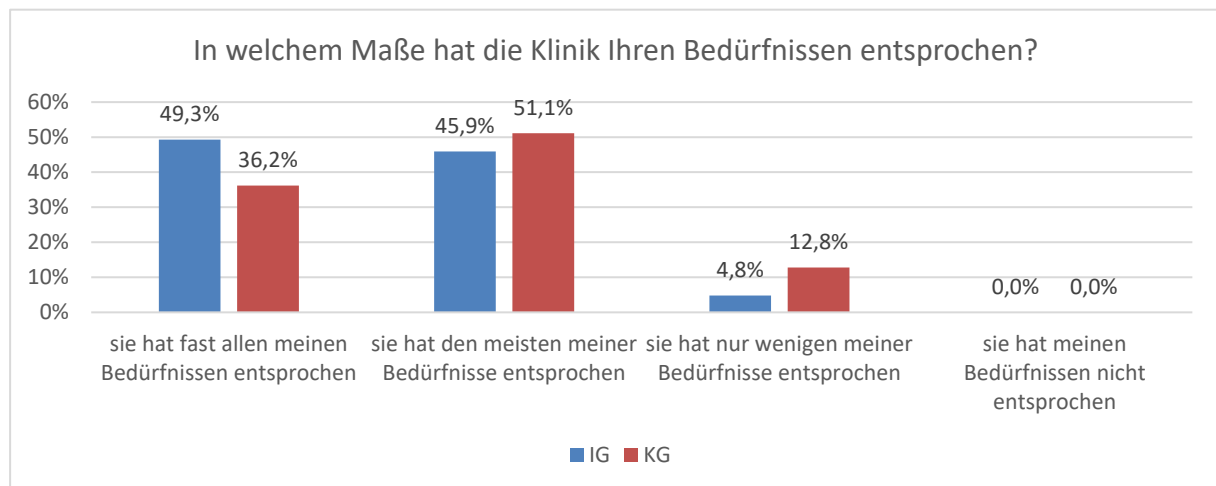


Abbildung 8: Bedürfnisgerechtigkeit der Klinik

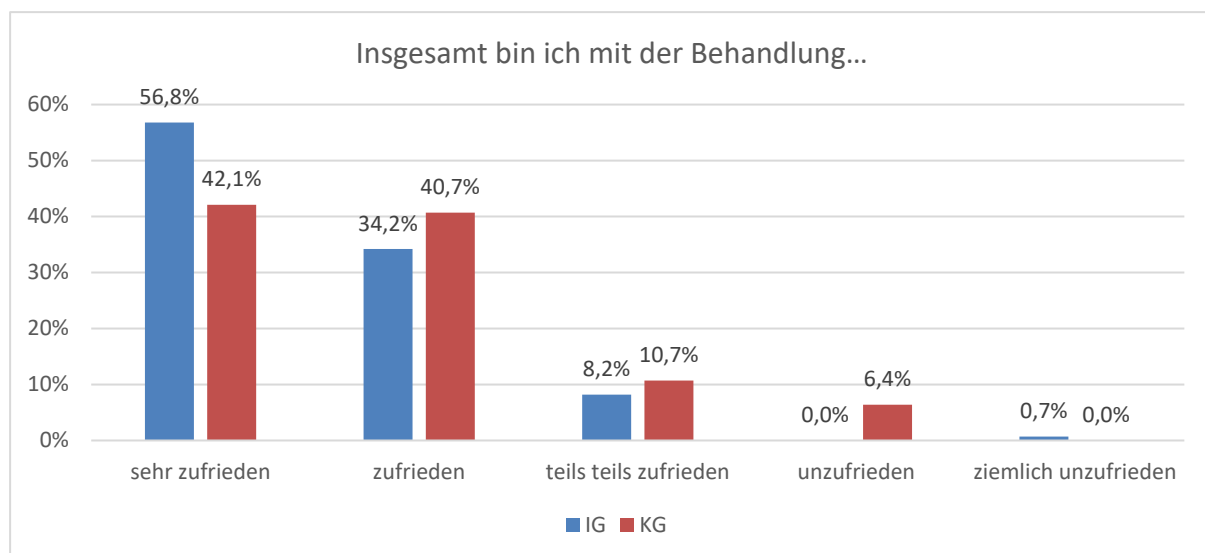


Abbildung 9: Zufriedenheit der Teilnehmenden

Direkt nach der MMS (Zeitpunkt T1) gaben die meisten TN an, mit der Behandlung zufrieden gewesen zu sein. Bei allen acht Fragen bezüglich der Zufriedenheit erreichte die IG im Vergleich zur KG höhere Werte. Anhand der Signifikanztestung konnte ein signifikanter Gruppenunterschied ($p < .05$) bei den acht Zufriedenheits-Items nachgewiesen werden. Die Qualität der Behandlung beurteilten 95,9 % der IG-TN und 89,4 % der KG-TN als ausgezeichnet bis gut. 95,2 % der IG-TN und 87,3 % der KG-TN gaben an, dass die Klinik fast allen bis den meisten ihrer Bedürfnisse entsprochen hat. Mit dem Ausmaß der Hilfe, welche die TN der IG in der Klinik erhalten haben, waren 94,6 % sehr bis weitgehend zufrieden. In der KG waren 91,4 % sehr bis weitgehend zufrieden, wobei der Anteil der sehr zufriedenen in der KG geringer war gegenüber der IG. Insgesamt waren mit der Behandlung 91 % der IG-TN und 82,83 % der KG-TN sehr zufrieden bis zufrieden. Bezüglich der Zufriedenheit mit der RFP-Intervention aus TN-Perspektive unterschieden sich die Fragen hinsichtlich der Einschätzung der Qualität, Erwartungen, verbesserter Umgang mit den Beschwerden, Zufriedenheit allgemein und Therapieerfolg. Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualität der Behandlung während der RFP mehrheitlich mit ausgezeichnet (41,1 %) und gut (50,5 %) bewertet wurde. 7,4 % schätzen die Qualität weniger gut und 1,1 % schlecht ein. Für 55,3 % der TN hat die RFP die Erwartungen im Allgemeinen und 36,2 % eindeutig erfüllt. 8,5 % gaben hingegen an, dass die Erwartungen nicht erfüllt

werden konnten. Die Mehrheit der TN gaben an, dass die RFP ihnen geholfen hätte, angemessener mit ihren Beschwerden umzugehen (53,7 %: Ja, sie half eine ganze Menge; 42,1 %: Ja, sie half etwas). 84,1 % der Patient*innen gab an, mit der RFP sehr zufrieden bis zufrieden gewesen zu sein. 16 % waren nur teilweise zufrieden bis unzufrieden. Mit dem Therapieerfolg während der RFP waren schließlich 77,9 % sehr zufrieden bis zufrieden. 22,1 % der TN waren nur teilweise zufrieden bis unzufrieden. Auch wenn die meisten TN angaben, grundsätzlich mit der RFP Behandlung zufrieden gewesen zu sein, waren über 20 % der Befragten mit dem Therapieerfolg weniger zufrieden. Es lässt sich jedoch aus den Ergebnissen schlussfolgern, dass die Intervention von den teilnehmenden Patient*innen eher positiv wahrgenommen wurde.

6.5 Gesundheitsökonomische Evaluation

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Analyse wurden Kosten, Kosteneinsparungen und die Kosteneffektivität der Intervention untersucht (**H4: Durch die Intervention sinken die direkten und indirekten Kosten**). Die detaillierten Ergebnisse sind in Anhang 4 (Evaluationsbericht) dargestellt.

Als Datengrundlage wurden Routinedaten der AOKN (Leistungsbereiche: Ambulant, Stationär, Reha, Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, AU/Krankengeld) im Beobachtungszeitraum ein Jahr vor und nach der MMS herangezogen. Zudem wurden die Kosten der Intervention ermittelt.

Interventionskosten: Die Kosten der Intervention beliefen sich im Mittel auf 799,01 € pro TN. Da die KG keine RFP erhalten hat wurden nur die Interventionskosten für die IG herangezogen.

Gesamtkosten pro Leistungsbereich der IG im Vergleich zur KG: Pro Leistungsbereich entfallen die höchsten Kosten im Zeitraum vor der MMS auf das Krankengeld und die niedrigsten Kosten auf verordnete Hilfsmittel. Zwischen der IG und KG konnten im Zeitraum vor der MMS in keiner der untersuchten Leistungsbereiche signifikante Gruppenunterschiede ermittelt werden. Im Zeitraum nach der MMS sind die durchschnittlichen Kosten pro TN in der IG in allen Leistungsbereichen gegenüber der KG gesunken.

Für die Gesamtkosten konnte mit dem t-Test kein signifikanter Unterschied zwischen IG ($M = 3.937,25 \text{ €}$, $SD = 5.917,29 \text{ €}$) und KG ($M = 4.002,35 \text{ €}$, $SD = 6.816,63 \text{ €}$) je Patient nach der MMS beobachtet werden, da $p = .930$. Im Zeitraum vor der MMS beliefen sich die Gesamtkosten in der IG im Mittel auf 1.980,48 € ($SD = 2.139,92 \text{ €}$) und in der KG auf 1.962,12 € ($SD = 3.123,48 \text{ €}$). Im Zeitraum vor der MMS konnte kein Gruppenunterschied nachgewiesen werden, da $p = .953$.

Kosteneffektivität: Für die Kosten pro vermiedenem AU-Tag wurde eine inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation (IKER) von 67,59 € bestimmt. In Bezug auf die Lebensqualität liegt die IKER bei - 2.152,40 €, das bedeutet, die IG dominiert die KG in Bezug auf die LQ, da die Lebensqualität in der IG höher ist und die Kosten geringer sind.

Die Hypothese (zweiseitiger t-Test mit einem Signifikanzniveau von .05), dass durch die Intervention die direkten und indirekten Kosten sinken kann anhand der Ergebnisse nicht bestätigt werden (Vgl. Tabelle A4.9 in Anhang 4)

7. Diskussion der Projektergebnisse

Im Zuge des MMS-RFP Projektes wurden umfangreiche Daten zur Bewertung der Intervention herangezogen und analysiert. Das primäre Ziel bestand darin zu untersuchen, ob die zwölfmonatige Rückfallprophylaxe als neue Versorgungsform im Vergleich zu einer multimodalen

Schmerztherapie ohne RFP einen Zusatznutzen für Rückenschmerzpatient*innen erbringt. Zu diesem Zweck wurden als primäres Untersuchungsergebnis die Arbeitsunfähigkeitstage der TN, die eine RFP erhielten (IG), mit der Gruppe der TN ohne Nachsorgeprogramm und App-Begleitung (KG) mittels Abrechnungsdaten der AOKN verglichen. Darüber hinaus wurden anhand von Selbstberichtsskalen die Funktionskapazität und Lebensqualität sowie die Zufriedenheit der TN mit der Intervention betrachtet. Die Perspektive der teilnehmenden Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen ergänzte die Bewertung der Intervention methodisch. Im Folgenden erfolgt eine kritische Diskussion der Ergebnisse anhand der Teilkapitel des Ergebnisteiles sowie eine Einschätzung der Validität und Limitationen der vorliegenden Studie.

Ergebnisevaluation

AU-Tage

H1: *Durch die Intervention verringert sich die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen.*

Die erste Hypothese konnte anhand der erfolgten Analysen nicht bestätigt werden, da sich kein signifikanter Gruppenunterschied der rüchenspezifischen AU-Tage zwischen IG und KG im Betrachtungszeitraum ein Jahr nach der MMS nachweisen ließ. Wie bereits im Ergebnisteil beschrieben, bestand die methodische Herausforderung darin, mit einer breiten Streuung von AU-Tagen nach der MMS umzugehen. Für den Mittelwert wurde eine Reduktion auf 70,07 AU-Tage nach der MMS für die KG und 56,41 AU-Tage für die IG berechnet. Bei der Betrachtung des Medians bestätigt sich die Annahme einer geringeren Anzahl von AU-Tagen in der IG nicht. In beiden Gruppen wurde jedoch eine deutliche Verbesserung erreicht, die TN der KG waren im Median 10 Tage (Vorbetrachtungszeitraum: 56 Tage) und die der IG 16 Tage (Vorbetrachtungszeitraum: 55 Tage) nach der MMS arbeitsunfähig gemeldet. Das Anfangsniveau der beiden Gruppen vor der MMS war nahezu gleich. Insgesamt hatten in der IG 25,3 % der TN und in der KG 26,5 % der TN keinen rüchenspezifischen AU-Tag im Zeitraum nach der MMS. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass 32 TN mit mehr als 84 AU-Tagen (12 Wochen) in den letzten sechs Monaten vor der MMS in die Studie eingeschlossen wurden und somit über dem Richtwert für den Einschluss in die Studie lagen. Von diesen 32 TN sind 19 TN der KG und 13 TN der IG zugehörig.

In Einzelfällen war es möglich, von den Einschlusskriterien abzuweichen, sodass die KB KG entscheiden konnten, ob TN zum Diagnostiktag geschickt wurden. Dort erfolgte das multiprofessionelle Assessment in dem intensiv überprüft wurde, ob der TN für die Studie geeignet ist.

Es ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der AU-Tage vor der MMS nicht für alle TN auf den Tag genau berechnet werden konnte, da der Zeitraum zwischen Einsteuerung in das Programm und tatsächlichem Start der MMS für einzelne TN unterschiedlich war. Die AU-Tage zum Zeitpunkt der Einsteuerung lagen dem Evaluator nicht vor.

Hinsichtlich methodischer Aspekte ist positiv anzumerken, dass bezüglich des primären Endpunktes AU-Tage alle TN in die Analyse eingeschlossen werden konnten.

Funktionskapazität, LQ und VAS-Skala

H2: *Durch die Intervention steigt die Funktionskapazität.*

Die Ergebnisse der sekundären Endpunkte zeigen Verbesserungen in allen selbst berichteten Schmerzdimensionen und der LQ in der IG zu T2. Die Hypothese, dass die IG ($M = 85,81\%$; $Mdn = 91,67\%$) gegenüber der KG ($M = 80,50\%$; $Mdn = 87,50\%$) eine signifikant höhere Funktionskapazität nach der Intervention zu T2 aufweist, konnte bestätigt werden.

Bei den Ergebnissen zur Funktionskapazität, der Lebensqualität und VAS-Skala fällt auf, dass die Werte bereits zu T1 und somit am Ende der MMS in der IG höher sind als in der KG, auch wenn es zum Teil nur geringe (nicht-signifikante) Differenzen sind. Ebenso zeigte sich eine höhere Zufriedenheit der TN mit der MMS in der IG (Vgl. Abschnitt 3.4)

Die Mitarbeitenden des RZ waren gegenüber der Gruppenzuteilung der TN verblindet, jedoch erhielten sie in der dritten Woche der MMS die Information über die Randomisierung der MMS-Gruppe als IG oder KG, sodass ab diesem Zeitpunkt ein verändertes Verhalten des therapeutischen Personals gegenüber den TN nicht auszuschließen ist. Es gab praktische Gründe, warum die IG bereits während der Phase des ambulanten MMS-Programms Informationen über die Zuteilung zur IG erhalten musste, um die Umsetzung der RFP nicht zu gefährden. Beispielsweise wurde die App für die IG bereits während der letzten Woche der MMS bei den TN installiert, da es zu Beginn der Studie Probleme gab und IG-TN während der RFP Anwendungsschwierigkeiten mit der App zurückmeldeten. Für die Randomisierungs-Mitteilung wurde der am spätesten mögliche Zeitpunkt gewählt, um den Einfluss auf Behandler*innen und Patient*innen so gering wie möglich zu halten. Um systematische Einflüsse auf die Patientenpopulation und deren Outcomes zu vermeiden, wurden stets die gleichen Behandler*innen für die Patient*innen eingesetzt.

Als weitere Gründe für bessere Werte in den sekundären Endpunkten zu T1 müssen zudem der Erwartungseffekt, eine Nachsorge zu erhalten und eine höhere Zuwendung für IG-Gruppen-TN in Betracht gezogen werden (vgl. Kessler et al., 2023; Maser et al., 2021).

Prozessevaluation

Bereits innerhalb der 4-wöchigen MMS-Phase und fortgesetzt in der 12-monatigen RFP-Phase sollten die TN unter multiprofessioneller Begleitung zu einem Lebensstil motiviert werden, in dem eine sportliche Aktivität als fester Bestandteil in den Alltag der TN integriert ist. Dabei sollten die Erfolge während der MMS in den Alltag übertragbar sein, da die Hürden für einen dauerhaften sportlich aktiven Lebensstil im alltäglichen Leben als hoch eingeschätzt wurden. Hierbei sollten v.a. die App und das Bewegungsbuch als konkretes Ziel- und Aktivitäts-Monitoring dienen.

Die Ergebnisse der Inanspruchnahme während der RFP verdeutlichen, dass maximal ein Drittel der TN zu allen Auffrischungseinheiten im RZ erschienen sind. Obwohl der Pfad III am trainingsintensivsten war, wurden hier die höchsten Teilnahmeraten verzeichnet. 57,7 % der TN in Pfad I und jeweils dreiviertel der TN in den Pfaden II und III haben mindestens an einer Auffrischungseinheit im RZ teilgenommen. Über 40 % der TN in Pfad I haben an keinem Termin im RZ partizipiert. Im Hinblick auf die MTT-Einheiten fällt auf, dass besonders im Pfad III die meisten TN an mehr als sieben MTTs teilgenommen haben, was einer guten Teilnahmerate entspricht und besser ist als der weniger intensive Pfad II. Anhand der App-Daten wurde ermittelt, dass 31 von 141 TN regelmäßig mit der App trainiert haben, was einem Wert von 22,0 % entspricht und mit anderen App-Aktivitäten vergleichbar ist (Yang et al., 2020). Gemessen an den Einträgen im Bewegungsbuch wurde für alle 133 TN eine mittlere Aktivität von 24,8 % erreicht. Pro Monat bewegte sich die Aktivität zwischen maximal 32,1 % im ersten und minimal 21,4 % im letzten Monat. Die durchschnittliche Aktivität pro Monat sinkt über den Zeitraum von einem Jahr.

Mit etwa einem Drittel der TN bestand E-Mail-Kontakt während der RFP Phase und mit rund 60 bis 70 % der TN bestanden Telefonkontakte. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass besonders die Telefonsprechstunden im Rahmen der RFP für den Austausch eingeplant wurden.

Insgesamt kann die Inanspruchnahme der RFP im Pfad I als gering und in den Pfaden II und III als moderat eingestuft werden.

H3: *Die Intervention wird von den teilnehmenden Ärzt*innen und Patient*innen positiv wahrgenommen.*

Interviews: Perspektive Mitarbeiter*innen Reha-Zentrum am Meer

Die dritte Hypothese kann aus Sicht der Projektteilnehmenden aus dem Reha-Zentrum lediglich für die MMS und nicht für die RFP bestätigt werden. Als Gründe wurden genannt, dass der Aufwand, eine RFP umzusetzen, bei der Planung und Vorbereitung der Studie unterschätzt wurde und die Erfahrungen in diesem Zusammenhang gefehlt haben. Zudem müssten es nach Einschätzung der Befragten kreativere Ansätze geben, die Versicherten für eine Teilnahme an den Auffrischungstagen und RFP Einheiten zu motivieren. Da alle Projektteilnehmenden aus dem RZ für die Interviews gewonnen werden konnten, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch im RZ beschäftigt waren, erfolgte eine Vollerhebung.

Schriftliche Befragung: Perspektive der Patient*innen

84,1 % der TN gaben zu T2 an, mit der RFP sehr zufrieden bis zufrieden gewesen zu sein. Auch wenn die meisten TN angaben, grundsätzlich mit der RFP Behandlung zufrieden gewesen zu sein, waren über 20 % der Befragten mit dem Therapieerfolg weniger zufrieden. Für 55,3 % der TN hat die RFP die Erwartungen im Allgemeinen und für 36,2 % die Erwartungen eindeutig erfüllt. Die Qualität der Behandlung während der RFP wurde mehrheitlich mit ausgezeichnet (41,1 %) und gut (50,5 %) bewertet. Aus den Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die Intervention von den teilnehmenden Versicherten eher positiv wahrgenommen wurde. Da die Patient*innen ebenso zu T1 zu ihrer Zufriedenheit mit der MMS befragt wurden, fällt auf, dass die TN der IG bereits zu T1 signifikant zufriedener mit der MMS waren im Vergleich zur KG. Auch hierbei liegt der Schluss nahe, dass auf die IG bereits während der MMS Einflussfaktoren wirken, die ein positiveres Ergebnis erzeugen (Vgl. Abschnitt Ergebnisevaluation Diskussion).

Bezüglich der Frage im Fragebogen, ob die Erwartungen der RFP erfüllt wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein TN keine konkrete Kenntnis über das Ziel und die Ausgestaltung einer RFP hatte, was die Interpretation des Ergebnisses zu dieser konkreten Frage erschwert. Es wurde davon ausgegangen, dass die TN im Vorfeld umfassende Informationen zur RFP erhalten haben und entsprechend aufgeklärt wurden. Es erfolgte jedoch keine Kontrolle über Vorwissen und Erfahrung der TN zur RFP im Fragebogen. Grundsätzlich wäre zu erwarten gewesen, dass sich eine hohe Zufriedenheit mit der RFP seitens der TN in einer höheren Teilnehmerate während der RFP widerspiegelt. Dies konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Gesundheitsökonomische Evaluation

H4: *Durch die Intervention sinken die direkten und indirekten Kosten.*

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Analyse wurden Kosten, Kosteneinsparungen und die Kosteneffektivität der Intervention untersucht. Im Zeitraum nach der MMS sind die durchschnittlichen Kosten pro TN in der IG in allen Leistungsbereichen gegenüber der KG gesunken, es konnten in keinem der betrachteten Leistungsbereiche signifikante Gruppenunterschiede ermittelt werden. Das Krankengeld stellt mit Abstand den höchsten Kostenbereich für beide Gruppen dar.

Die Summe der direkten Kosten vor der MMS lag in der IG im Mittel pro TN bei 814,00 € und in der KG bei 764,14 €. Nach der MMS sind für die IG direkte Kosten in Höhe von 1.548,72 € und für die KG 880,93 € pro TN entstanden. Folglich konnte in der IG nach der Intervention keine Reduktion der direkten Kosten im Vergleich zur KG nachgewiesen werden. Dabei ist anzumerken, dass für die IG Kosten für die RFP in Höhe von 799,01 € pro TN entstanden sind, die

zusätzlich hätten eingespart werden müssen, um zu einer Kosteneinsparung im Vergleich zur KG zu führen. Die indirekten Kosten in Form von Krankengeld betragen in der IG 1.166,48 € und in der KG 1.198,00 € vor der MMS. Nach der MMS wurden für die IG 2.388,53 € und für die KG 3.121,43 € indirekte Kosten berechnet ($p = .301$). Nach den Ergebnissen der Hypothesentests (zweiseitiger t-Test mit einem Signifikanzniveau von .05), kann die Hypothese, dass durch die Intervention die direkten und indirekten Kosten sinken, nicht bestätigt werden.

Für die Gesamtkosten konnte im Mittel pro TN ebenso kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG nach der MMS beobachtet werden. Die Gesamtkosten fielen jedoch in der IG etwas geringer aus. Die Differenz beträgt 65,11 €. Für die Kosten pro vermiedenem AU-Tag wurde im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse eine IKER von 67,59 € bestimmt, d. h., dass keine Versorgung die andere dominiert, da die direkten Kosten in der IG höher und die Anzahl der AU-Tage geringer sind. In Bezug auf die LQ liegt die IKER bei - 2.152,40 €, das bedeutet, die IG dominiert die KG in Bezug auf die LQ, da die Lebensqualität in der IG höher ist und die Kosten geringer sind. Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation deuten darauf hin, dass die RFP zu Kosteneinsparungen in den einzelnen Leistungsbereichen führen könnte, insgesamt jedoch kein signifikanter Effekt hinsichtlich der direkten und indirekten Kosten erzielt wird.

Limitationen

Bei der vorliegenden Studie liegen Limitationen vor, die bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen:

Schriftliche Befragung

Ein Aspekt, der bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte, ist die Erhebung in Form von Selbstberichtsskalen, da diese das Problem der sozialen Erwünschtheit und somit mögliche Verzerrungen der Antworten (Response-Bias) nicht kontrollieren können. Dies könnte weiterhin durch das Setting, dass der T0 und T1 Fragebogen mehrheitlich im Reha-Zentrum vor Ort ausgefüllt wurde, verstärkt worden sein. Gegenüber objektiven Maßen (z.B. Abrechnungsdaten) werden zudem lediglich subjektive Einschätzungen der Personen erfasst, die reales Verhalten nur eingeschränkt abbilden können. Weitere Verzerrungen in den FB-Daten könnten bei den Items zum Bewegungsverhalten durch einen Erinnerungs-Bias entstehen. Positiv anzumerken ist hingegen eine hohe Durchführungsobjektivität und festgelegte Item-Values sowie der Einsatz von standardisierten Messinstrumenten, deren Objektivität, Validität und Reliabilität gesichert ist.

Routinedaten

Als Limitation ist bei Routinedaten zu beachten, dass es sich nicht um Daten handelt, die primär für Forschungszwecke erhoben wurden und diese demzufolge nur mit bestimmten Einschränkungen ausgewertet werden können. Entsprechende Limitationen von Routinedatenanalysen sind folglich zu berücksichtigen (Lux et al., 2014). Aufgrund von Komplexität und Umfang von Routinedaten können nicht alle Variablen bzw. Abrechnungspositionen vollständig auf Plausibilität überprüft werden. Dies betrifft insbesondere ambulante Daten und Arzneimittel. Darüber hinaus können bestimmte Kosten im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation anhand der Routinedaten überschätzt oder unterschätzt werden. Beispielsweise können nicht alle Arzneimittel eindeutig krankheitsspezifischen Kosten zugerechnet werden, da Schmerzmittel nicht nur für Rückenschmerzen verschrieben werden. Ebenso liegt die Vergabe der ICD im Ermessen der Ärzt*innen, sodass auch hier Abweichungen oder Fehler auftreten können. Im Zuge der Analyse von Routinedaten liegen zudem nicht für alle Leistungsbereiche ICD Codes für Abrechnungspositionen vor, was die Identifikation von krankheitsspezifischen Kosten erschwert.

Validität

Die Ein- und Ausschlusskriterien (Gebietserweiterung, Erweiterung der Diagnosen von M50-54 auf M40-M54 und Ausschluss der Chronifizierten) zur Studienteilnahme wurden im Verlauf angepasst. Hieraus sind etwaige Einflüsse auf die Studie folgendermaßen zu diskutieren:

a) Gebietserweiterung

Es erfolgte eine Erweiterung der Einzugsgebiete für die Rekrutierung von TN in die MMS-RFP Studie. Aufgrund der vergleichbaren Beschwerdebilder der eingeschlossenen TN wird kein Unterschied erwartet, sodass wir insgesamt keinen Einfluss auf die Intervention bezüglich der Gebietserweiterung annehmen. Durch die Randomisierung konnten zudem mögliche Unterschiede und systematische Verzerrungen (durch die ergänzten Ein- und Ausschlusskriterien) geringgehalten bzw. zwischen den Gruppen ausgeglichen werden.

b) Erweiterung der Diagnosen von M50-54 auf M40-M54

Die MMS ist nicht nur spezifisch für LBP anzuwenden, demnach ist eine Erweiterung der Einschlussdiagnosen von M50-54 auf M40-M54 bezüglich des Outcomes der Studie als unkritisch zu betrachten. Das Diagnosespektrum wurde – wie bereits in den Endberichten dargelegt – um Patient*innengruppen erweitert, für die die MMS ebenfalls eine geeignete Therapiemaßnahme darstellte.

c) Ausschluss der Chronifizierten

Neben der Erweiterung der Einschlussdiagnosen wurde darüber hinaus ein Ausschlusskriterium der teilnehmenden Patient*innengruppe präzisiert, indem Versicherte mit Rückenschmerzen, die bereits als chronisch einzustufen waren, ausgeschlossen wurden. Da die Intervention durch den Ausschluss chronischer Patient*innen besser auf die Zielpopulation ausgerichtet ist, erwarten wir eine höhere Effektivität, was sich dann auch in der Analyse der Gesamtpopulation auswirken sollte. Für den Vergleich zwischen IG und KG ist es unproblematisch, da durch die Randomisierung beide Gruppen gleichermaßen betroffen sind.

Die interne Validität der Studie wird durch die Cluster-Randomisierung und den Einsatz von validen und standardisierten Messinstrumenten gestützt. Demnach ist von einer hohen internen Validität auszugehen ist. Da die Versicherten von den KB KG vorselektiert wurden, konnte einem Selektionsbias in gewissem Maße entgegengewirkt werden. Jedoch konnten sich Versicherte auch selbstständig bei der AOKN melden, wenn diese am Programm teilnehmen wollten und die Einschlusskriterien erfüllten. Es handelt sich aufgrund des Rekrutierungsverfahrens bei der erhobenen Stichprobe um keine echte Zufallsstichprobe.

Externe Validität ist insofern nur eingeschränkt gegeben, da die Versorgungsrealität aufgrund der monozentrischen Durchführung nicht abgebildet werden kann. Entsprechende Interventionen sollten in weiteren Zentren in anderen Regionen Deutschlands durchgeführt werden, um die Ergebnisse bestätigen zu können. Zudem können die Studienergebnisse eingeschränkt generalisiert und auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden, da es sich um Versicherte der AOKN handelt. Die vorliegende Stichprobe repräsentiert einen überwiegenden Anteil von Männern, die eine beruflich-betriebliche Ausbildung abgeschlossen haben. Als weitere Einschränkung für die externe Validität ist zu nennen, dass keine Kontrollgruppe von Versicherten in anderen ländlichen Regionen aus Routinedaten gezogen wurde, der für einen Vergleich der Ergebnisse mit der Regelversorgung erforderlich wäre.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Im Zuge der Projektumsetzung sowie der anschließenden Evaluation konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. In Bezug auf die Projektumsetzung zählt hierzu unter anderem die Rekrutierung der Versicherten über die beteiligte Krankenkasse, die eine frühzeitige und individuelle Ansprache und Aufklärung ermöglichte. Die Nutzung der Krankenkassendaten zur

frühzeitigen Identifizierung potenzieller Projektteilnehmer*innen sowie die anschließende medizinische Einschätzung im Reha-Zentrum wurde im Projektteam generell positiv bewertet und kann insofern auch für zukünftige Projekte eine sinnvolle Rekrutierungsmöglichkeit bedeuten. Zusätzlich ist die Umsetzbarkeit der MMS als ambulantes Angebot in ländlichen Regionen zu erwähnen. Unabhängig von unserem Innovationsfondsprojekt gibt es zwar bereits Nachweise für die positiven Effekte einer MMS, allerdings unter anderen Rahmenbedingungen. Auch wenn die MMS selbst nicht explizit Bestandteil der Evaluation war, lassen die geringe Abbruchquote und die hohe Patientenzufriedenheit darauf schließen, dass eine ambulante Umsetzung im ländlichen Raum umsetzbar ist.

In Bezug auf die RFP zeigen die Evaluationsergebnisse im primären Endpunkt keine signifikanten Effekte, was möglicherweise auch mit dem geringen Anteil an Patient*innen zusammenhängt, die die RFP planmäßig und komplett durchlaufen haben. Insgesamt ist sich das Projektteam einig, dass verhältnismäßig viel Aufwand zur Unterstützung und Motivation der RFP-Teilnehmenden unternommen wurde, welcher sich leider nicht in der aktiven Teilnahme an der RFP widerspiegelt. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung geben nicht genügend Rückschlüsse, um die Gründe hierfür nachvollziehen zu können. Möglicherweise trifft das Angebot nicht die Bedarfe aller Teilnehmer*innen. Durch diese Schlussfolgerung kommt das Projektteam zu dem Ergebnis, dass eine starre Projektumsetzung scheinbar nicht zu den Bedarfen der Teilnehmenden passte, dass jedoch durch das Projekt unterschiedliche Intensitätsstufen einer Rückfallprophylaxe erarbeitet wurden. Das Projektteam kann sich insofern eine zukünftige Patientenbegleitung und Rückfallprophylaxe im Sinne eines Baukastenprinzips vorstellen, bei dem patientenindividuell nach den Bedarfen und Möglichkeiten entschieden wird, wie intensiv und in welcher Form eine Nachsorge erfolgt. Dieses Vorgehen wurde im abgeschlossenen Projekt bereits anteilig umgesetzt, indem die Patient*innen eine Mitsprache bei der Wahl der Intensitätspfade der RFP hatten, welches von den TN entsprechend positiv wahrgenommen wurde. Die Ergebnisse aus dem Projekt geben Hinweise darauf, dass eine höhere Intensität ebenso mit einer höheren Teilnehmerate einherging.

Auch nach Abschluss des Projektes bestehen weiterhin gravierende Defizite in der Versorgung von Patient*innen mit Rückenschmerzen, so dass es auch weiterhin Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Regelversorgung benötigt. Um die im Projekt aufgebauten multiprofessionelle Versorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten und Wissen über die Versorgungsform zu sichern, wurde nach Abschluss der Interventionsphase ein Selektivvertrag gemäß § 140a SGB V zwischen der AOKN und dem Reha Zentrum abgeschlossen, welcher den Zeitraum bis zum Vorliegen aller Evaluationsergebnisse überbrücken sollte. Da insbesondere die Evaluation der RFP noch ausstand, wurde dieser Bestandteil bei der Anschlussversorgung außer Acht gelassen. Nach der erfolgten Evaluation der RFP soll der Versorgungsvertrag neu bewertet und angepasst werden.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Beiträge in Zeitschriften

Hemken N, Runde W, Zechel H-G (2019). Reha-Projekt im Innovationsfonds: Gelungene Partnerschaft. f&w 2019/11; 3-6.

AOK Niedersachsen (2019). Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe. Mitgliederzeitschrift bleib gesund der AOK Niedersachsen 4/2019; S. 11.

AOK Niedersachsen (2019). Hilfe bei Rückenschmerzen. Mitarbeiterzeitschrift dialog der AOK Niedersachsen 6/2019; S. 5.

Krüger K, Schmetsdorf J, Pavlovic M, Runde W, Zechel G, Hemken N, Krauth C (2023). Evaluation of a multimodal pain therapy approach with relapse prophylaxis for back pain (MMSRFP

study): a study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMJ Open* 2023;13:e067412. doi:10.1136/bmjopen-2022-067412

Publizierte Abstracts, Vorträge und Poster

Schmetsdorf J, Pavlovic M, Runde W, Zechel G, Krauth C, Krüger K (2023). Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe. *Das Gesundheitswesen* 2023; 85(08/09): 788 - 788. doi:10.1055/s-0043-1770526
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/conferencepdf/126549/10.1055/s-0000022.pdf>

Geplante Veröffentlichungen

Schmetsdorf et al. Ergebnisse der Evaluation einer MMS mit RFP

Schmetsdorf et al. Kosteneffektivität

Schmetsdorf et al. Einflussfaktoren

Schmetsdorf et al. Zusammenhang von Intensität der RFP und Ergebnisqualität

10. Literaturverzeichnis

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ); Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK); Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK); Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI); Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) et al. (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage: Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Badura B, Ducki A, Baumgardt J, Meyer M, Schröder H: Fehlzeiten-Report 2023: Schwerpunkt: Zeitenwende - Arbeit gesund gestalten. Springer-Verlag (Berlin Heidelberg).

Cohen J (1992): A power primer. In: *Psychological bulletin* 112 (1), S. 155–159. DOI: 10.1037//0033-2909.112.1.155.

Deck R, Schramm S, Hüppe A (2012): Begleitete Eigeninitiative nach der Reha ("neues Credo") - ein Erfolgsmodell? In: *Die Rehabilitation* 51 (5), S. 316–325. DOI: 10.1055/s-0031-1291279.

Dreyhaupt J, Mayer B, Keis O, Öchsner W, Mucbe, R (2017): Cluster-randomized Studies in Educational Research: Principles and Methodological Aspects. In: *GMS journal for medical education* 34 (2), Doc26. DOI: 10.3205/zma001103.

Elbers S, Wittink H, Konings S, Kaiser U, Kleijnen J, Pool J et al. (2022): Longitudinal outcome evaluations of Interdisciplinary Multimodal Pain Treatment programmes for patients with chronic primary musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. In: *European journal of pain (London, England)* 26 (2), S. 310–335. DOI: 10.1002/ejp.1875.

Eldridge S M, Ashby D, Kerry S (2006): Sample size for cluster randomized trials: effect of coefficient of variation of cluster size and analysis method. In: *International journal of epidemiology* 35 (5), S. 1292–1300. DOI: 10.1093/ije/dyl129.

Kohlmann T, Raspe H (1996): Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). In: *Die Rehabilitation* 35 (1), S. I–VIII.

Akronym: MMS-RFP
Förderkennzeichen: 01NVF18011

Lieb: Chronifizierung von Rückenschmerzen in der Lübecker Bevölkerung. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Amplifikationsmodells. Inauguraldissertation. 2007.

Lux G, Biermann J, Dahl H, Matusiewicz D, Mostardt S, Nimptsch U et al (2014, 2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollständig überarb. und erw. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber (Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit).

Lorenz E, Köpke S, Pfaff H & Blettner M (2018). Cluster-Randomized Studies: Part 25 of a Series on Evaluating Scientific Publications. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(10), 163.

Mey G, Mruck K: Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Auflage, 2010. Wiesbaden: VS Verlag.

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010.

Rutterford C, Copas A, Eldridge S (2015): Methods for sample size determination in cluster randomized trials. In: *International journal of epidemiology* 44 (3), S. 1051–1067. DOI: 10.1093/ije/dyv113.

Shapiro S S, Wilk, M B (1965): An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). In: *Biometrika* 52 (3/4), S. 591. DOI: 10.2307/2333709.

von der Schulenburg JM, Claes C, Greiner W et al. Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Z Gesundheitswissenschaften* 1998, 6:3-20.

11. Anhang

Nicht zutreffend.

12. Anlagen

Anlage 1: Checkliste der medizinischen Aspekte zur Rekrutierung

Anlage 2: Checkliste zur Vorbereitung auf das Erstberatungsgespräch

Anlage 3: Arztinformation

Anlage 4: Patientenflyer

Anlage 5: Therapiealgorithmus

Anlage 6: FAQs

Anlage 7: Interviewleitfaden Ärzt*innen und Physio-/Ergotherapeut*innen

Anlage 8: Interviewleitfaden Psycholog*innen

Anlage 9: Interviewleitfaden Kundenberater*innen Krankengeld

Anlage 10: Fragebogen T0

Anlage 11: Fragebogen T1

Anlage 12: Fragebogen T2 IG

Anlage 13: Fragebogen T2 KG

Anlage 1: Checkliste der medizinischen Aspekte zur Rekrutierung

Checkliste der Medizinischen Aspekte

bei der Einsteuerung im Projekt MMS-RFP am Reha-Zentrum am Meer in Bad Zwischenahn

| Fragen/Klärungspunkte | Hinweise |
|--|---|
| Wer soll zum Diagnostik-Tag eingesteuert werden? | Es kommen alle Versicherten mit einer M40-54 (ausgenommen sind M45, M46 und M49) in Betracht, die aufgrund ihres Rückenschmerzens seit mind. 14 Tagen arbeitsunfähig sind – jegliche diagnostische Aufgliederung und therapeutische Entscheidung erfolgt am Diagnostik-Tag in Bad Zwischenahn. |
| Diagnoseliste? | Eingeschlossen sind alle Rückenschmerzen an der HWS, BWS und LWS, die unter den Diagnosen M40-M54 verschlüsselt sind, mit Ausnahme der Rückendiagnosen, die durch Eiterung (Spondylitis, M45 und M46) oder durch echte rheumatologische Erkrankungen (Bechterew, M49) bedingt sind: M40 Rundrücken und Hohlkreuz M41 Verkrümmungen der Wirbelsäule (Skoliose) M42 Bandscheibenverschleiß M43 Wirbelgleiten (Instabilität) M47 alter Begriff für Verschleiß der Wirbelsäule M48 enger Wirbelkanal (Spinalstenose) M50 Bandscheibenvorfall/-schaden an der HWS M51 Bandscheibenvorfall/-schaden an der BWS oder LWS M53 Sammeldiagnose für sonstige Wirbelsäulenerkrankungen (z.B. Schulter-Arm-Syndrom oder Steißbeinschmerzen) M54 Rückenschmerzen im HWS, BWS und/oder LWS-Bereich (auch mit Ausstrahlungen) ohne Schaden an der Wirbelsäule |
| Was ist das Besondere? | Das Besondere ist, dass dieses Angebot der schnellstmögliche Weg ist zur richtigen und gezielten Behandlung und damit zur Rückkehr zur Arbeit und dass dieses Angebot dazu beiträgt, dass es in der Zukunft nicht zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit kommt. |
| Gretchenfragen!!! an den Patienten (Zielerreichung) | Ist das angebotene Programm als feststehendes Konzept (als Block) genau das richtige Konzept für Ihre Situation? Ist es das Richtige dafür, dass sie wieder mit weniger Schmerzen bzw. schmerzfrei arbeitsfähig werden? (Oder brauchen Ihre Schmerzen etwas Anderes als dieses MMS-Programm?) und Wollen Sie als Teilnehmer so schnell wie möglich wieder zurück zu Ihrer Arbeit? Sind Sie zuversichtlich, dass Sie nach den 4 Wochen wieder zur Arbeit gehen können? |
| Körperliche Belastbarkeit? | Jeder kann teilnehmen, der im Alltag den normalen körperlichen Belastungen gewachsen ist (ohne den Rückenschmerz). |
| Geistige Belastbarkeit? | Jeder kann teilnehmen, der von der Sprache her und von seiner Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit her einem einfachen Vortrag folgen kann. |

| | |
|---|---|
| Termine/andere geplante Leistungen? | Jeder kann teilnehmen, unabhängig von anstehenden anderen diagnostischen und therapeutischen Terminen und Leistungen (Krankengymnastik, Rehasport, Rö, MRT, Facharzt, PRT, Reha usw.). |
| ICD außerhalb von M und Rückenschmerzen als Nebendiagnose? | Jeder kann teilnehmen, auch derjenige, bei dem der Rückenschmerz zwar da ist, aber gar nicht oder nicht als Hauptdiagnose verschlüsselt wurde Die letzte Entscheidung über die Eignung des Patienten und ob der Rückenschmerz vordergründig ist, wird im Diagnostiktag getroffen. |
| Gruppenfähigkeit? | Jeder kann teilnehmen, der bereit ist, in einem festgelegten Gruppenprogramm aktiv mitzuarbeiten. |
| Medizinische Inhalte? | anliegendes Farbenschema demonstrieren <ul style="list-style-type: none"> • Training in der Gruppe unter professioneller Anleitung von Physio-, Sport- und Ergotherapeuten (rote Felder) • Vorträge, Seminare, Entspannungstraining in der Gruppe und persönliche Einzelgespräche durch Schmerzpsychologen (grüne Felder) • Vorträge, Seminare in der Gruppe und persönliche Einzelgespräche durch Orthopäden (gelbe Felder) |
| Zeitliche Aspekte? | Das Optimum wäre , wenn jeder zum Diagnostiktag eingesteuert würde, bei dem absehbar ist, dass er länger als 4-6 Wo. AU sein wird, jedoch keinen chronischen Rückenschmerz hat Bei Patienten, die wegen Rückenschmerzen schon öfter AU waren, sollte bei erneut auftretender AU schneller eingesteuert werden. |

MMS-Programm (Gruppe A Standard, Gruppe B Komplex, Gruppengröße jeweils 8 Patienten)

| Zeit | Montag | | Dienstag | | Mittwoch nur Gruppe B | Donnerstag | | Freitag | | |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|-----------------|------------|-----------------|-----------------|--|
| | Gruppe A | Gruppe B | Gruppe A | Gruppe B | | Gruppe A | Gruppe B | Gruppe A | Gruppe B | |
| 08.00 | | Psychologe | | Psychologe | | Psychologe | Psychologe | Arzt | Psychologe | |
| 09.00 | Arzt | | | Physiotherapeut | Physiotherapeut | Physiotherapeut | Pause | Arzt | Psychologe | |
| 09.30 | Arzt | Physiotherapeut | Physiotherapeut | Pause | | Physiotherapeut | Pause | Physiotherapeut | Physiotherapeut | |
| 09.45 | | | | | | | | | | |
| 10.30 | Psychologe | Arzt | Physiotherapeut | Psychologe | Physiotherapeut | Arzt | | Psychologe | Physiotherapeut | |
| 10.45 | | | | | | | | | | |
| 11.30 | Pause | | Pause | | Pause | Pause | | Pause | | |
| 11.45 | Physiotherapeut | Psychologe | Psychologe | Physiotherapeut | Psychologe | Physiotherapeut | | Physiotherapeut | Psychologe | |
| 12.45 | Pause | | Pause | | Pause | Pause | | Pause | | |
| 13.30 | Physiotherapeut | | Physiotherapeut | Arzt | Physiotherapeut | Arzt | Psychologe | Physiotherapeut | Physiotherapeut | |
| 14.30 | Physiotherapeut | | Physiotherapeut | | | | | | | |
| 15.00 | | | | | | | | | | |
| 15.30 | | Arzt | | Arzt | | Arzt | | Arzt | Psychologe | |
| 16.30 | | | | | | | | | | |

Arzt

 Psychologe

 Physiotherapeut

 Arzt + Physiotherapeut

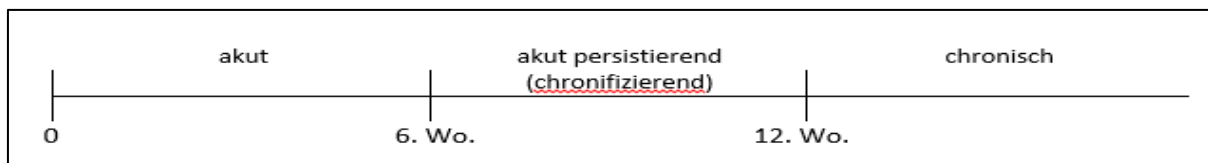
Anlage 2: Checkliste zur Vorbereitung auf das Erstberatungsgespräch

Checkliste für das Projekt MMS-RFP zur Vorbereitung auf das Erstberatungsgespräch

Eignung des Versicherten:

- Der Versicherte ist seit mindestens 21 Tagen aufgrund der Diagnose Rückenschmerz (ICD M50-M54) arbeitsunfähig
 - Wie lange dauert die AU voraussichtlich noch?
 - Einschätzung, ob kurzfristig eine Arbeitsfähigkeit vorliegt
 - Versicherte mit Wohnort im Einzugsbereich des Reha-Zentrums am Meer in Bad Zwischenahn (kreisfreie Städte Emden, Delmenhorst, Wilhelmshaven und Oldenburg, Landkreise Ammerland, Oldenburg, Leer, Friesland, Wittmund, Wilhelmshaven)
 - Kunde ist jünger als 62 Jahre
 - Der voraussichtliche Beginn der MMS sollte nicht nach der 12. AU-Wochen sein, da dann die Chronifizierung bereits beginnt → Orientierung am

Zeitstrahl



- Gibt es noch einen Termin für einen Diagnostiktag **im selben Monat**?
 - Wenn nein, wann könnte dann der nächste Diagnostiktag sein und wann könnte die nächste MMS beginnen?
- Link zum iKalender:** [REDACTED]

Im EBRG:

- Der Rückenschmerz (HD M50-54!)** ist die vordergründige Diagnose
- Der Versicherte hat keine anderen Diagnosen/ Beschwerden, die eine Teilnahme ausschließen (z.B. Depression, Brüche, Schwangerschaft)
- Der Versicherte kann aktiv an der MMS teilnehmen

- Der Versicherte ist sich der Dauer (4 Wochen), der Intensität (täglich) und der verbindlichen Teilnahme bewusst
- Aufklärung über die Einwilligungs- und Teilnahmeerklärung und bei Teilnahmewunsch Einholen der Unterschrift
- Bei Teilnahmewunsch: Den Versicherten über die pseudonymisierte Patientenbefragung (3-seitiger Fragebogen) am ersten Tage der MMS, am letzten Tag der MMS und nach 12 Monaten informieren
- Versicherten darauf hinweisen, dass die Entscheidung, ob eine MMS empfohlen wird, im Reha-Zentrum getroffen wird und nicht bei der AOK liegt
- Termin anbieten (im iKalender nachschauen)
- Dem Versicherten den Termin (z.B. auf dem Post-it) notieren und gemeinsam mit dem Flyer und dem Datenschutzmerkblatt aushändigen.
- Verbindlichen Beratungstermin mit dem Versicherten vereinbaren (Assessment hat stattgefunden, Ergebnis, etc.) und auf WV legen

Nach dem EBRG:

- Hinweis auf Teilnahme an MMS bzw. Assessment im Fallmanagement erfassen oder ggf. Anlage eines MMS-Moduls“ empfehlenswert
- Erfassung des Termins im iKalender (freien Termin wählen, zuständigen KB KG erfassen)
- Wenn keine MMS in Frage kommt oder aber vom Versicherten abgelehnt wird
→ Erfassung

Übermittlung der TE/EWE bzw. Kündigung an UB VM

1. Übermittlung der TE/EWE per Fax an [REDACTED] (Teampostfach „MMS-RFP“) und
2. Originale an [REDACTED]
3. Wenn der Versicherte die TE/EWE direkt an die AOKN (KB KG) schickt:
 - a. KB KG vereinbart Termin für Diagnostiktag mit Versicherten
 - b. KB KG übermittelt TE an UB VM
4. Falls KÜ/WID beim KB KG eingeht – weiterleiten an UB VM, dort wird die Teilnahme unter MC-Tarife/Versorgungsprogramme beendet

Selbstüberprüfung

1. Auf der Teamsite wird wöchentlich eine QS-Liste hochgeladen.
2. Enthalten sind Fälle,
 - a. die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen,
 - b. bei denen vor 14 Tagen ein EBRG stattgefunden hat,
 - c. bei denen die HD M50-54 erfasst wurde,
 - d. bei denen keine Teilnahme in Oscare erfasst wurde und
 - e. bei denen kein PK-Merkmal erfasst wurde.
3. Die Liste dient zur Reflektion, da diese Fälle trotz zutreffenden Ein- und Ausschlusskriterien ggf. nicht auf eine MMS-Teilnahme angesprochen wurden.
4. Erfassung des entsprechenden Grundes in der Exceltabelle
5. Ggf. nachträgliche Erfassung des PK-Merkmals
6. Ggf. kann es sinnvoll sein, die Fälle nicht mit einem PK-Merkmal auszuschließen und innerhalb der nächsten Wochen weiterhin in den Exceltabellen aufführen zu lassen, weil sie weiterhin beobachtet und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt angesprochen werden sollen (Achtung: nicht länger als bis zur 12. AU-Woche warten).



Arztinformation
zur Multimodalen Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe (MMS-RFP)
bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen
im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V
für Versicherte der AOK Niedersachsen

Bei etwa 10% der Kreuzschmerz-Patienten kommt es zu einer Chronifizierung, die im Weiteren 90% aller Kosten verursacht. Um diese Zahl zu reduzieren, ist die Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017 bereits in der 2. Auflage erschienen. Sie fordert eine interdisziplinäre Diagnostik (Assessment) und ggf. eine daraus resultierende multimodale interdisziplinäre Therapie bereits nach der 6. AU-Woche. Ein solches Vorgehen ist in der ambulanten Regelversorgung nicht möglich. Auf diesen Erkenntnissen basiert das Modellprojekt MMS-RFP.

Wo setzt das Innovationsfondsprojekt Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen an?

Die **MultiModale Schmerztherapie mit RückFallProphylaxe (MMS-RFP)** ist ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt, das ab dem 01.07.2019 im Einzugsgebiet des Reha-Zentrums am Meer Bad Zwischenahn umgesetzt wird. Die Diagnostik und die Behandlung werden vom Reha-Zentrum ganztägig ambulant durchgeführt. An einem vierstündigen interdisziplinären Diagnostiktag werden orthopädische, psychologische, physio- und ergotherapeutische Anamnesen und Befunde erhoben. Die daraus resultierende Therapieempfehlung erhalten Sie als behandelnder Arzt direkt vom Reha-Zentrum. Sollte die Teilnahme an der MMS-RFP empfohlen werden und der Patient diesen Vorschlag annehmen, wird er anschließend vier Wochen lang, je nach Schweregrad an jeweils vier oder fünf Werktagen, durch ein intensives Behandlungsprogramm geführt. Bei allen Teilnehmern wird bereits während der vierwöchigen MMS-Phase auf eine eigenständige, sportlich-aktive und damit rückengesunde Lebensführung hingewirkt.

Nach dem Zufallsprinzip (randomisierte Studie) kann im Anschluss an die MMS eine 12-monatige Rückfallprophylaxe stattfinden. Dazu werden die Patienten am Ende der MMS in drei Intensitätsstufen eingeteilt und anschließend mit verschiedenen Instrumenten unterschiedlich intensiv begleitet. Dazu gehören u.a. ein festgelegtes Trainingsprogramm, regelmäßige Rückmeldungen zu Therapeuten, Psychologen und Ärzten des Reha-Zentrums, das Führen eines Bewegungsbuches mit APP-Unterstützung sowie zwei bis vier weitere Auffrischungstermine im Reha-Zentrum.

Ziel der MMS-RFP ist es, eine Arbeitsfähigkeit der Patienten unmittelbar nach der vierwöchigen MMS-Phase wieder herzustellen und anschließend aufrecht zu erhalten.

Was ist für Sie als Behandler wichtig?

- Die Teilnahme an der MMS findet ganztägig statt.
- Entsprechend der BMV-Ä-Bescheinigung und der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien obliegt die Beurteilung über die Notwendigkeit und Dauer einer Arbeitsunfähigkeit bei Ihnen, dem behandelnden Arzt.
- Sofern eine **Arbeitsunfähigkeit von 4 Wochen notwendig ist und von Ihnen bescheinigt wird**, kann die Teilnahme an der ganztägigen MMS erfolgen.
- Eine ausführliche Aufklärung der Patienten über die Möglichkeit einer Teilnahme an der MMS-RFP erfolgt durch die AOK Niedersachsen.
- Sie erhalten bei allen Patienten nach dem Diagnostiktag den Befundbericht vom Reha-Zentrum als zusätzliche Information für Ihre Weiterbehandlung.

Welche Einschlusskriterien müssen für eine Teilnahme an der MMS vorliegen?

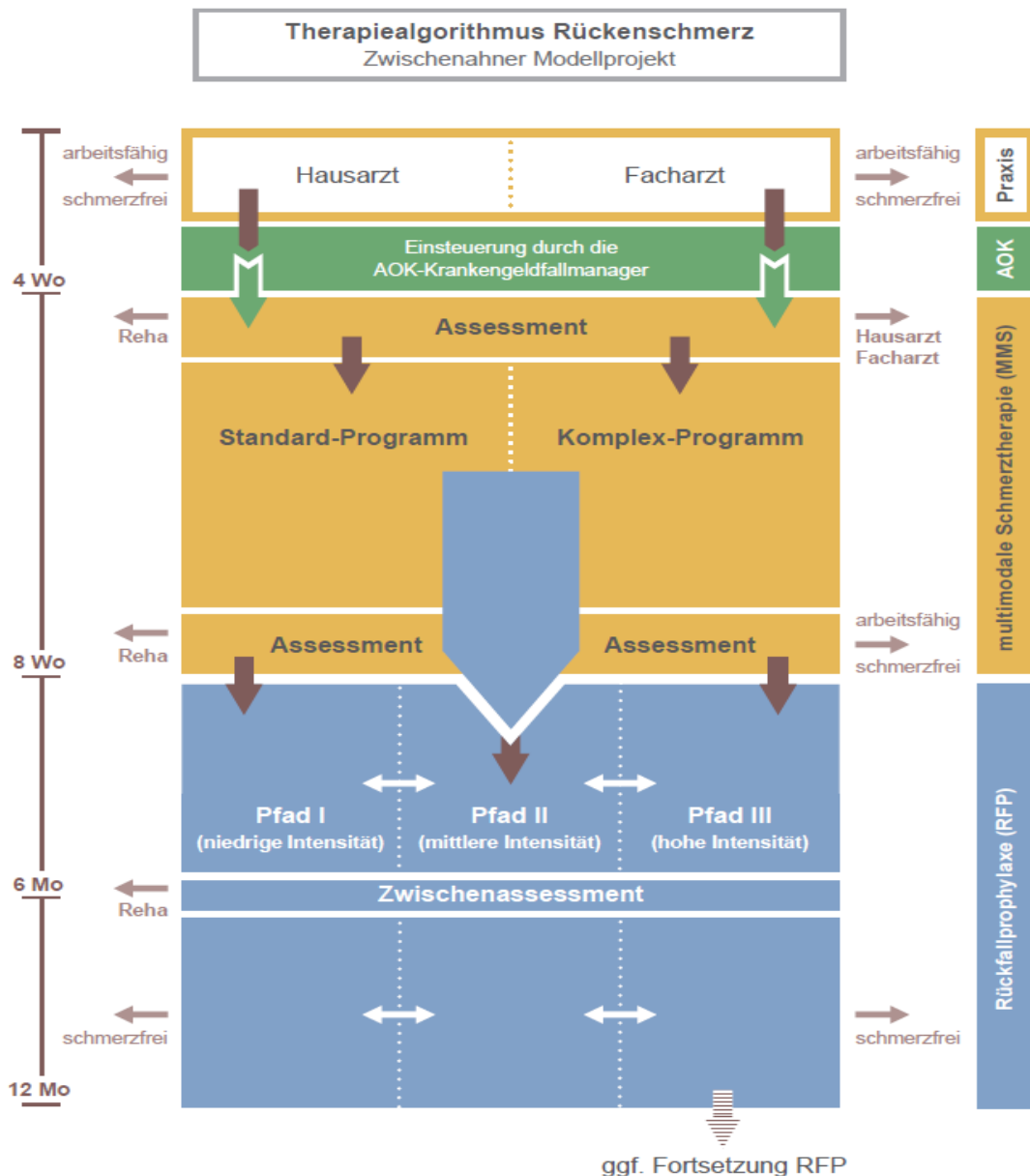
- Krankengeldberechtigte Mitglieder der AOK Niedersachsen, die aufgrund der Diagnose ICD M50-M54 mehr als drei Wochen arbeitsunfähig sind und bei denen eine baldige Arbeitsfähigkeit nicht erkennbar ist und
- die im Einzugsbereich des Reha-Zentrums am Meer Bad Zwischenahn (kreisfreie Städte Emden, Delmenhorst, Wilhelmshaven und Oldenburg, Landkreise Ammerland, Oldenburg, Leer, Friesland, Wittmund, Wilhelmshaven) wohnen.

Welche Vorteile bietet die Teilnahme an der Besonderen Versorgung?

- Die für eine Chronifizierung von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen hauptsächlich verantwortlichen psychosozialen Faktoren können in einem interdisziplinären Assessment durch Screening-Methoden und Psychologen abgeklärt und damit anschließend gezielt behandelt werden.
- Die evidenzbasierte Therapie von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen besteht aus umfassender Aufklärung, intensiver Trainingstherapie und Verhaltenstherapie – alles an einem Ort sowie zeitlich und fachlich koordiniert. Diese drei Säulen werden in der MMS durch Orthopäden, Physio- und Sporttherapeuten und Psychologen abgedeckt.
- Da nicht-spezifische Kreuzschmerzen häufig rezidivieren, muss eine Sekundärprophylaxe in Form einer zu den Patienten passenden sportlichen Aktivität erfolgen, um auf Dauer die Arbeitsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Die Motivation und Volition zu solch einer in den Lebensstil integrierten sportlichen Aktivität erfolgt während der MMS über ein erprobtes psychologisches Programm (MoVo LisA)
- Das Angebot eines interdisziplinären Assessments und ggf. einer anschließenden MMS-RFP entspricht der inzwischen etablierten Einholung einer Zweitmeinung vor

operativen Eingriffen und könnte somit zukünftig für den konservativen Sektor als Parallele dazu angesehen werden.

- Sollte nach dem Diagnostiktag eine beruflich oder medizinisch begründete Reha-Maßnahme empfohlen werden, kann der anschließend erstellte Befundbericht des Reha-Zentrums im Rahmen der Antragsstellung für die Reha verwendet werden.



Weitere Kooperationspartner:

- Institut für Epidemiologie der Medizinische Hochschule Hannover
- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg Bremen
- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover
- Deutsche Rentenversicherung Bund

Ihre Ansprechpartner:

- Ihr Arztpartnerberater der AOK-Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- Reha-Zentrum am Meer:
Dr. Werner Runde / Dr. Georg Zechel
ambulante-reha@rehazentrum-am-meer.de

Volkskrankheit Rückenschmerz

Wer kennt sie nicht? Rückenschmerzen gehören in Deutschland zu den häufigsten Beschwerden. Ungefähr 11 Prozent aller Erwachsenen leiden unter mittel- und schwergradigen Schmerzen mit starken Beeinträchtigungen. Mit Hilfe der üblichen Therapien werden viele Patienten häufig nur kurzfristig von ihren Schmerzen befreit.

Die Partner

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Reha-Zentrum am Meer in Bad Zwischenahn



Kooperationspartner

Medizinische Hochschule Hannover
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Deutsche Rentenversicherung Bund

Gefördert durch

Innovationsausschuss des Gemeinsamen
Bundesausschusses

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Hildesheimer Straße 273
30519 Hannover
Telefon: 0511 8701-0
Telefax: 0511 8701-15989
E-Mail: aok.niedersachsen@nds.aok.de
Internet: aok.de

Ganz nah mit 121 Standorten
Mehr Informationen erhalten Sie auch auf aok.de



Rückenschmerzen ade

Endlich schmerzfrei: Multimodale
Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe

Wir möchten Sie unterstützen

Deshalb bietet die AOK Niedersachsen eine auf die persönlichen Bedürfnisse zugeschnittene Behandlung an: die Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe.

Das heißt: Ihre Rückenschmerzen werden individuell und ganzheitlich von einem erfahrenen Expertenteam analysiert und bei medizinischer Notwendigkeit behandelt. Auch nach der aktiven Therapie werden Sie engmaschig weiter betreut.

Das Ziel: Alle an der Behandlung Beteiligten wollen mit Ihnen gemeinsam erreichen, dass sich Ihre Rückenprobleme dauerhaft nicht verschlimmern und Ihre Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt wird.

Wie verläuft die Behandlung?

Die Multimodale Schmerztherapie vereint verschiedene Therapie-Ansätze und wird vom Reha-Zentrum am Meer im Kurort Bad Zwischenahn ambulant durchgeführt.

Die Therapie dauert vier Wochen und findet je nach Schweregrad der Beschwerden an jeweils vier oder fünf Werktagen statt. Während der Therapie wird auf eine eigenständige, sportlich-aktive und damit rückengesunde Lebensführung hingewirkt.



Welche Vorteile bietet Ihnen die Teilnahme?

- **Individueller Behandlungsplan**
Sie erhalten im Reha-Zentrum eine ganzheitliche Behandlung, die speziell **auf Ihre Bedürfnisse angepasst** ist. Hierfür werden u.a. Gruppen- und Einzeltherapie-Elemente sinnvoll kombiniert.
- **Persönliche Betreuung**
Während der Multimodalen Schmerztherapie haben Sie **einen Ansprechpartner**, der Ihre medizinischen und therapeutischen Fragen beantwortet und Sie die ganze Zeit begleitet.
- **Wir helfen Ihnen, am Ball zu bleiben**
Unsere Teilnehmer werden nach der vierwöchigen Behandlung nicht sich selbst überlassen, sondern erhalten nach Bedarf einen **individuellen Nachbehandlungsplan für zu Hause**, die sogenannte Rückfallprophylaxe.
- **Gesunder Lebensstil – gar nicht so schwer**
Nur eine grundlegende Lebensstiländerung kann langfristige Schmerzfreiheit ermöglichen. Wie das geht? Von uns erhalten Sie den richtigen Fahrplan.
- **Wir haben auch Ihre Finanzen im Blick**
Während der Multimodalen Schmerztherapie erhalten Sie weiterhin entsprechend der gesetzlichen Regelungen **Krankengeld**. Außerdem erstatten wir Ihnen die Fahrkosten für den Hin- und Rückweg nach Bad Zwischenahn.

Wer kann mitmachen?

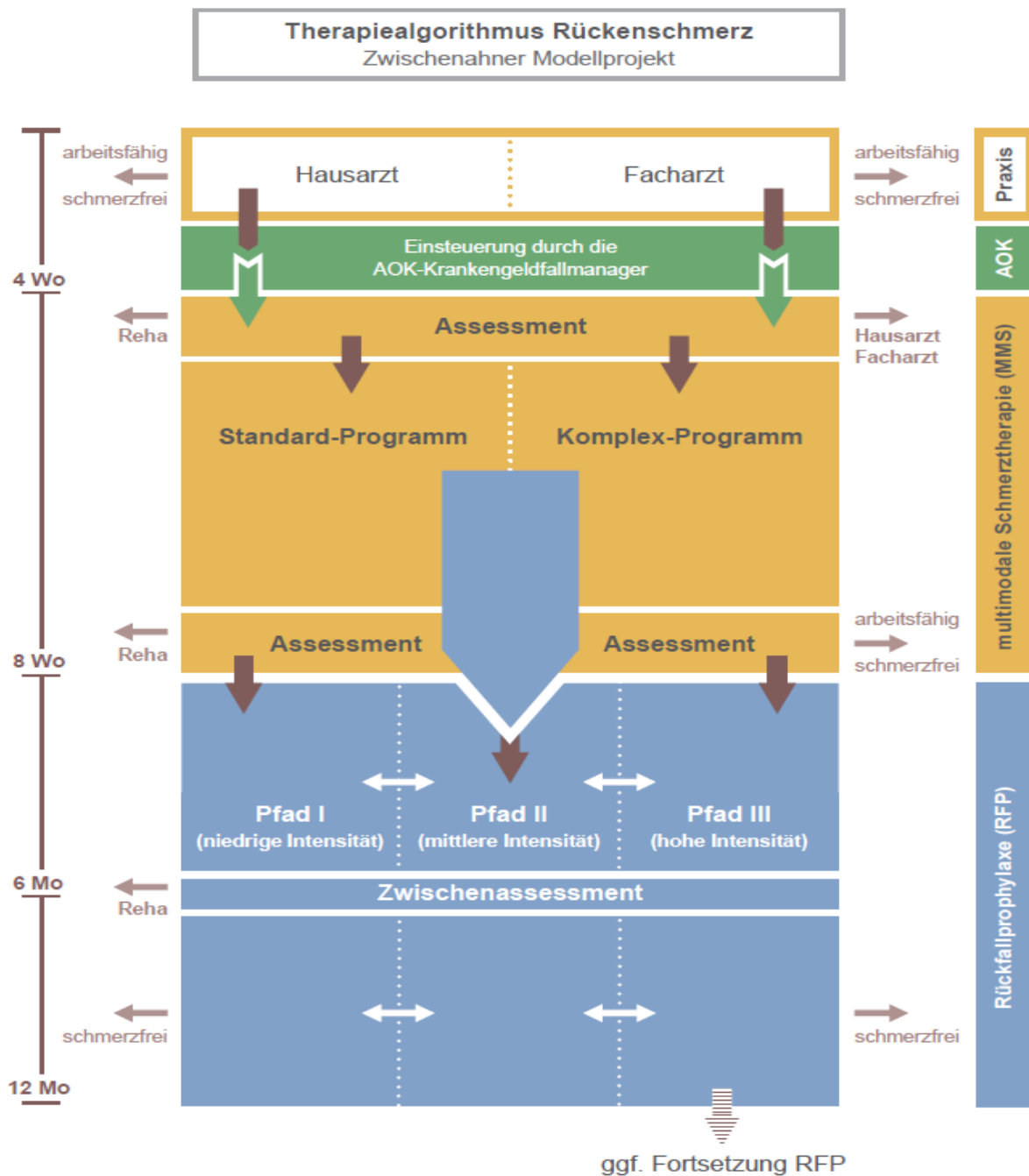
Es müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein, um an der Multimodalen Schmerztherapie teilnehmen zu können:

- Sie erhalten Krankengeld von der AOK Niedersachsen oder werden voraussichtlich Krankengeld erhalten.
- Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt wegen Ihres Rückenleidens krankgeschrieben.
- Es besteht auch weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit.
- Sie wohnen im Einzugsbereich des Reha-Zentrums Bad Zwischenahn. Dazu gehören die kreisfreien Städte Emden, Delmenhorst, Wilhelmshaven und Oldenburg sowie die Landkreise Ammerland, Oldenburg, Leer, Friesland, Wittmund und Wilhelmshaven.



Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig.

Anlage 5: Therapiealgorithmus



Weitere Kooperationspartner:

- Institut für Epidemiologie der Medizinische Hochschule Hannover
- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg Bremen
- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover
- Deutsche Rentenversicherung Bund

Ihre Ansprechpartner:

- Ihr Arztpartnerberater der AOK- Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- Reha-Zentrum am Meer: Dr. Werner Runde / Dr. Georg Zechel
ambulante-reha@rehazentrum-am-meer.de

FAQ für mögliche Fragen der Versicherten

für das Innovationsfondprojekt Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe

1. Was ist MMS-RFP?

Die AOK Niedersachsen hat mit dem Reha-Zentrum am Meer in Bad Zwischenahn einen Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über eine Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe im Rahmen des Innovationsfonds nach § 92a Abs. 1 SGB V geschlossen. Das Projekt richtet sich an Versicherte der AOK Niedersachsen, die aufgrund des Krankheitsbildes Rückenschmerz arbeitsunfähig sind und im Einzugsgebiet des Reha-Zentrums in Bad Zwischenahn wohnen. Die Einschreibung erfolgt beim zuständigen Kundenberater Krankengeld der AOK Niedersachsen.

2. Was erwartet mich in diesem Projekt?

Die MMS wird vom Reha-Zentrum am Meer ambulant durchgeführt. Sie dauert vier Wochen, in denen die Behandlung je nach Schweregrad der Erkrankung an jeweils vier oder fünf Werktagen stattfindet. Bereits während der Therapie werden Sie auf eine individuelle und eigenständige, sportlich-aktive und damit rückengesunde Lebensführung vorbereitet.

3. Wo findet die Behandlung statt?

Die Behandlung findet im Reha-Zentrum am Meer in Bad Zwischenahn statt.

4. Für wen ist die MMS-RFP geeignet?

Die MMS ist für Patienten geeignet, die seit mindestens 21 Tagen aufgrund der Diagnose M50-M54 krankgeschrieben sind, bei denen also noch kein chronischer Rückenschmerz eingetreten ist, die jedoch absehbar längerfristig arbeitsunfähig sein werden.

5. Was verstehe ich unter einem Diagnostiktag?

Am Diagnostiktag wird eine Anamnese aus verschiedenen Blickwinkeln anhand von Orthopäden, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten durchgeführt. Die für eine Chronifizierung von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen mitverantwortlichen psychosozialen Faktoren können in einem interdisziplinären Assessment durch Screening-Methoden und Psychologen abgeklärt und damit anschließend gezielt behandelt werden.

6. Was muss ich zum Assessment mitbringen?

Bitte bringen Sie alle in Ihrem Besitz befindlichen medizinischen Unterlagen mit, insbesondere Röntgenbilder/CD's.

7. Wie lange dauert die MMS?

Die Multimodale Schmerztherapie dauert 4 Wochen und findet in diesem Zeitraum jeden Tag von Montag bis Freitag statt.

8. Wie groß ist die Trainingsgruppe?

Es sind bis zu 8 Personen in einer Trainingsgruppe.

9. Wer sind meine Ansprechpartner im Reha-Zentrum am Meer?

Ihre Ansprechpartner sind Dr. Werner Runde und Dr. Georg Zechel.

10. Was genau ist mit der Rückfallprophylaxe gemeint?

Je nach Einzelfall kann im Anschluss an die MMS eine 12-monatige Rückfallprophylaxe stattfinden. Dazu werden die Patienten in drei Intensitätsstufen eingeteilt. Sie erhalten vom Reha-Zentrum eigens für Sie entworfenen Übungen, die Sie im Anschluss an der MMS zuhause anhand einer APP durchführen.

11. Sind meine Daten sicher?

Ihre Daten sind in höchstem Maße geschützt und keinen anderen Personen, Behörden oder staatlichen Stellen zugänglich. Die über Sie gespeicherten Daten werden für die Qualitätssicherung und für die externe wissenschaftliche Begleitung pseudonymisiert.

Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Alle am Vertrag Beteiligten behandeln Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und –verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67 a, b, c und d SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen überwacht.

12. Übernimmt die AOK Niedersachsen meine Fahrkosten?

Die AOKN übernimmt Ihre Fahrkosten bei den öffentlichen Verkehrsmitteln in vollem Umfang. Sollten Sie mit einem Privat-PKW kommen, werden pro Kilometer 30 Cent übernommen.

13. An wen wende ich mich, wenn ich noch Fragen zu den Behandlungsinhalten habe?

Sollten Sie während der MMS Fragen zu den Behandlungsinhalten haben, stehen Ihnen im Reha-Zentrum Ihre persönlichen Ansprechpartner zur Seite.

14. Erhalte ich weiterhin Krankengeld?

Während der MMS erhalten Sie weiterhin Ihr Krankengeld.

15. Wann erhalte ich den Zugang zur APP?

Soll bei Ihnen eine Rückfallprophylaxe (RFP) durchgeführt werden, erhalten Sie im Reha-Zentrum den Zugang zur APP. Gemeinsam mit Ihren behandelnden Therapeuten im Reha-Zentrum melden Sie sich bei der App an und wählen die für Sie individuell geeigneten Übungen aus.

16. Ist die Wirksamkeit der MMS-RFP garantiert?

Bei der MMS-RFP handelt es sich um eine neuartige Behandlungsmethode, die bisher kein Bestandteil der Regelversorgung ist. Da es sich um ein Projekt handelt, wird im Anschluss eine Evaluation durchgeführt, um die Wirksamkeit zu belegen. Dafür ist es besonders wichtig, dass Sie die Fragebögen, die Sie zu drei

verschiedenen Zeitpunkten von uns erhalten, ausfüllen und mit dem beiliegenden Freiumschlag an die MHH zurückschicken.

17. Was ist das Besondere an diesem Projekt?

Das Besondere an dem Projekt ist, dass die Chronifizierung frühzeitig verhindert werden soll, indem die Patienten bereits nach einer kurzen Arbeitsunfähigkeit an einer vierwöchigen MMS teilnehmen können. An die Therapie schließt sich nahtlos eine zwölfmonatige Rückfallprophylaxe an, um den Patienten den Übergang in den Alltag zu erleichtern und drohende Rückfälle frühzeitig erkennen und verhindern zu können.

18. Muss ich meinen MRT Termin absagen?

Der MRT Termin muss nicht abgesagt werden. Sollte der Termin während der MMS stattfinden, wird Ihnen nach Absprache mit der Rehaklinik die Möglichkeit gegeben, den Termin wahrzunehmen.

19. Muss ich vor dem Diagnostiktag noch einen MRT-Termin vereinbaren?

Es muss kein MRT-Termin vereinbart werden. Sollte sich während des Diagnostiktags herausstellen, dass ein MRT-Termin aus medizinischen Gründen notwendig und sinnvoll ist, wird Ihnen das durch die Rehaklinik mitgeteilt. Erst dann ist ein MRT-Termin notwendig.

20. Welche Informationen erhalte ich aus dem Befundbericht (BB Ersatz für Arztbrief)?

Sie erhalten einen ausführlichen Befundbericht zu Ihrer Anamnese, Ihrem Befund und eine Therapieempfehlung. Eine kurze Version mit Informationen zur ergotherapeutischen Arbeitsanamnese, sowie zur Ihrer Diagnose und der Therapieempfehlung erhalten Ihr behandelnder Arzt und die AOKN (zuständiger Kundenberater Krankengeld), um Sie bedarfsgerecht zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit bzw. zu weiteren Leistungen wie Krankengeld oder Rehamaßnahmen beraten zu können. Sie können selbst entscheiden, ob Sie den ausführlichen Bericht an Ihren Arzt oder die AOKN weitergeben möchten.

21. Wie wird mein Arzt eingebunden?

Mit dem kurzen Befundbericht erhält Ihr behandelnder Arzt die Information, welche Behandlungsmaßnahme für Sie empfohlen wird. Sollte eine MMS für Sie in Frage kommen, prüft Ihr behandelnder Arzt, ob Sie für die Dauer der Behandlung 4 Wochen krankschreiben werden können. Im Anschluss erhalten Sie und Ihr Arzt einen Abschlussbericht.

22. Was muss ich beachten, wenn ich während der Teilnahme akut krank werde?

Sollten Sie während der 4-wöchigen MMS akut erkranken, muss die Rehaklinik umgehend informiert werden. Je nach Dauer und Schwere der Erkrankung wird dann gemeinsam mit Ihnen entschieden, ob eine Fortführung der Teilnahme sinnvoll und möglich ist.

23. Was ist, wenn ich feststelle, dass ich doch keine Lust zu dem Programm habe?

Sie können Ihre Teilnahme an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (Brief, Fax, Email) oder zur

Niederschrift bei der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Sollte etwas Wichtiges in Ihrem privaten Umfeld Ihre Teilnahme verhindern oder verzögern, dann sprechen Sie in jedem Fall mit Ihrem Ansprechpartner im Reha-Zentrum. Nach Ablauf der zwei Wochen können Sie Ihre Teilnahme ausschließlich schriftlich oder zur Niederschrift unter Angabe eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Vertrauensverhältnis) gegenüber der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen kündigen.

Andernfalls gehen Sie mit der Teilnahme eine Vereinbarung ein, in der auch Sie versichern, aktiv an der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes zu arbeiten.

24. Muss ich während der Laufzeit des Projekts meine Arbeitsunfähigkeit nachweisen?

Da die MMS ganztätig von Montag bis Freitag stattfinden wird, ist es zwingend erforderlich, dass Sie für diese 4 Wochen von Ihrem behandelnden Arzt krankgeschrieben werden. Natürlich unter der Voraussetzung, dass auch eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und nicht in absehbarer Zeit eine Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden kann.

25. Ist das Programm kostenlos für mich?

Das Programm ist für Sie kostenlos.

26. Was ist das Ziel dieses Projektes?

Ziel ist es, Sie im Umgang mit dem Rückenschmerz zu unterstützen und Ihre Arbeitsfähigkeit im Anschluss an die 4-wöchige MMS wiederherzustellen.

FAQs zur Arztpartnerberatung

27. Warum steuert die AOK ein und nicht der behandelnde Arzt?

Die Kundenberater Krankengeld haben einen umfassenden und vielschichtigen Einblick in den Krankheitsverlauf der Patienten. Sowohl die Diagnostik bei den behandelnden Ärzten als auch psychotherapeutische oder physiotherapeutische Maßnahmen sind bekannt. Im Rahmen der Krankengeldberatung ist die AOKN verpflichtet, über die weiteren Schritte und die Möglichkeiten für den Patienten zu informieren und aufzuklären. Ein zusätzliches Angebot ist dann die MMS-RFP, die eine Bereitschaft der Patienten voraussetzt.

28. Warum sind Patienten mit den Einschlussdiagnosen M50-M54 (nach ICD-10) und nicht nur mit der Diagnose M54 geeignet?

Bei Rückenschmerzen handelt es sich um ein häufiges und vielschichtiges Krankheitsbild, dessen Ursache und Prognose zum Zeitpunkt der Erstdiagnose nicht immer sicher geklärt ist. Daher kann es sinnvoll sein, auch bei anderen Erkrankungen der Wirbelsäule eine erneute Diagnostik durchzuführen. Der unspezifische Rückenschmerz mit der M54 steht im Projekt allerdings im Vordergrund. Wichtig ist hierbei, dass die MMS-RFP frühzeitig begonnen werden soll, BEVOR eine Chronifizierung eingesetzt ist.

29. Warum können Patienten mit einer anderen Rückenschmerzdiagnose (z.B. F45 „Somatoforme Schmerzstörung“) nicht am Programm teilnehmen?

Das Programm ist auf Patienten mit dem unspezifischen Rückenschmerz zugeschnitten. Andere Krankheitsbilder bedürfen einer Therapie mit anderen Schwerpunkten.

30. Muss der Patient bis zur Entscheidung, ob eine MMS empfohlen wird, krankgeschrieben werden, auch wenn zwischenzeitlich eine Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde?

Eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit bis zum Diagnostiktag ist keine Voraussetzung für die Teilnahme am Programm. Am Diagnostiktag wird entschieden, ob die MMS-RFP für den Patienten geeignet ist. Wenn zwischen dem 21. AU-Tag und dem Diagnostiktag eine Arbeitsfähigkeit seitens des behandelnden Arztes bescheinigt wird, ist davon auszugehen, dass die MMS für den Patienten nicht geeignet sind. Somit wäre der Diagnostiktag hinfällig.

Am Programm sollen nur diejenigen teilnehmen, die voraussichtlich eine lange AU erwarten und bei denen diese medizinisch notwendig ist.

Eine unnötige Erhöhung von Lohnkosten beim Arbeitgeber ist deshalb nicht zu erwarten, weil die AU nur nach medizinischer Notwendigkeit ausgestellt werden soll.

31. Können die Ärzte Schwierigkeiten mit der KVN bekommen, wenn sie die Arbeitsunfähigkeit für 4 Wochen bescheinigen?

Eine Vorgabe, für wie lange eine AU vom Arzt auszustellen ist, gibt es nicht. Die KVN erteilt hier keine Vorgaben und führt keine Prüfungen durch. Die Entscheidung, ob eine AU für vier Wochen im Voraus bescheinigt werden kann, obliegt dem Arzt.

32. Kann ich auch nach der MMS eine Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen oder bin ich dann für 4 Jahre gesperrt?

Ja, eine Rehabilitationsmaßnahme kann auch nach der MMS-RFP beantragt werden. Die MMS-RFP ist im Rahmen der Besonderen Versorgung eine zusätzliche Leistung, die den Patienten im individuellen Fall angeboten wird, um eine Arbeitsfähigkeit bereits nach der vierwöchigen MMS wiederherzustellen. Sollte sich dabei herausstellen, dass eine Reha die geeignetere Maßnahme ist, kann diese selbstverständlich beantragt werden.

Der Befundbericht aus dem Diagnostiktag ersetzt dabei sogar den Arztbericht im Rahmen des Rehaantrages.

Interviewleitfaden Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen , Ergotherapeut*innen

| Einleitung (5 Minuten) | |
|---|--|
| Vorstellung der Wissenschaftler und Nennung des Ziels | <p>Als Evaluationsbeauftragte des Innovationsfondprojekts Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe möchten wir Sie heute zu Ihren Erfahrungen und Ihrer Zufriedenheit mit der MMS und darauffolgenden RFP befragen.</p> <p>Als unabhängiges Institut untersuchen wir die Erfahrungen und Zufriedenheit der beteiligten Parteien mit dem Programm und wie es verbessert werden könnte.</p> <p>Das Ziel ist, von Ihnen als beteiligte/r Ärzt*in bzw. von Ihnen als Physiotherapeut*in/Ergotherapeut*in in Erfahrung zu bringen, wie die MMS bei Ihnen abläuft und welche Hürden sowie Barrieren es gibt bzw. gab. Zudem möchten wir Aspekte identifizieren, die Sie an dem Programm MMS-RFP positiv und negativ finden.</p> <p>Das Interview wird zu dem angegebenen wissenschaftlichen Zweck aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Die gewonnenen Daten werden anonymisiert. Sie haben jederzeit die Möglichkeit aus dem Interview auszusteigen und betreffende Daten löschen zu lassen. Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.</p> |
| Einwilligung in die Tonaufnahme | <p>Nun würden wir gerne mit dem Interview und damit auch mit der Tonaufnahme starten.</p> <p>Haben Sie noch Rückfragen zu dem Interview oder Bedenken?</p> <p>Bevor wir beginnen benötigen wir Ihr Einverständnis zur Teilnahme. An dieser Stelle bitten wir Sie um Ihr mündliches Einverständnis.</p> |
| Fragenblock I: Einstiegsfragen und (medizinische) Versorgung Rückenschmerzpatient*innen allgemein (5 Minuten) | |
| Eisbrecherfrage | <p>Zunächst würde ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen und kurz zu Ihrer Aufgabe innerhalb des Reha-Zentrums bzw. Ihre Aufgabe im Projekt zu berichten.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Stellenbezeichnung innerhalb des Reha-Zentrums |
| MMS allgemein | <p>Zu Beginn möchten wir mit Ihnen über die Multimodale Schmerztherapie im Allgemeinen sprechen.</p> |

- Welche Relevanz hatten Patient*innen mit chronifizierenden Rückenschmerzen in Ihrem ärztlichen bzw. physiotherapeutischen/ergotherapeutischen Alltag (vor dem MMS-RFP Projekt)?
- Was sind die Schwierigkeiten, die Sie generell bei Patient*innen mit chronifizierenden Rückenschmerzen sehen? (*In der Behandlung, Bei Pat. an sich*)
- Wie könnten diese Schwierigkeiten behoben/umgangen werden? Wie sähe die ideale Unterstützung für Rückenschmerzpatient*innen und ihre Behandler*innen (Behandlungsteam) aus Ihrer Sicht aus?

Fragenblock II: Motivation und Erwartungen (5 Minuten)

Motivation und Gründe für die Teilnahme

Nur für Ärzte (Projektinitiatoren):

Was waren die Gründe für Ihre Teilnahme bzw. Initiierung von MMS-RFP?

Mögliche Nachfragen:

- Welche Gründe haben dafürgesprochen?
- Gab es einen ausschlaggebenden Grund?
- Welche Zweifel gab es?
- Welche Rolle hatten die verschiedenen Berufsgruppen bei Konzeptentwicklung?

Erwartungen

Welche Erwartungen hatten Sie im Vorfeld an das Innovationsfondsprojekt MMS-RFP?

Mögliche Nachfragen:

- Aus Sicht der jeweiligen Tätigkeit
- Unterschiede physiotherapeutische vs. ärztliche Versorgung

Fragenblock III: Erfahrungen (10 Minuten)

Einststeuerung in das Programm/Programmstart

Nun möchten wir mit Ihnen über den Start des Programms sprechen. Welche Erfahrungen haben Sie in der Anfangszeit gesammelt?

Mögliche Nachfragen:

- Wie lief die Einststeuerung der Teilnehmenden ab? (Sowohl ins AC als auch in die MMS?) Hat alles problemlos geklappt oder gab es Schwierigkeiten?
- Wie ging es dann weiter?
- Gab es Schwierigkeiten vor dem/beim Programmstart?
- Waren die Patient*innen bereits über das Programm aufgeklärt?
- Woran lag es, dass es eine höhere Aquisesequote (AC-Quote) erreicht wurde, als ursprünglich angenommen?

Ablauf diagnostisches Assessment

Wie lief der Prozess des diagnostischen Assessments ab?

Mögliche Nachfragen:

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Waren die zuvor formulierten diagnostischen Ein- und Ausschlusskriterien praxistauglich? • Gab es (weitere) Faktoren, die Sie daran gehindert haben, Patient*innen in die MMS einzusteuern? • Was hätte es Ihnen erleichtert, Patient*innen in die MMS einzusteuern? |
| <p>Einzelne Module MMS bzw. RFP</p> | <p>Für wie sinnvoll halten Sie die einzelnen Module der MMS und der RFP zur Unterstützung der Rückenschmerzpatient*innen, um wieder in den (Berufs-)alltag zurückzukehren?</p> <p><i>Module (Ärzte + Physio + Ergotherapeut)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungstagebuch • MTT • App • Telefonsprechstunde (bzw. Kommunikation mit Patient*innen über App und/oder E-Mail) • Auffrischungseinheiten in der Reha-Klinik <p>Fallen Ihnen noch weitere Programmbestandteile ein, die bisher nicht genannt wurden?</p> <p>Wie beurteilen Sie die einzelnen Module hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Praxisalltag aus Ihrer Sicht als Behandler?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Schwierigkeiten sehen Sie? • Würden Sie die Module so beibehalten? |
| <p>Vorteile/Nachteile</p> | <p>Welche Vorteile und Nachteile hat MMS-RFP aus Ihrer Sicht gegenüber der üblichen Behandlung von Rückenschmerzpatient*innen in Ihrer Klinik?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anderes Leistungsspektrum? • Aus medizinischer/physio/ergotherapeutischer Perspektive • Was hat MMS Neues gebracht? |
| <p>Motivation</p> | <p>Wie verhielt es sich mit der Motivation der Patient*innen, die in das Programm eingesteuert wurden? Waren die Patient*innen grundsätzlich interessiert und motiviert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • vor/nach COVID? |
| <p>Ablauf</p> | <p>Wie lief die Abstimmung und Zusammenarbeit im Team untereinander ab?</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gab es regelmäßige Treffen? Feste Termine etc. |
| Veränderungen | Was hat sich aufgrund der COVID-19-Pandemie in Bezug auf die Umsetzung der MMS und der RFP verändert? |
| Fragenblock IV: Aufwand (5 Minuten) | |
| Aufwand | <p>Wie beurteilen Sie den Zeitaufwand für die</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Durchführung des diagnostischen Assessments? b) MMS c) RFP <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwand über andere Tätigkeiten hinaus • ... |
| Aufwand Erwartung | <p>War die...</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Durchführung des diagnostischen Assessments? b) MMS c) RFP <p>...für Sie aufwändiger oder weniger aufwändig als erwartet?</p> |
| Fragenblock V: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge (15 Minuten) | |
| Erwartungen MMS | <p>Hat die MMS Ihre Erwartungen erfüllt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat es Ihren Patient*innen mehr oder weniger geholfen als erwartet? • Stand für die Patient*innen ausreichend Zeit zur Verfügung? • Hätten aus Ihrer Sicht bestimmte Patient*innen mehr Angebote in Anspruch nehmen müssen als sie wollten? • War die MMS in dieser Form für die Patient*innen alltagstauglich? |
| Erwartungen RFP | <p>Hat die Rückfallprophylaxe Ihre Erwartungen erfüllt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat es Ihren Patienten mehr oder weniger geholfen als erwartet? bzw. Wie schätzen Sie den Nutzen für die Patient*innen ein? • War die RFP in dieser Form für die Patient*innen alltagstauglich? |

| | |
|---|--|
| Hürden und Barrieren | Nun möchten wir von Ihnen darüber hinaus erfahren, was Sie am Programm (MMS und RFP) gut und weniger gut fanden. <u>Notierte Potentiale, Hürden und Barrieren nennen. (Falls etwas genannt wurde)</u> |
| Verbesserungsvorschläge | Nun haben Sie (viele/einige) hinderliche Aspekte an dem Programm genannt. Jetzt möchten wir gerne von Ihnen erfahren, was sich ändern müsste, um die zusammengetragenen Hürden zu überwinden? Nachfragen: <ul style="list-style-type: none">• Haben Sie weitere Ideen ...• Aspekt XY wurde noch gar nicht überdacht. Sehen Sie hier auch Möglichkeiten, wie sich das verbessern ließe?• Ist eine MMS und RFP aus Ihrer Sicht geeignet, um die Behandlung von Rückenschmerzpatient*innen zu verbessern? Wo sehen Sie noch weitere Potentiale des Programms aus Ihrer Sicht als Ärzt*in/Physiotherapeut*in/Ergotherapeut*in ? Was würden Sie an dem Programm anders machen, wenn Sie noch einmal von vorne beginnen würden? |
| Zufriedenheit | Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Programm MMS-RFP aus Ihrer Sicht als Ärzt*in/Physiotherapeut*in/Ergotherapeut*in ? Mögliche Nachfragen: <ul style="list-style-type: none">• Durchführung der Module• Programmbestandteile inhaltlich• Bürokratische Hürden etc. |
| Fragenblock VI: Abschluss (5-10 Minuten) | |
| Wir kommen nun zum Ende unseres heutigen Interviews. Gibt es etwas über das wir nicht gesprochen haben, das Ihnen aber wichtig ist? Haben Sie abschließend Fragen? An dieser Stelle möchten wir das Interview abschließen und danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Teilnahme. | |

Interviewleitfaden Psycholog*innen

| Einleitung (5 Minuten) | |
|---|--|
| Vorstellung der Wissenschaftler und Nennung des Ziels | <p>Als Evaluationsbeauftragte des Innovationsfondprojekts Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe möchten wir Sie heute zu Ihren Erfahrungen und Ihrer Zufriedenheit mit der MMS und darauffolgenden RFP befragen.</p> <p>Als unabhängiges Institut untersuchen wir die Erfahrungen und Zufriedenheit der beteiligten Parteien mit dem Programm und wie es aus Ihrer Sicht verbessert werden könnte.</p> <p>Das Ziel ist, von Ihnen als beteiligte*r Psycholog*in, in Erfahrung zu bringen, wie die MMS bei Ihnen abläuft und welche Hürden sowie Barrieren es gibt bzw. gab. Zudem möchten wir Aspekte identifizieren, die Sie an dem Programm MMS-RFP positiv und negativ finden.</p> <p>Das Interview wird zu dem angegebenen wissenschaftlichen Zweck aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Sie haben jederzeit die Möglichkeit aus dem Interview auszusteigen und betreffende Daten löschen zu lassen. Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.</p> |
| Einwilligung in die Tonaufnahme | <p>Nun würden wir gerne mit dem Interview und damit auch mit der Tonaufnahme starten.</p> <p>Haben Sie noch Rückfragen zu dem Interview oder Bedenken?</p> |
| Fragenblock I: Einstiegsfragen und (psychologische) Versorgung Rückenschmerzpatient*innen allgemein (5 Minuten) | |
| Eisbrecherfrage | <p>Zunächst würde ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen und kurz zu Ihrer Aufgabe innerhalb des Reha-Zentrums bzw. Ihre Aufgabe im Projekt zu berichten.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Stellenbezeichnung innerhalb des Reha-Zentrums |
| Psychologische Versorgung bei Rückenschmerzen | <p>Zu Beginn möchten wir mit Ihnen über den Bedarf psychologischer Versorgung von Rückenschmerzpatient*innen sprechen.</p> <ul style="list-style-type: none">- Welchen <i>psychologischen</i> Unterstützungsbedarf sehen Sie insbesondere bei Patient*innen mit Rückenbeschwerden?- Wie könnten diese Schwierigkeiten behoben/umgangen werden? Wie sähe die ideale Unterstützung |

| | |
|---|---|
| | für Rückenschmerzpatient*innen aus Ihrer <i>psychologischen Perspektive</i> aus? (aus Behandler-Sicht und aus Sicht der Patient*innen) |
| MMS allgemein | <p>Nun möchten wir mit Ihnen über die MMS-RFP im Allgemeinen sprechen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Relevanz hat das Programm (bzw. die MMS) für Rückenschmerzpatient*innen? - Ist eine MMS mit Rückfallprophylaxe aus Ihrer Sicht geeignet, um die Behandlung von Rückenschmerzpatient*innen zu verbessern? - Wie wurden Patient*innen mit (chronifizierenden) Rückenschmerzen bisher (vor MMS-RFP) aus <i>psychologischer Perspektive</i> versorgt? |
| Fragenblock II: Erwartungen (5 Minuten) | |
| Erwartungen | <p>Welche Erwartungen hatten Sie im Vorfeld an das Innovationsfondsprojekt MMS-RFP?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit höherem/niedrigerem Bedarf gerechnet? • Ansprechbarkeit Patient*innen für psychologische Belange? • Inwieweit wurden Sie in die Entwicklung und Implementierung des Programms einbezogen? |
| Fragenblock III: Erfahrungen (10 Minuten) | |
| Einsteuerung in das Programm/Programmstart | <p>Nun möchten wir mit Ihnen über den Start des Programms sprechen. Welche Erfahrungen haben Sie in der Anfangszeit gesammelt?</p> <p>Falls es nicht ohnehin kommt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Erfahrungen haben Sie aus der psychologischen Perspektive gemacht? • Wie lief die Einsteuerung der Versicherten (Teilnehmenden) (in das Assessment) ab? Hat alles problemlos geklappt oder gab es Schwierigkeiten? • Wie ging es dann weiter? |
| Ablauf diagnostisches Assessment | <p>Wie lief das diagnostische Assessment ab?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waren die zuvor formulierten diagnostischen Ein- und Ausschlusskriterien praxistauglich? • Gab es (weitere) Faktoren, die Sie daran gehindert haben, Patient*innen in die MMS einzusteuern? • Was hätte es Ihnen erleichtert, Patient*innen in die MMS einzusteuern? <p>Welche psychologisch-diagnostischen Anteile wurden im Assessment berücksichtigt?</p> |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fragebögen zur psychologischen Diagnostik etc. |
| Einzelne Module MMS bzw. RFP | <p>Für wie sinnvoll halten Sie die einzelnen Module der MMS und der RFP zur Unterstützung der Rückenschmerzpatient*innen, um wieder in den (Berufs-)alltag zurückzukehren?</p> <p><i>Module (Psychologie)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Psych Gruppe• Psychologische Einzelkonsultationen• PME• SBG <p>Fallen Ihnen noch weitere Programmbestandteile ein, die bisher nicht genannt wurden?</p> <p>Wie beurteilen Sie die einzelnen Module hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Praxisalltag aus Ihrer Sicht als Behandler/in?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Welche Schwierigkeiten sehen Sie?• Würden Sie die Module so beibehalten? |
| Häufigkeit Nutzung | <p>Wie häufig haben Patient*innen, die psychologischen Module (Psych-Gruppe, Einzelkonsultationen) im Rahmen der MMS und RFP genutzt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• vor/nach COVID? (Nutzung überhaupt möglich?) |
| Nutzung Psych Gruppe | <p>Wie haben die Patient*innen auf das psychologische Angebot reagiert?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• positiv, negativ, Hemmungen <p>...</p> |
| Motivation Versicherte | <p>Wie verhielt es sich mit der Motivation der Versicherten, die in das Programm eingesteuert wurden? Waren die Versicherten grundsätzlich interessiert und motiviert?</p> <ul style="list-style-type: none">• vor/nach COVID? |

| | |
|---|--|
| <p>Vorteile/Nachteile</p> | <p>Welche Vorteile und Nachteile hat MMS-RFP gegenüber der üblichen Behandlung von Rückenschmerzpatient*innen in Ihrer Klinik?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht die übliche Behandlung aus? • anderes Leistungsspektrum? • Aus psychologischer Perspektive <p>...</p> |
| <p>Ablauf</p> | <p>Wie lief die Abstimmung und Zusammenarbeit im Team untereinander ab?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gab es regelmäßige Treffen? Feste Termine etc. |
| <p>Fragenblock IV: Aufwand (5 Minuten)</p> | |
| <p>Aufwand Assessment</p> | <p>Wie beurteilen Sie den Zeitaufwand für die</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Durchführung des diagnostischen Assessments? b) MMS c) RFP <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angemessen oder zu umfangreich? • Zeitaufwand über andere Tätigkeiten hinaus • ... |
| <p>Aufwand Erwartung</p> | <p>War die ...</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Durchführung des diagnostischen Assessments? b) MMS c) RFP <p>...für Sie aufwändiger oder weniger aufwändig als erwartet?</p> |
| <p>Fragenblock V: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge (15 Minuten)</p> | |
| <p>Erwartungen MMS</p> | <p>Haben die <i>psychologischen Elemente</i> der MMS aus Ihrer Sicht Ihre Erwartungen erfüllt?</p> <p>War das Angebot/der Umfang an psychologischen Angeboten im Rahmen der MMS aus Ihrer Sicht ausreichend?</p> <p>Gab es Patient*innen, die mehr Bedarf an psychologischen Angeboten gehabt hätten?</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hat es Ihren Patient*innen mehr oder weniger geholfen als erwartet?• Stand für die Patient*innen mit Bedarf ausreichend Zeit zur Verfügung?• Hätten aus Ihrer Sicht bestimmte Patient*innen mehr Angebote in Anspruch nehmen müssen als sie wollten?• Haben Sie Empfehlungen für Psychotherapie über das Angebot des Programms hinaus angeboten/ausgesprochen?• War die MMS in dieser Form für die Patient*innen alltagstauglich? |
| Erwartungen RFP | <p>Hat die Rückfallprophylaxe Ihre Erwartungen erfüllt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hat es Ihren Patienten mehr oder weniger geholfen als erwartet?• War die RFP in dieser Form für die Patient*innen alltagstauglich? |
| Hürden und Barrieren | <p>Nun möchten wir von Ihnen darüber hinaus erfahren, was Sie am Programm gut und weniger gut fanden.</p> <p><u>Notierte Potentiale, Hürden und Barrieren nennen. (Falls etwas genannt wurde)</u></p> |
| Verbesserungsvorschläge | <p>Nun haben Sie (viele/einige) hinderliche Aspekte an dem Programm genannt. Jetzt möchten wir gerne von Ihnen erfahren, was sich aus Ihrer Perspektive ändern müsste, um die zusammengetragenen Hürden zu überwinden?</p> <p>Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Haben Sie weitere Ideen ...• Aspekt XY wurde noch gar nicht überdacht. Sehen Sie hier auch Möglichkeiten, wie sich das verbessern ließe? <p>Wo sehen Sie noch weitere Potentiale des Programms aus Ihrer Sicht als Psycholog*in?</p> <p>Was würden Sie an dem Programm anders machen, wenn Sie noch einmal von vorne beginnen würden?</p> |
| Zufriedenheit | <p>Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Multimodalen Schmerztherapie und der Rückfallprophylaxe aus Ihrer Sicht als Psycholog*in?</p> <p><i>Aus psychologischer Perspektive + allgemein</i></p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Durchführung der Module• Programmbestandteile inhaltlich• Konzept• Bürokratische Hürden etc. |

Fragenblock VI: Abschluss (5-10 Minuten)

Wir kommen nun zum Ende unseres heutigen Interviews. Gibt es etwas über das wir nicht gesprochen haben, das Ihnen aber wichtig ist?

Haben Sie abschließend Fragen?

An dieser Stelle möchten wir das Interview abschließen und danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Teilnahme.

Interviewleitfaden Kundenberater*innen Krankengeld

| Einleitung (5 Minuten) | |
|--|---|
| Vorstellung der Wissenschaftler und Nennung des Ziels | <p>Ich bin Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.</p> <p>Wir möchten Sie heute zu Ihren Erfahrungen und Ihrer Zufriedenheit mit der Einsteuerung der Versicherten der AOK (Niedersachsen) in das Projekt MMS-RFP – Multimodale Schmerztherapie mit Rückfallprophylaxe befragen.</p> <p>Als unabhängiges Institut untersuchen wir die Erfahrungen und Zufriedenheit der beteiligten Parteien mit dem Programm und wie es verbessert werden könnte.</p> <p>Das Ziel ist, von Ihnen als Kundenberater*in Krankengeld in Erfahrung zu bringen, wie die Rekrutierung und Einsteuerung von Versicherten bei Ihnen ablief und welche Hürden sowie Barrieren es gab. Zudem möchten wir Aspekte identifizieren, die Sie an der Rekrutierung positiv und negativ fanden.</p> <p>Das Interview wird zu dem angegebenen wissenschaftlichen Zweck aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Die gewonnenen Daten werden anonymisiert. Sie haben jederzeit die Möglichkeit aus dem Interview aussteigen und die betreffenden Daten löschen zu lassen. Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.</p> |
| Einwilligung in die Tonaufnahme | <p>Nun würden wir gerne mit dem Interview und damit auch mit der Tonaufnahme starten.</p> <p>Haben Sie noch Rückfragen zu dem Interview oder Bedenken?</p> <p>Bevor wir beginnen benötigen wir Ihr Einverständnis zur Teilnahme. An dieser Stelle bitten wir Sie um Ihr mündliches Einverständnis.</p> |
| Fragenblock I: Einstiegsfragen und Versorgung Rückenschmerzpatient*innen allgemein (5 Minuten) | |
| Eisbrecherfrage Fachgebiets –/Berufsbezeichnung | <p>Zunächst würde ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen und kurz zu Ihrer Aufgabe innerhalb der AOK Niedersachsen bzw. Ihre Aufgabe im Projekt zu berichten.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Für welche Region/Kreis sind Sie tätig?• Welche Fachgebiets –/Berufsbezeichnung führen Sie?• Beruflicher Hintergrund |
| Versorgung Rückenschmerzpatient*innen | <p>Wurde die Zielpopulation – Versicherte mit (chronifizierenden) Rückenschmerzen – üblicherweise von Ihnen vor dem Projekt MMS-RFP angesprochen?</p> <p>Wenn ja, mit welchem Ziel?</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andere Maßnahmen/Behandlungsangebote etc. vorgeschlagen? Andere Angebote aus AOK-Perspektive? • Wurden sie überhaupt angesprochen? |
| <p>Fragenblock II: Erfahrungen (10 Minuten)</p> | |
| <p>Einsteuerung in das Programm/ Ansprache Versicherte</p> | <p>Nun möchten wir von Ihnen wissen, welche Erfahrungen Sie mit dem Programm in der Anfangszeit gesammelt haben. Wie lief die Ansprache der Versicherten ab?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurden die Teilnehmenden in das diagnostische Assessment eingesteuert? • Wie lief die Einsteuerung der Versicherten (Teilnehmenden) ab? Hat alles problemlos geklappt oder gab es Schwierigkeiten? • Evtl. typischen Ablauf einer AU-Krankengeldberatung im Rahmen der MMS-RFP Einsteuerung beschreiben • Wie ging es dann weiter? Bzw. was passierte mit Versicherten, die ins Assessment, aber nicht in die MMS gekommen sind? |
| <p>Absage Diagnostiktag/ Weiterbetreuung</p> | <p>Was passierte mit Versicherten, die keinen Diagnostiktag in Anspruch nehmen wollten? (Bzw. nicht an der MMS teilnehmen wollten)</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sah die reguläre Weiterbetreuung im Rahmen der Krankengeldberatung aus? |
| <p>Setting Ansprache</p> | <p>Wie haben Sie die Versicherten kontaktiert?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurden die Versicherten zunächst schriftlich oder telefonisch kontaktiert? (beides, direkter Kontakt) • Vor/nach COVID? |
| <p>Veränderungen Versichertenansprache</p> | <p>Gab es etwas, was Sie an der Versichertenansprache verändert haben im Laufe der Zeit?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Ablauf, inhaltlich etc. • Wie frei waren Sie in der Gestaltung der Ansprache der Versicherten? • Vor/nach COVID? |
| <p>Motivation Versicherte</p> | <p>Wie verhielt es sich mit der Motivation der Versicherten, die für die Studie in Frage kamen? Waren die Versicherten grundsätzlich interessiert und motiviert?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reaktion auf die Ansprache (überrascht, ablehnend, etc.) |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Hatte die COVID-19-Pandemie einen Einfluss auf das Teilnahmeverhalten? |
| Versichertencharakteristika | <p>Können Sie Charakteristika von Versicherten beschreiben, die für Studie motiviert werden konnten und bei denen es nicht gelungen ist.</p> <p>Alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Versicherten konnten häufiger motiviert werden, an dem Programm teilzunehmen? • Wie unterscheiden sich Versicherte, die an dem Programm interessiert sind? • Worin unterscheiden sich Versicherte, die eingeschlossen werden konnten, von denen, die nicht eingeschlossen werden konnten? |
| Absagegrund | <p>Haben die Versicherten Gründe für eine Nichtteilnahme angegeben. Wenn ja, welche?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachvollziehbare Gründe? • Vor/nach COVID? |
| Praxistauglichkeit | <p>War das Angebot in dieser Form für die Versicherten alltagstauglich?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anreise/Abreisedauer etc. |
| Fragenblock III: Aufwand (10 Minuten) | |
| Aufwand Rekrutierung | <p>Wie beurteilen Sie den Zeitaufwand, AOK Versicherte für die MMS-RFP Studie zu gewinnen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Tage/Stunden pro Woche/Monat • Häufigkeit der Kontaktversuche • (Aufwand) Vorbereitung • Besuch von Schulungen zur Rekrutierung • Angemessen oder zu umfangreich? • Konkurrenz mit anderen Aufgaben? Probleme beim Umsetzen? • War es für Sie aufwändiger oder weniger aufwändig als erwartet? |
| Anzahl Kontakte | <p>Wie viele Versicherte haben Sie im Laufe des Rekrutierungsprozesses für die MMS-RFP Studie kontaktiert?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation vorhanden? • Schätzung? |
| Anzahl Einsteuerung | <p>Wie viele Versicherte haben Sie im Laufe des Rekrutierungsprozesses in das Assessment für die Multimodale Schmerztherapie eingesteuert?</p> |

| | |
|---|---|
| Patientenpotential | <p>War das Patientenpotential Ihrer Ansicht nach ausreichend, um genügend Versicherte in das Programm einzusteuern?</p> |
| Zielvorgaben | <p>Wurden vorab Zielvorgaben definiert. Wenn ja, wie sahen diese aus?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie konnte die Zielvorgabe umgesetzt werden? • Gab es eine Schreibtischunterlage o.ä.? • Waren die Zielvorgaben realistisch umsetzbar? |
| Ablauf | <p>Fanden regelmäßige Treffen statt, um die Zusammenarbeit im Team untereinander abzustimmen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie lief die Abstimmung und Zusammenarbeit im Team untereinander ab? |
| Fragenblock IV: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge (20 Minuten) | |
| Erwartungen | <p>Hat das Programm aus Ihrer Sicht als Kundenberater*in Krankengeld Ihre Erwartungen erfüllt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Vergleich Versicherte mit Rückenschmerzen und entsprechender AU-Dauer in anderen Programmen. • ...was Sie für die Versicherten erreichen wollten. |
| Vorteile/Nachteile | <p>Welche Vorteile und Nachteile hat das Programm MMS-RFP aus Ihrer Sicht gegenüber den üblichen Angeboten für Rückenschmerzpatient*innen? <i>(Wenn es welche gibt)</i></p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anderes Leistungsspektrum? • Gab es andere Programme, welche die Versicherten vor MMS-RFP bevorzugt haben? |
| Hürden und Barrieren | <p>Wo sehen Sie noch weitere Hürden und Barrieren, welche die Einsteuerung der Versicherten behinderten?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was lief bei der Rekrutierung im Rahmen anderer Projekte besser und was lief schlechter? |
| Verbesserungsvorschläge | <p>Nun haben Sie (viele/einige) hinderliche Aspekte an dem Programm genannt. Jetzt möchten wir gerne von Ihnen erfahren, was sich aus Ihrer Perspektive ändern müsste, um die zusammengetragenen Hürden zu überwinden?</p> <p>Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie weitere Ideen ... • Aspekt XY wurde noch gar nicht überdacht. Sehen Sie hier auch Möglichkeiten, wie sich das verbessern ließe? <p>Wo sehen Sie noch weitere Potentiale des Programms aus Ihrer Sicht als Kundenberater*in Krankengeld?</p> |

Zufriedenheit

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Programm MMS-RFP aus Ihrer Sicht als **Kundenberater*in Krankengeld?**

Mögliche Nachfragen:

- Bürokratische Hürden etc.
- ...

Fragenblock V: Abschluss (5-10 Minuten)

Wir kommen nun zum Ende unseres heutigen Interviews. Gibt es etwas über das wir nicht gesprochen haben, das Ihnen aber wichtig ist?

Haben Sie abschließend Fragen?

An dieser Stelle möchten wir das Interview abschließen und danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Teilnahme.

[Funktionsfragebogen Hannover (FFbHR)]

[EuroQol Fragebogen (EQ-5D)]

[Pain Disability Index (PDI)]

[Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)]

[Lebensmittelliste (LML)]

[Bewegungsverhalten]

[FEG Bewegung]

[Sportliche Selbstkonkordanz (SSK)]

Heaviness of Smoking Index (HSI)

| Fragen zum Rauchverhalten | |
|--|--|
| 59. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> nein (→ Bitte weiter mit Frage 62) <input type="checkbox"/> ja → Bitte weiter mit Frage 60 |
| 60. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? | <input type="checkbox"/> Innerhalb von 5 Minuten <input type="checkbox"/> Nach 6 - 30 Minuten <input type="checkbox"/> Nach 31 - 60 Minuten <input type="checkbox"/> Nach mehr als 60 Minuten |
| 61. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag? | <input type="checkbox"/> Bis zu 10 <input type="checkbox"/> 11 – 20 <input type="checkbox"/> 21 – 30 <input type="checkbox"/> Mehr als 30 |

AUDIT-C

| Fragen zum Alkoholkonsum | | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| ➤ Ein Glas Alkohol entspricht etwa: 0,33 Liter Bier 0,15 Liter Wein oder Sekt 0,02 Liter Spirituosen | | | | | |
| 62. Wie oft trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nie | etwa 1 mal pro Monat | etwa 2-4 mal pro Monat | 2-3 mal pro Woche | 4 mal oder häufiger pro Woche |
| 63. Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 oder 2 | 3 oder 4 | 5 oder 6 | 7 oder 8 | 10 oder mehr |
| 64. Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag sechs oder mehr alkoholische Getränke getrunken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nie | seltener als 1 mal pro Monat | 1 mal pro Monat | 1 mal pro Woche | täglich oder fast täglich |

[Medikamenteneinnahme]

[PHQ-Gesundheitsfragebogen für Patienten → Skala: Psychosoziale Belastungsfaktoren]

Soziodemografie

| Soziodemografie | | | |
|---|--|---|---|
| Am Ende möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. | | | |
| 77. | Wann wurden Sie geboren? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Monat | Jahr |
| 78. | Welches Geschlecht haben Sie? | weiblich <input type="checkbox"/> | männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> |
| 79. | Wie ist Ihr Familienstand? | ledig <input type="checkbox"/> | verheiratet <input type="checkbox"/> |
| | | geschieden/getrennt lebend <input type="checkbox"/> | verwitwet <input type="checkbox"/> |
| 80. | Leben Sie in einer festen Partnerschaft? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 81. | Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? | Insgesamt Personen: <input type="text"/> | |
| 82. | Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben derzeit in Ihrem Haushalt? | Anzahl Kinder: <input type="text"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> Keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt | |
| 83. | Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erworben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. | Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> noch Schüler/in | |
| | | <input type="checkbox"/> noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildene/r, Student/in) | |
| | | <input type="checkbox"/> keinen beruflichen Abschluss und nicht in beruflicher Ausbildung | |
| | | <input type="checkbox"/> beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen | |

- beruflich-schulische Ausbildung (Berufsschule, Handelsschule) abgeschlossen
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Bachelor an (Fach-)Hochschule abgeschlossen
- Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Master)
- Hochschulabschluss (z. B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master)
- anderen beruflichen Abschluss
- keine Angaben

85. Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)

- Ich war noch nie berufstätig
- Arbeiter/in**
- Un- oder angelernter Arbeiter
 - Gelernter Arbeiter/ Facharbeiter
- Angestellte/r**
- Mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer/in, Kontorist/in)
 - Mit qualifizierter Tätigkeit (z. B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in)
 - Mit hoch qualifizierter Tätigkeit (z. B. wissenschaftliche/r Angestellte/r, Abteilungsleiter/in)
 - Mit umfassenden Führungsaufgaben (z. B. Direktor/in, Geschäftsführer/in)
- Beamtin/Beamter**
- Im einfachen Dienst
 - Im mittleren Dienst
 - Im gehobenen Dienst

Im höheren Dienst

Selbstständige

Selbstständige/r Landwirt/in

Selbstständige (Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung, auch Ich-AG)

Selbstständige in einem freien Beruf (z. B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt, Steuerberater/in)

Mithelfender Familienangehöriger

Sonstige

Sonstiges, bitte angeben:

86. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? (Bitte auch ausfüllen, wenn Sie zurzeit krankgeschrieben sind, aber das Arbeitsverhältnis weiterhin besteht)

Ja, ich bin erwerbstätig:

ganztags

mindestens halbtags, aber
nicht ganztags

weniger als halbtags

Nein, ich bin nicht erwerbstätig seit: ___/___ (Monat/Jahr) und bin:

Hausfrau/Hausmann

in Ausbildung oder Umschulung

arbeitslos/erwerbslos

befristet in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsminderungsrente

unbefristet in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsminderungsrente

in Altersrente

Mutterschafts-/Erziehungszeit

Sonstiges

87. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?

nein

ja → Bitte geben Sie die Dauer und den Hauptgrund an!

| | | | |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Dauer: | | Hauptgrund: | |
| Ich bin seit _____ Wochen krankgeschrieben. | | <input type="checkbox"/> aufgrund meiner Rückenbeschwerden <input type="checkbox"/> aufgrund einer anderen Erkrankung | |
| 88. Waren Sie <u>in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Krankschreibung</u> bereits krankgeschrieben? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein (→ Bitte weiter mit Frage 89) <input type="checkbox"/> ja → Bitte geben Sie die Dauer an! | | | |
| Dauer: | | | |
| Ich war insgesamt _____ Wochen krankgeschrieben. | | | |
| Aufgrund meiner Rückenschmerzen war ich insgesamt _____ Wochen krankgeschrieben. | | | |
| 89. In welchem Land wurden Sie geboren? | | | |
| <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> in einem anderen Land <input type="checkbox"/> Keine Angaben | | | |
| 90. Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie? (Mehrfachantworten sind möglich) | | | |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Eine andere Staatsangehörigkeit <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Keine Angaben | | | |
| 91. Wo wohnen Sie? | | | |
| <input type="checkbox"/> Im ländlichen Bereich (Gemeinde mit weniger als 20.000 Einwohner) <input type="checkbox"/> In der Stadt (mit mehr als 20.000 Einwohner) <input type="checkbox"/> Keine Angaben | | | |
| 92. Wie wohnen Sie? | | | |
| Im Eigentum | | Zur Miete | |
| <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Haus | <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Haus |
| <input type="checkbox"/> Haus | | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

93. Wieviel Wohnfläche steht Ihnen zur Verfügung? ca. _____ qm**94. Wie hoch ist das monatliche Einkommen Ihres Haushalts insgesamt? (Die Summe aus Lohn/Gehalt/Einkommen usw., jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben.)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bis unter 500 Euro | <input type="checkbox"/> 4.000 bis unter 4.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 500 bis unter 1.000 Euro | <input type="checkbox"/> 4.500 bis unter 5.000 Euro |
| <input type="checkbox"/> 1.000 bis unter 1.500 Euro | <input type="checkbox"/> 5.000 bis unter 5.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 1.500 bis unter 2.000 Euro | <input type="checkbox"/> 5.500 bis unter 6.000 Euro |
| <input type="checkbox"/> 2.000 bis unter 2.500 Euro | <input type="checkbox"/> 6.000 bis unter 7.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 2.500 bis unter 3.000 Euro | <input type="checkbox"/> 7.500 Euro oder mehr |
| <input type="checkbox"/> 3.000 bis unter 3.500 Euro | |
| <input type="checkbox"/> 3.500 bis unter 4.000 Euro | |

[Funktionsfragebogen Hannover (FFbHR)]

[EuroQol Fragebogen (EQ-5D)]

[Pain Disability Index (PDI)]

[Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)]

[Lebensmittelliste (LML)]

[Sportliche Selbstkonkordanz (SSK)]

Fragen zum Rauchverhalten**59. Rauchen Sie?**

nein (→ Bitte weiter mit Frage 62)

ja → Bitte weiter mit Frage 60

60. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Innerhalb von 5 Minuten

Nach 6 - 30 Minuten

Nach 31 - 60 Minuten

Nach mehr als 60 Minuten

61. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

Bis zu 10

11 – 20

21 – 30

Mehr als 30

Heaviness of Smoking Index (HSI)**AUDIT-C****Fragen zum Alkoholkonsum**

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <p>➤ Ein Glas Alkohol entspricht etwa: 0,33 Liter Bier</p> <p>0,15 Liter Wein oder Sekt</p> <p>0,02 Liter Spirituosen</p> | | | | | | |
| 62. | Wie oft trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nie | etwa 1 mal pro Monat | etwa 2-4 mal pro Monat | 2-3 mal pro Woche | 4 mal oder häufiger pro Woche |
| 63. | Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 1 oder 2 | 3 oder 4 | 5 oder 6 | 7 oder 8 | 10 oder mehr |
| 64. | Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag sechs oder mehr alkoholische Getränke getrunken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nie | seltener als 1 mal pro Monat | 1 mal pro Monat | 1 mal pro Woche | täglich oder fast täglich |

[Medikamenteneinnahme]

[PHQ-Gesundheitsfragebogen für Patienten → Skala: Psychosoziale Belastungsfaktoren]

[Zufriedenheit - ZUF-8]

Zufriedenheit mit Behandlung und Therapieerfolg

| Insgesamt bin ich mit der Behandlung... | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr zufrieden | zufrieden | teils teils zufrieden | unzufrieden | sehr unzufrieden |
| Insgesamt bin ich mit dem Therapieerfolg, den ich während meiner Behandlung erreicht habe... | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr zufrieden | zufrieden | teils teils zufrieden | unzufrieden | sehr unzufrieden |

Beurteilung von Therapiemaßnahmen

| Beurteilung von Therapiemaßnahmen | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wie wichtig waren Ihnen die folgenden Therapiemaßnahmen? | | | | | |
| | sehr wichtig | eher wichtig | weder noch | eher unwichtig | sehr unwichtig |
| Ärztliche Therapiemaßnahmen (z. B. individuelle Behandlungen, ärztliche Sprechstunde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Physiotherapeutische Therapiemaßnahmen (z. B. Krankengymnastik, Aquafitness, Alltagstraining) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychologische Therapiemaßnahmen (z. B. Psychologische Sprechstunde, progressive Muskelentspannung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie zufrieden waren Sie mit den folgenden Therapiemaßnahmen? | | | | | |
| | sehr zufrieden | eher zufrieden | weder noch | eher unzufrieden | sehr unzufrieden |
| Ärztliche Therapiemaßnahmen (z. B. individuelle Behandlungen, ärztliche | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sprechstunde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Physiotherapeutische Therapiemaßnahmen (z. B. Krankengymnastik, Aquafitness, Alltagstraining) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychologische Therapiemaßnahmen (z. B. Psychologische Sprechstunde, progressive Muskelentspannung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[Funktionsfragebogen Hannover (FFbHR)]

[EuroQol Fragebogen (EQ-5D)]

[Pain Disability Index (PDI)]

[Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)]

[Lebensmittelliste (LML)]

[Bewegungsverhalten]

[FEG Bewegung]

[Sportliche Selbstkonkordanz (SSK)]

Heaviness of Smoking Index (HSI)

| Fragen zum Rauchverhalten | |
|--|--|
| 59. Rauchen Sie? | |
| | <input type="checkbox"/> nein (→ Bitte weiter mit Frage 62) <input type="checkbox"/> ja → Bitte weiter mit Frage 60 |
| 60. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? | |
| | <input type="checkbox"/> Innerhalb von 5 Minuten <input type="checkbox"/> Nach 6 - 30 Minuten <input type="checkbox"/> Nach 31 - 60 Minuten <input type="checkbox"/> Nach mehr als 60 Minuten |
| 61. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag? | |
| | <input type="checkbox"/> Bis zu 10 <input type="checkbox"/> 11 – 20 <input type="checkbox"/> 21 – 30 <input type="checkbox"/> Mehr als 30 |

AUDIT-C

| Fragen zum Alkoholkonsum | | | | | | |
|---|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| ➤ Ein Glas Alkohol entspricht etwa: 0,33 Liter Bier 0,15 Liter Wein oder Sekt 0,02 Liter Spirituosen | | | | | | |
| 62. | Wie oft trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nie | etwa 1 mal pro Monat | etwa 2-4 mal pro Monat | 2-3 mal pro Woche | 4 mal oder häufiger pro Woche |
| 63. | Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 1 oder 2 | 3 oder 4 | 5 oder 6 | 7 oder 8 | 10 oder mehr |
| 64. | Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag sechs oder mehr alkoholische Getränke getrunken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nie | seltener als 1 mal pro Monat | 1 mal pro Monat | 1 mal pro Woche | täglich oder fast täglich |

[Medikamenteneinnahme]

[PHQ-Gesundheitsfragebogen für Patienten → Skala: Psychosoziale Belastungsfaktoren]

[Zufriedenheit - ZUF-8]

Zufriedenheit RFP

| Insgesamt bin ich mit der Rückfallprophylaxe... | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr zufrieden | zufrieden | teils teils zufrieden | unzufrieden | sehr unzufrieden |
| Insgesamt bin ich mit dem <u>Therapieerfolg</u> , den ich während der Rückfallprophylaxe erreicht habe... | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr zufrieden | zufrieden | teils teils zufrieden | unzufrieden | sehr unzufrieden |

Gründe Nichtnutzung RFP Elemente

| Ich habe die Rückfallprophylaxe <u>in vollem Umfang</u> genutzt (d.h. zu allen Terminen im Reha-Zentrum erschienen, die App, die Telefonate und das Bewegungsbuch genutzt). | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein, ich habe <u>nicht</u> alle RFP-Elemente genutzt → Bitte weiter mit Frage 96 <input type="checkbox"/> Ja, ich habe <u>alle</u> RFP-Elemente genutzt → Bitte weiter mit Frage 97 | | | | |
| Im Folgenden finden Sie eine Liste von Gründen, warum Sie die RFP nicht oder nicht in vollem Umfang genutzt haben. Bitte wählen Sie für <u>jeden</u> der folgenden Gründe aus, wie sehr Sie diesen zustimmen oder sie ablehnen. | | | | |
| | stimme voll und ganz zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme überhaupt nicht zu |
| Entfernung zur Reha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufstätigkeit (z.B. Arbeitszeiten, Schichtarbeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persönliche Gründe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeitmangel, Termine für Auffrischungseinheiten haben nicht gepasst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gründe | <hr/> <hr/> <hr/> | | | |

Training RFP

| Sie haben während der vierwöchigen MMS gelernt, dass ein körperliches Training aus den Bereichen Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination besteht. | | | |
|---|---|---|---|
| Wie häufig haben Sie in den letzten <u>vier Wochen</u> Übungen aus diesen Bereichen <u>selbstständig pro Woche</u> ausgeführt? | | | |
| ➤ Wenn Sie keine Übungen durchgeführt haben, tragen Sie bitte „0“ ein. | | | |
| Krafttraining | Ausdauertraining | Beweglichkeitstraining | Koordinationstraining |
| <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Durchschnitt pro Woche | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Durchschnitt pro Woche | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Durchschnitt pro Woche | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Durchschnitt pro Woche |

App Nutzung

| App-Nutzung | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Die Rückfallprophylaxe wurde von der App Herodikos begleitet, damit Sie Ihre Übungen zu Hause weiterhin durchführen und auch dokumentieren können. | | | | |
| Haben Sie die App (Herodikos) genutzt? | | | | |
| <input type="checkbox"/> nein bzw. Nutzung abgebrochen (→ Bitte weiter mit Frage 99) | | | | |
| <input type="checkbox"/> ja → Bitte weiter mit Frage 100 | | | | |
| Wenn Sie die App Herodikos <u>nicht</u> genutzt oder die Nutzung <u>abgebrochen</u> haben, welche Gründe lagen vor? | | | | |
| | stimme voll und ganz zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme überhaupt nicht zu |
| Kein Interesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufwand zu groß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übungen gefallen mir nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Training mit der App gefällt mir nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergessen oder nicht daran gedacht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Technische Probleme (z.B. zu wenig Speicher auf dem Handy, Probleme mit der App) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gründe | <hr/> <hr/> <hr/> | | | |

Auswirkungen Pandemie

Aktuell sind alle Menschen von den Einschränkungen durch die Corona-Pandemie betroffen und müssen sich in der neuen Situation zurechtfinden. Auch wir möchten die Auswirkungen der Corona-Pandemie in diesem Fragebogen berücksichtigen.

| Aufgrund des Coronavirus... | stimme voll und ganz zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme überhaupt nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| ...konnte ich in meiner Freizeit weniger Sport treiben, als ich wollte (z.B. Fitnessstudio geschlossen oder nur eingeschränkt nutzbar). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hatte ich Bedenken, Sportstätten zu besuchen (z.B. Sorge vor Ansteckung). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe ich es vermieden, die Auffrischungstage im Reha-Zentrum zu nutzen (z.B. Sorge vor Ansteckung). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[Funktionsfragebogen Hannover (FFbHR)]

[EuroQol Fragebogen (EQ-5D)]

[Pain Disability Index (PDI)]

[Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)]

[Lebensmittelliste (LML)]

[Bewegungsverhalten]

[FEG Bewegung]

[Sportliche Selbstkonkordanz (SSK)]

Heaviness of Smoking Index (HSI)

| Fragen zum Rauchverhalten | |
|--|--|
| 59. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> nein (→ Bitte weiter mit Frage 62) <input type="checkbox"/> ja → Bitte weiter mit Frage 60 |
| 60. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? | <input type="checkbox"/> Innerhalb von 5 Minuten <input type="checkbox"/> Nach 6 - 30 Minuten <input type="checkbox"/> Nach 31 - 60 Minuten <input type="checkbox"/> Nach mehr als 60 Minuten |
| 61. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag? | <input type="checkbox"/> Bis zu 10 <input type="checkbox"/> 11 – 20 <input type="checkbox"/> 21 – 30 <input type="checkbox"/> Mehr als 30 |

AUDIT-C

| Fragen zum Alkoholkonsum | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|---|
| <p>➤ Ein Glas Alkohol entspricht etwa: 0,33 Liter Bier 0,15 Liter Wein oder Sekt 0,02 Liter Spirituosen</p> | | | | | |
| 62. Wie oft trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> etwa 1 mal pro Monat | <input type="checkbox"/> etwa 2-4 mal pro Monat | <input type="checkbox"/> 2-3 mal pro Woche | <input type="checkbox"/> 4 mal oder häufiger pro Woche |
| 63. Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? | <input type="checkbox"/> 1 oder 2 | <input type="checkbox"/> 3 oder 4 | <input type="checkbox"/> 5 oder 6 | <input type="checkbox"/> 7 oder 8 | <input type="checkbox"/> 10 oder mehr |
| 64. Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag sechs oder mehr alkoholische Getränke getrunken? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> seltener als 1 mal pro Monat | <input type="checkbox"/> 1 mal pro Monat | <input type="checkbox"/> 1 mal pro Woche | <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich |

[Medikamenteneinnahme]

[PHQ-Gesundheitsfragebogen für Patienten → Skala: Psychosoziale Belastungsfaktoren]

Training RFP

| Sie haben während der vierwöchigen MMS gelernt, dass ein körperliches Training aus den Bereichen Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination besteht. | | | |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|
| Wie häufig haben Sie in den letzten <u>vier Wochen</u> Übungen aus diesen Bereichen selbstständig pro Woche ausgeführt? ➤ Wenn Sie keine Übungen durchgeführt haben, tragen Sie bitte „0“ ein. | | | |
| Krafttraining | Ausdauertraining | Beweglichkeitstraining | Koordinationstraining |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Durchschnitt pro Woche | Durchschnitt pro Woche | Durchschnitt pro Woche | Durchschnitt pro Woche |

Auswirkungen Pandemie

| Aktuell sind alle Menschen von den Einschränkungen durch die Corona-Pandemie betroffen und müssen sich in der neuen Situation zurechtfinden. Auch wir möchten die Auswirkungen der Corona-Pandemie in diesem Fragebogen berücksichtigen. | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Aufgrund des Coronavirus... | stimme voll und ganz zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme überhaupt nicht zu |
| ...konnte ich in meiner Freizeit weniger Sport treiben, als ich wollte (z.B. Fitnessstudio geschlossen oder nur eingeschränkt nutzbar). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hatte ich Bedenken, Sportstätten zu besuchen (z.B. Sorge vor Ansteckung). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe ich es vermieden, die Auffrischungstage im Reha-Zentrum zu nutzen (z.B. Sorge vor Ansteckung). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |