

**Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation (InterNa-Reha) – Ein Modellprojekt
zur Stärkung gegenseitiger Unterstützung von Rehabilitanden**

(Az. 8011-106-31/31.108.4)

Abschlussbericht der Konzeptphase

Humboldt-Universität zu Berlin

Institut für Rehabilitationswissenschaften

Georgenstr. 36, 10117 Berlin

Projektleitung

Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Dr. Sebastian Klaus

Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen

Dr. Alexander Meschnig

Sophia Wenk (M. A.)

Studentische Mitarbeiterinnen

Lejie Zeng

Yvonne Rafalzik

Forschungspraktikantin

Monika Bethke

Zusammenfassung/Abstract

Hintergrund und Ziele der ersten Projektphase

Das im Feld der Rehabilitations-Nachsorge (Boes, 2016) angelegte Projekt zielt u.a. auf die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs durch wechselseitigen Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung der ehemaligen Rehabilitanden/innen im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation oder eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben. In dem hier vorliegenden Bericht über die *erste Phase* (Konzeptphase) unseres Projekts ging es *erstens* um die *Ermittlung des Bedarfs* nach einer Peer-Plattform zum gegenseitigen Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie als Hilfe zur gegenseitigen emotionalen und praktischen Unterstützung und Ermutigung bei der Umsetzung und Verstetigung der Rehabilitationsziele auf dem Weg zurück in Arbeit.

Den Hintergrund der Bedarfsanalyse bilden vielfältige Erfahrungsberichte und wissenschaftliche Studien aus dem Bereich der Gesundheitsselbsthilfe und der Peer-Unterstützung als einer besonderen Form der Selbsthilfe, die durch eine gemeinsame Erfahrungsstrecke, Informationsvermittlung und Lernanreize während der Rehabilitation oder der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme gekennzeichnet ist, so dass die Teilnehmenden über einen gemeinsamen Erfahrungsschatz und eine gerichtete Zielorientierung verfügen. Im weitesten Sinne handelt es sich bei der von uns geplanten Onlineplattform um eine spezielle Form der Selbsthilfe, der konzeptionelle und inhaltliche Schwerpunkt liegt aber auf der *Reha-Nachsorge*, insbesondere auf der Verstetigung in der Reha erlernter Strategien und Handlungsmuster und ihre Überführung in den Alltag und die Routinen der Berufsarbeit.

Zweitens bildete die *technische Realisierbarkeit* einen Schwerpunkt der Konzeptphase. *Partizipativ mit Experten und Rehabilitanden* wurde eine Onlineplattform entworfen, auf der Rehabilitanden nach ihrer Reha miteinander in Kontakt treten und sich themenspezifisch austauschen sowie zusätzliche Informationen über Angebote verschiedener Träger entsprechend ihrer Bedarfe einholen können. Darüber hinaus bietet das Online-Portal die Möglichkeit, das in der Reha Gelernte durch gegenseitige Ermutigung und Unterstützung in Alltag und Beruf zu übertragen und zu verstetigen. Ergänzend zu bereits existierenden individuellen Onlinekontakten (Facebook, WhatsApp) soll es mit der geplanten Onlineplattform den ehemaligen Rehabilitanden

ermöglicht werden, neue Kontakte im Nachgang der Reha - und damit in einer Situation womöglich verstärkten Bedarfs an Peer Support (Utschakowski, 2013) - zu knüpfen und verloren gegangene Kontakte zu reaktivieren.

Als fachlich begleitetes, unabhängiges, für die Rehabilitanden kostenfreies und zeitlich unbegrenztes Angebot fügt sich die Onlineplattform in die erweiterte Nachsorge ein und ergänzt das bestehende Angebot mit der Möglichkeit zu selbstgesteuerter Eigenaktivität (Information, Kommunikation), das in der Reha angestoßene Lerneffekte aufgreift bzw. neue anstößt. Eine zusätzliche professionelle Begleitung und Moderation soll die Rehabilitanden bei Bedarf unterstützen und ggf. erforderliche Kontakte zu fachärztlicher/-psychologischer Information und Beratung vermitteln.

Arbeitsschwerpunkte der ersten Projektphase

Vor diesem Hintergrund standen in der Konzeptphase drei zentrale Aspekte im Mittelpunkt:

1. *die Ermittlung des Bedarfs und der Akzeptanz einer solchen Plattform bei den Rehabilitanden,*
2. *die Frage der technischen Realisierung und Umsetzung und schließlich*
3. *die Frage einer verstetigten und verlässlichen Finanzierung.*

Dafür wurden in der Konzeptphase 879 Fragebögen von Rehabilitanden der onkologischen, kardiologischen, orthopädischen, psychosomatischen und beruflichen Rehabilitation erhoben und ausgewertet (Rücklauf: 17,6%). Weiter wurden nach den Prinzipien des Theoretical Samplings sechs Online-Fokusgruppen mit oben genannten Indikationsgruppen durchgeführt. Die Analyse der Transkripte erfolgte nach der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015). Schließlich wurden 35 Interviews mit Experten aus Wissenschaft und Praxis geführt und themenbezogen ausgewertet (Meuser & Nagel, 2005).

Ergebnisse der Bedarfserhebung bei Rehabilitanden und der Expertengespräche

40% der Befragten aus der Fragebogenerhebung gaben an, dass sie die Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden nutzen würden, 40 % sind sich noch unschlüssig und 20 % sehen für sich keinen Bedarf. Das gilt mit geringen prozentualen Abweichungen über alle Indikationen hinweg. Im Einzelnen interessieren sich die befragten Rehabilitanden insbesondere für *Informationen über weitere Rehabilitationsmöglichkeiten (68,7%)* und den *Austausch über den Umgang mit Alltags- und Lebensproblemen (66,2%)*. Bei den Teilnehmern an *LTA-Leistungen* steht der Austausch über das Thema *Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit im Vordergrund*. Die

Experten befürworten i.d.R. die beantragte Umsetzungsphase, weil aus ihrer Sicht der Austausch der Rehabilitanden ein wichtiger Faktor für die Krankheitsbewältigung und die Rückkehr in Arbeit darstellt und die Onlineplattform eine wichtige Ergänzung zu den vorhandenen Nachsorge-Apps (z.B. Trainingsapps) sein kann. Weiterhin plädieren die befragten Experten mehrheitlich für die Umsetzungsphase, weil erst dann das Nutzungsverhalten konkrete Ergebnisse liefern kann; von entscheidender Bedeutung ist die Qualität und Aktualität der Onlineplattform, damit sie auch für die unschlüssigen Rehabilitanden (40% in der Fragebogenerhebung) attraktiv ist. Als Herausforderung werden von den Experten der Datenschutz, die Einbettung in die Praxis und eine nachhaltige Finanzierung angesehen. Eine Mitwirkungsbereitschaft bei der Zugangssteuerung und der Begleitung ist bei den Experten der Rehabilitationsnachsorge grundsätzlich vorhanden.

Von verschiedenen Anbietern wurde eine technische Umsetzbarkeit des Projekts auf Basis des IT-Lastenhefts bestätigt und die Kosten grob kalkuliert. Zur Präzisierung wird in der Umsetzungsphase ein Workshop zur Priorisierung der Inhalte und ihrer Ausgestaltung empfohlen.

Zur Frage der Finanzierung signalisierten einzelne Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Unfallkassen, Rehabilitationskliniken und Stiftungen bereits Interesse und Bereitschaft. Ebenfalls gaben ein Drittel der medizinischen und ein Viertel der beruflichen Rehabilitanden an, die Onlineplattform über Spenden finanziell zu unterstützen.

Aus den bisherigen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass eine Erprobungsphase von den Experten und Rehabilitanden begrüßt wird. Die Umsetzung als Webapplikation, auf allen Endgeräten nutzbar und partizipativ angelegt, ist technisch im Rahmen einer Modellphase möglich.

Aus Kostengründen empfiehlt sich zunächst die Bereitstellung von Kommunikationswegen und gebündelter Informationen über Rehabilitationsangebote. Erst im Nachgang erfolgt eine schrittweise Erweiterung der Plattform. Die in fast allen Experteninterviews mit Reha-Trägern angesprochene konkrete Kostenkalkulation für einen Regelbetrieb über die Erprobungsphase hinaus, kann erst im Modellbetrieb erfolgen. Gleiches gilt für die Fragen nach dem Nutzungsverhalten sowie dem benötigten Personalaufwand, da diese Daten erst während des Betriebs aufgrund praktischer Erfahrungen konkretisiert werden können. Eine Mischkalkulation durch verschiedene Träger erscheint am wahrscheinlichsten und muss im Rahmen einer Modellphase über entsprechende Expertenrunden eruiert werden. Eventuell kommt eine Erprobung im Rahmen von Reha-Pro in Frage.

Empfehlungen zur zweiten Projektphase: Umsetzungsphase

Die Ergebnisse aus der Bedarfserhebung legen die Durchführung einer *Erprobungsstudie* nahe, um daraus Erkenntnisse für eine mögliche Verstetigung im Regelbetrieb zu gewinnen. Als mögliche Kooperationspartner würden dafür zunächst zwei Rehabilitationskliniken mit psychosomatischen, eine mit kardiologischen und eine mit onkologischen Schwerpunkt sowie zwei Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation in Frage kommen.

Vorwort

Der vorliegende Abschlussbericht umfasst den Projektzeitraum vom 1. April 2019 bis zum 31. Januar 2021. Ziel des Projekts war es, die Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen von Rehabilitanden sowie die Perspektiven unterschiedlicher Stakeholder (Rehakliniken, Kostenträger, IT-Fachleute) zu erheben, um darauf basierend Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bzgl. der Umsetzungsphase auszusprechen, damit diese sich möglichst zeitnah anschließen kann.

Dafür werden zu Beginn dieses Berichts noch einmal die zentralen Thesen und Fragestellungen des Projekts dargestellt, bevor der Forschungsstand folgt. Schließlich präsentieren wir im Anschluss an Forschungsdesign und Methoden die Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung, den Fokusgruppen und den Experteninterviews sowie den darauf basierenden Designentwurf. Abschließend werden die Ergebnisse in einer Synopse zusammengefasst und schließlich Empfehlungen für die Umsetzungsphase gegeben.

Eine derartige Studie ist auf vielfältige Unterstützung angewiesen. Daher danken wir namentlich den Beiratsmitgliedern, die uns die Durchführung von Pretests der Fragebogenerhebung ermöglicht sowie bei der Weitervermittlung an Expert/innen unterstützt haben. Im Einzelnen sind dies: Dr. Marco Streibelt (DRV Bund), Prof. Dr. med. Volker Köllner (Reha-Zentrum Seehof), Dr. med. Barbara Lieberei (Heinrich-Heine Klinik Potsdam-Neufahrland), Dr. med. Martin Schikora (Brandenburg Klinik Berlin-Brandenburg), Dr. med. Eric Therstappen (Zentrum für ambulante Rehabilitation), Prof. Dr. med. Maïke de Wit (Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum) und Dr. Ariane Mielke-Ihrler (Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg e. V).

Unser Dank geht ebenfalls an die IT-Abteilung der DRV Bund, die die Versendung der Fragebögen an die Versicherten ermöglichte und trotz des komplizierten Designs ohne größere Probleme durchführte. Weiterer Dank geht auch an unsere studentischen Hilfskräfte Yvonne Rafalzik und Lejie Zeng, die uns mit ihren Recherchen, Literaturrezensionen, inhaltlichen Anmerkungen und Beiträgen zum Abschlussbericht hervorragend unterstützt haben. Ebenso danken wir unserer Forschungspraktikantin Monika Bethke für ihre engagierte Kooperation im Rahmen der statistischen Auswertungen und Doreen Wienholz für die Erstellung der Designentwürfe.

Last but not least möchten wir allen Rehabilitanden/innen und Experten/innen für ihre Bereitschaft und Zeit zur Teilnahme an unserer Untersuchung danken.

Berlin, 31. Januar 2021

Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Dr. Alexander Meschnig

Dr. Sebastian Klaus

Sophia Wenk (M.A.)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung/Abstract.....	2
Vorwort	6
Abkürzungsverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis.....	13
Tabellenverzeichnis	14
1. Ausgangspunkt	15
1.1. Thema des Projekts und Zielsetzung.....	15
1.2. Zweck der Onlineplattform	17
1.3. Bedeutung des untersuchten Themas	20
2. Stand der Forschung und theoretische Vorüberlegungen	23
2.1. E-Health und computervermittelte Gesundheitskommunikation in Deutschland	23
2.1.1 Soziodemografische Variablen zur Computer- und Internetnutzung	24
2.1.2 Gesundheitskommunikation via Internet.....	25
2.1.3 Empirische Befunde und Studienlage zum Thema internetbasierte Nachsorge/Online-Nachsorge.....	30
2.2. Theoretische Vorüberlegungen zur Erstellung einer Onlineplattform	36
2.2.1 Theoretische Fundierung der Onlineplattform	36
2.2.2 Qualitätsstandards und Zertifizierung von Onlineangeboten.....	39
2.2.3 Rechtliche Bestimmungen zum Datenschutz und der Datensicherheit.....	41
2.3. Schlussfolgerungen aus dem Forschungsstand.....	43
3. Fragestellungen und Hypothesen	45
4. Forschungsvorgehen	50
4.1. Übersicht	50
4.2. Zeitlicher Ablauf	53
4.3. Methodologische Anmerkungen.....	54
4.4. Datenbankgestützte Literaturrecherche	55
4.5. Fragebogenerhebung	58
4.6. Fokusgruppen.....	64

4.7.	Experteninterviews.....	71
5.	Quantitative Ergebnisse	79
5.1.	Stichprobenbeschreibung	79
5.2.	Ausgewählte Parameter	82
5.2.1	Gesundheitszustand	82
5.2.2	Arbeit und RTW	86
5.2.3	Einschätzung der sozialen Unterstützung durch Mitrehabilitanden (Peer Support)	95
5.2.4	Erfahrungen mit Angeboten der Selbsthilfe.....	101
5.2.5	Onlinenutzerverhalten	104
5.2.6	Einschätzung der Onlineplattform	107
5.3.	Zusammenhänge mit der Nutzung der Onlineplattform	111
5.4.	Zusammenfassung.....	113
6.	Qualitative Ergebnisse.....	115
6.1.	Fokusgruppen.....	115
6.1.1	Fokusgruppen Phase 1.....	115
6.1.2	Zusammenfassung.....	123
6.2.	Experteninterviews.....	125
6.2.1	Experteninterviews zu Bedarf und Akzeptanz.....	125
6.2.2	Experteninterviews zur technischen Umsetzung.....	132
6.2.3	Experteninterviews zur dauerhaften Finanzierung	134
6.2.4	Zusammenfassung.....	135
7.	Entwurf der Webseite	138
7.1.	Darstellung Entwurf.....	138
7.2.	Beurteilung der Entwürfe (Fokusgruppe Phase 2)	147
8.	Synopse	149
8.1.	Bedarf	150
8.2.	Inanspruchnahme.....	154
8.3.	Mitwirkungsbereitschaft	156

8.4.	Bedenken und verbleibende Unsicherheiten.....	157
9.	Empfehlungen zur Fortführung der zweiten Phase: Erprobungsstudie.....	159
9.1.	Modifikationen des ursprünglichen Konzepts.....	159
9.2.	Stufenweiser Aufbau der Plattform in der Erprobungsphase.....	161
9.3.	Durchführung und Inhalte der Umsetzungsphase.....	164
9.4.	Zusätzliche Empfehlungen.....	166
9.5.	Fazit.....	167
10.	Literaturverzeichnis.....	169
11.	Anhang.....	186
11.1.	Fragebogen medizinische Rehabilitation.....	186
11.2.	Fragebogen berufliche Rehabilitation.....	194
11.3.	Anschreiben Fokusgruppe.....	202
11.4.	Gesprächsleitfaden Fokusgruppe.....	203
11.5.	Übersicht Teilnehmer Fokusgruppe.....	206
11.6.	Lastenheft Version 1.0 vom 11.01.2021.....	212

Abkürzungsverzeichnis

afgis	Aktionsforum Gesundheitsinfor- mationssystem
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APP	Application
AppQ	Gütekriterien-Set bei digitalen Anwendun- gen
APPKRI	Kriterien für Gesundheitsapps
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin- produkte
BFW	Berufsförderungswerk
BG Rohstoffe	Berufsgenossenschaft Rohstoffe
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
BWS	Berliner Werkstatt für Sozialforschung
DE-RENA	Appgestützte Rehabilitationsnachsorge für depressive Patienten
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nerven- heilkunde
DiGa	Digitale Gesundheitsanwendungen
DIPEx	Database of Individual Experience of illness
DRV	Deutsche Rentenversicherung

EU-DSGVO	EU-Datenschutzgrundverordnung
EM-Rente	Erwerbsminderungsrente
FAQ	Frequently Asked Questions
HAS	Haute Autorité de Santé
HON	Health on the Net Foundation
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
LDSG	Datenschutzgesetze der Bundesländer
LTA	eigentlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, hier berufliche Rehabilitanden
MARS	Mobile App Rating Scale
MED	Medizinische Rehabilitanden
MyRehab	Telemedizinplattform zur individuellen Unterstützung
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NHS	National Health Service
PO-SOP	Psychosoziale Online-Selbsthilfe für onkologische Patienten
PsyRena	Psychosomatische Reha-Nachsorge
RehaCAT	Computer-adaptives und Web-basiertes Erst- und Verlaufsdagnostiksystem zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der Rehabilitation
RehalInterAct	Der interaktive und sensorbasierte Therapie-raum
Rena App	Rehabilitationsnachsorge Application

RENATA	Projekt: Internetbasierte Nachsorge d. Zentrums Patientenschulung u. Gesundheitsförderung e.V.
RTW	Return To Work
SAW	Stay At Work
StGB	Strafgesetzbuch
SUF	Scientific Use File
TMG	Telemedizingesetz
T-Rena	Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge
WARD-BP	Wirksamkeit einer begleiteten Web-basier-ten Intervention gegen Depression in der re-habilitativen Nachsorge von Rückenschmerz-patienten
W-RENA	Web-basierte Rehabilitationsnachsorge nach stationärer psychosomatischer Therapie
ZAR	Zentrum für ambulante Rehabilitation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Zeitlicher Ablauf der Studie (Quelle: eigene Darstellung)	53
Abbildung 2 Codebaum aus MaxQDA (Quelle: eigene Darstellung)	70
Abbildung 3 Zeitraum der Beeinträchtigungen (Quelle: eigene Darstellung).....	83
Abbildung 4 Subjektiver Gesundheitszustand MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)	85
Abbildung 5 Gesundheitliche Zukunftserwartungen MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung).....	85
Abbildung 6 Berufliche Bildungsmaßnahmen (Quelle: eigene Darstellung)	86
Abbildung 7 Zufriedenheit am Arbeitsplatz MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)	88
Abbildung 8 Berufliche Zukunftserwartungen MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)	94
Abbildung 9 Kontakt nach Ende der Maßnahme (Quelle: eigene Darstellung)	100
Abbildung 10 Formen der Selbsthilfe (5 Zielgruppen; Quelle: eigene Darstellung).....	101
Abbildung 11 Angebote der Selbsthilfe (5 Zielgruppen; Quelle: eigene Darstellung)	103
Abbildung 12 Dauer der privaten Internetnutzung MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung).....	104
Abbildung 13 Dauer der beruflichen Internetnutzung MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung) ...	105
Abbildung 14 Nutzungszweck des Internets MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)	105
Abbildung 15 Gesundheitsspezifische Onlineangebot MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung) ...	106
Abbildung 16 Finanzieller Beitrag MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung).....	110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Positive und negative Aspekte von computervermittelter Gesundheitskommunikation	29
Tabelle 2 Übersicht Erhebungsmethoden.....	50
Tabelle 3 Übersicht Vorgehen systematische Literaturrecherche	56
Tabelle 4 Übersicht über die Themen und Unterkategorien der Fragebögen.....	60
Tabelle 5 Stichprobenverteilung der Gruppen und Zeitverläufe (Angabe in Häufigkeiten und Prozentwerten)	63
Tabelle 6 Übersicht Themenkomplexe.....	65
Tabelle 7 Core-Sets Expertenbefragung.....	73
Tabelle 8 Übersicht über die befragten Experten	77
Tabelle 9 Stichprobenübersicht medizinische und berufliche Rehabilitanden.....	79
Tabelle 10 Unterstützungsangebote MED und LTA	90
Tabelle 11 Mögliche Störungen im Austausch miteinander MED und LTA.....	97
Tabelle 12 Prozentuale Verteilung der Gruppen bzgl. der Nutzung einer Onlineplattform	107
Tabelle 13 Prozentuale Verteilung der Gruppen bzgl. der Nutzung einer Onlineplattform	108
Tabelle 14 Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen und der Nutzung der Plattform	111
Tabelle 15 Übersicht Entwicklungsdauer und Kostenkalkulation	132

1. Ausgangspunkt

1.1. Thema des Projekts und Zielsetzung

Das im Feld der Reha-Nachsorge (Boes, 2016) angelegte Projekt zielt auf die *Förderung der Selbstmanagementkompetenzen* zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation oder eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben. In der hier vorliegenden *ersten Phase* (Bedarfsanalyse) unseres Projekts ging es um die Ermittlung des Bedarfs nach einer Peer-Plattform zum gegenseitigen Erfahrungs- und Informationsaustausch nach einer medizinischen Rehabilitation oder einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme sowie als Hilfe zur gegenseitigen Unterstützung bei der Umsetzung und Verstetigung der Rehabilitationsziele auf dem Weg zurück in Arbeit.

In Form von Fokus-Gruppen mit Rehabilitanden und Expertengesprächen, wurde in der Konzeptphase die geplante Onlineplattform partizipativ entworfen, auf der Rehabilitanden¹ nach der Reha miteinander in Kontakt treten und sich themenspezifisch austauschen sowie zusätzliche Informationen über Angebote verschiedener Träger entsprechend ihrer Bedarfe einholen können. Darüber hinaus bietet das von uns entworfene Online-Portal die Möglichkeit, das in der Reha Gelernte durch gegenseitige Ermutigung und Unterstützung in Alltag und Beruf zu transferieren und zu verstetigen. Ergänzend zu bereits existierenden individuellen Onlinekontakten (Facebook, WhatsApp) wird es den ehemaligen Rehabilitanden mit der konzipierten Onlineplattform ermöglicht, *neue Kontakte im Nachgang der Reha* - und damit in einer Situation womöglich verstärkten Bedarfs an Peer Support (Utschakowski, 2013) - *zu knüpfen und verloren gegangene Kontakte zu reaktivieren*. Als Bezugspunkt für den Austausch soll die gemeinsame Erfahrung der Rehabilitation bzw. der beruflichen Qualifizierung in der jeweiligen Klinik bzw. beruflichen Reha-Einrichtung fungieren.

Als *fachlich begleitetes, unabhängiges, für die Rehabilitanden kostenfreies und zeitlich unbegrenztes Angebot* fügt sich das Onlineportal in die erweiterte Nachsorge ein und ergänzt somit bestehende Angebote mit der Möglichkeit zur selbstgesteuerten Eigenaktivität (Information, Kommunikation), die in der Reha angestoßene Lerneffekte aufgreifen bzw. neue anstoßen. Eine zusätzliche professionelle Begleitung und Moderation soll die Rehabilitanden bei Bedarf unterstützen und ggf. erforderliche Kontakte zu fachärztlicher/-psychologischer Information

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Text durchgängig die männliche Endung, außer es handelt sich an der betreffenden Stelle ausdrücklich um Frauen.

und Beratung vermitteln. Zunächst ist dabei daran gedacht, dass dies von der jeweiligen Klinik aus geschehen soll.

In der 18monatigen *Konzeptphase* wurden auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche und einer Befragung von Rehabilitanden sowie mit Hilfe von Fokus-Gruppen folgende Themen empirisch bearbeitet:

- die Entwicklung der Onlineplattform basierend auf dem aktuellen Stand der Forschung,
- die Erhebung des Bedarfs einer Onlineplattform, der konkreten Wünsche und Vorstellungen bei den Rehabilitanden aus psychosomatischen, orthopädischen, kardiologischen und onkologischen Reha-Kliniken sowie bei Teilnehmern beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen (nicht diagnosespezifisch) durch eine Fragebogenerhebung sowie anschließende Fokusgruppen
- die Akzeptanz des vorgestellten Konzepts und des Entwurfs der Onlineplattform über Fokus-Gruppen ermittelt und Verbesserungsvorschläge aufgegriffen.

In den *Experteninterviews* mit den beteiligten Stakeholdern, Kostenträgern und IT-Anbietern wurden

- konkrete, bereits vorhandene Erfahrungen und Vorstellungen über netzbasierte Nachsorge und die Rolle von Plattformen erhoben;
- Fragen der technischen Umsetzbarkeit einer Web-, Android- und IOS-Applikation entsprechend den Wünschen der Rehabilitanden geprüft;
- die Realisierbarkeit der Erstellung der Onlineplattform in der Entwicklungsphase erörtert;
- Kostenszenarien für die Erstellung der Onlineplattform kalkuliert und die Finanzierung des weiteren Betriebs im Rahmen der erweiterten Nachsorge trägerübergreifend eruiert;
- im Verlauf der Konzeptphase auftretende alternative Gestaltungs- und Angebotsformen in die Überlegungen zur Entwicklung und Umsetzung des Angebots im Sinne eines lernenden Modells aufgenommen.

1.2. Zweck der Onlineplattform

Viele Rehabilitanden berichten, dass ihnen die Gemeinschaft in der Reha sehr wichtig war und als große (emotionale) Stütze wahrgenommen wurde. Begründet wird dies insbesondere durch eine Form der „Schicksalsgemeinschaft“ oder auch einer „Gemeinschaft der Leidensgefährten“, in der sich die Rehabilitanden wohl, geborgen und verstanden fühlen. Nur andere Betroffene könnten, so das oft gehörte Argument, das eigene Empfinden und Erleben tatsächlich nachvollziehen. Das wird auch durch die in der umfangreichen Selbsthilfeforschung bekannten Aussagen und Ergebnisse (z.B. Kardorff, 1996; Kardorff, 2010; Kofahl et al., 2019; ; Rosenbrock, 2015), die auch in der virtuellen Selbsthilfe beobachtet werden (Walther & Hundertmark-Mayser, 2011), bestätigt.

Ein Großteil der Rehabilitanden bleibt auch nach der Reha-Maßnahme über bereits bestehende Angebote (WhatsApp oder Facebook) individuell oder als Gruppe miteinander in Kontakt. Nach etwa sechs bis zwölf Monaten gehen diese Kontakte aber allmählich zurück bzw. werden abgebrochen; i.d.R. sind diejenigen Rehabilitanden, deren Gesundheitszustand sich deutlich verbessert hat, an einem weiteren Gedankenaustausch weniger interessiert. Das von uns entwickelte Onlineangebot setzt unter anderem hier an; Personen, die noch immer einen Bedarf nach Austausch mit anderen Betroffenen verspüren und die sich gesundheitlich meist noch nicht stabilisieren konnten, wird die Möglichkeit eröffnet, weiterhin in Kontakt mit anderen Betroffenen zu treten und sich dort Hilfe und Anregungen zu holen. Ein besonderer Vorteil besteht bei dieser Angebotsform in der Offenheit für Themen, die sich anlassbezogen stellen und verschiedene „Arenen“ (Strauss, 1998) betreffen, in denen Probleme nach der Rückkehr aus der Rehabilitation auftreten können, wie die Familie, der Freundeskreis, der Betrieb, die Freizeitgruppe, etc.

Unser *Modell einer begleiteten und moderierten Onlineplattform* befreit die Teilnehmer von der Abhängigkeit von der individuell gegründeten Facebook- oder WhatsApp-Gruppe und bietet die Chance einer systematischeren und mentalen Verknüpfung mit den Erfahrungen „ihrer“ Klinik oder beruflichen Reha-Einrichtung.

Ein Teil der Rehabilitanden verpasst es, noch während der Rehabilitation zukünftige Kontakte vorzubereiten. Die Gründe hierfür sind vielfältig: die Rehabilitanden vergessen schlichtweg, ihre Kontaktdaten auszutauschen; sie gehen von einer bleibenden gesundheitlichen Stabilität

aus, was sich im Nachgang der Reha manchmal als Fehleinschätzung herausstellt; die Rehabilitanden wissen während der (oft ja erstmaligen) Rehabilitation noch nicht, welche Hemmschwellen und Probleme auf sie zukommen, bei denen (emotionale) Unterstützung von anderen Rehabilitanden hilfreich wäre. Erfahrungen aus unserer 2019 abgeschlossenen Studie zum RTW nach psychosomatischer Rehabilitation legen die Vermutung nahe, dass einige der besonders bedürftigen Rehabilitanden zu wenig Eigeninitiative zeigen, ihnen schlicht der Mut fehlt, aktiv nachzufragen oder - wie vor allem bei depressiven Rehabilitanden- eine zu geringe Antriebskraft vorhanden ist (Kardorff et al., 2021). Das Online-Portal kann deshalb als ein proaktives Angebot fungieren, das es diesen Rehabilitanden erlaubt, auch im Nachgang der Reha einen hilfreichen Kontakt zu anderen Betroffenen aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Zentral geht es also um die Bereitstellung eines Zugangs zu anderen ehemaligen Rehabilitanden im Sinne eines „Peer-to-Peer“ Netzwerks für

- einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch,
- direkte wechselseitige Unterstützung und Hilfe (emotionale Unterstützung, Tipps, Kontakte),
- Anregungen zur Reflexion der eigenen Situation (Biografiearbeit, Krankheitsbearbeitung, Prioritätensetzung, Alternativen der Zukunftsgestaltung) am Beispiel Anderer,
- wechselseitige Bestärkung bei der Umsetzung von Reha-Empfehlungen und
- Informationsaustausch und -beschaffung.

Das Online-Portal soll dabei helfen eine „Peer-to-Peer“-Nachsorge ins Leben zu rufen; diese Art von Selbsthilfe entsteht ja nicht von selbst und nicht überall sind Selbsthilfezentren wie in größeren Städten vorhanden, die Gelegenheitsstrukturen dafür bieten. Mit einem Online-Portal und der flexiblen Möglichkeit sich zu vernetzen ist zudem eine niedrigere Schwelle zur Fortsetzung von Kontakten mit schon bekannten Mitrehabilitanden aus der gemeinsamen Erfahrung von Gruppenangeboten in der Klinik vorhanden. Zudem kann hier die Auswahl selbstbestimmt und nach Sympathie und Ähnlichkeit getroffen werden, was bei den traditionellen Selbsthilfegruppen nicht in derselben Weise gegeben ist.

Diese Möglichkeiten erscheinen uns im Sinne der Verstetigung des Rehabilitationserfolgs sowie zur Förderung der Selbstsorge sinnvoll, um die Versicherten beim Return to Work (RTW) bzw. Stay at Work (SAW) sowie beim Zurechtkommen nach der Rückkehr aus der Rehabilitation in Familie und Alltag zu unterstützen. Die Onlineplattform kann auch dahingehend wirken, dass ehemalige Rehabilitanden ihre Probleme bei der Arbeit wie auch in anderen Lebensbereichen austauschen, dafür Verständnis, Anregungen zur Bearbeitung aber auch direkte Unterstützung erhalten, ohne dass eine professionelle Person, etwa ein Sozialarbeiter oder Psychologe, dafür in Anspruch genommen werden muss. Dies kann auch zur Überbrückung und Selbststärkung hilfreich sein, da die Kontaktaufnahme zu Professionellen, vor allem zu niedergelassenen Psychologen/Psychotherapeuten erfahrungsgemäß oft mit langen Wartezeiten verbunden ist und vielfach persönliche und umweltbedingte Hemmschwellen existieren (z. B. Fremdheit, strukturelle Hemmschwellen durch Beantragung). Weiterhin erweist sich der im Forum vorhandene Lebensweltbezug als Hilfe zur Kontextualisierung für die Umsetzung der eigenen Bemühungen im Arrangement des Lebens und Arbeitens mit ggf. verbliebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen als anschlussfähig an Wahrnehmungs- und Selbstdarstellungsformen der Rehabilitanden. Gerade in der vom fachlichen Diskurs unterschiedenen lebensweltlichen Kommunikations- und Wissensform liegt eine besondere, von den Nutzern in realen wie virtuellen Selbsthilfeformen geschätzte Qualität (BAG-Selbsthilfe, 2016). Eigene Anliegen, andere Formen der Bearbeitung und Ansprache finden hier in einer Weise statt, die sich von formellen oder fachlichen Kontexten deutlich abheben, als alltagsnäher erlebt werden und unmittelbarer an die situativ jeweils dominierenden Relevanzhorizonte (Schütz, 2016) der ehemaligen Rehabilitanden bei ihrem weiteren Weg zurück in den Beruf und bei den Erfahrungen im Leben mit bedingter Gesundheit anschließen. Darüber hinaus können „erfolgreiche“ Rehabilitanden als Vorbilder dienen und ggf. als „Berater“ wirken und vor allem durch Ermutigung emotionale Unterstützung bereitstellen. Die positiven Wirkungen gehen dabei nicht nur in eine Richtung, sondern bestärken ihrerseits diejenigen in ihrem Selbstbewusstsein und ihrer Bedeutung, die anderen ihren Rat und ihre Unterstützung geben. Hier wirkt das Reziprozitätsprinzip (C. Stegbauer, 2002) als Motor: kommunikative und soziale Öffnung sowie das Angebot der Hilfe von der einen Seite steht in der Erwartung(zumutung) an die andere Seite, zumindest on-the-long-run, die entgegengebrachte Offenheit, die weitergegebene Information und den erhaltenen Rat, Ermutigung, Bestärkung oder auch Kritik zu erwidern.

Konzeptionell konzentriert sich die Onlineplattform auf die begleitende Unterstützung der Reha-Nachsorge über den „Peer“-Ansatz (Peer-Involvement), der sich in Psychiatrie, Suchtbehandlung und Behindertenversorgung bereits vielfach bewährt hat (z.B. Utschakowski et al., 2016), der mithilfe der Verstetigung des Rehabilitationserfolgs über die Förderung der Selbstsorge, der Eigenverantwortung sowie der sozialen Einbindung und Unterstützung ehemaliger Rehabilitanden untereinander erreicht werden kann.

1.3. Bedeutung des untersuchten Themas

Der (messbare) Erfolg einer Rehabilitation hängt von Trägerseite insbesondere vom Return to Work und somit davon ab, ob die Rehabilitanden wieder möglichst dauerhaft in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis gelangen. Aktuelle statistische Zahlen belegen, dass dies zwar einem Großteil der Rehabilitanden (innerhalb von zwei Jahren nach der Reha) gelingt (nach beruflicher Reha 58% (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019b, S. 73)), nach medizinischer Reha 75% [ebd., S. 51]), ein beachtlicher Teil der Rehabilitanden im Anschluss an die Reha aber ohne Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verbleibt. Darunter befinden sich auch Personen, die für sich keine weitere Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr sehen und einen Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente stellen; allein im Jahr 2019 wurden von den Rentenversicherungsträgern 161.500 Neuzugänge nach SGB VI registriert (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020). Auch für Rehabilitanden, die nach der Reha nicht wieder zurück in den Beruf gehen, ist der Erfolg der Stabilisierung im Alltag und damit die Verhinderung von Rückfällen über eine onlinegestützte Ermutigung durch Andere von großer Bedeutung.

Qualitativ und quantitativ wird in der Literatur immer wieder auf die positive Wirkung der sozialen Unterstützung und Einbindung auf den Erfolg der Maßnahme (z.B. Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003; Hofreuter-Gätgens et al., 2016; Bülau et al., 2016; Köllner, 2016), auf den RTW (z.B. Angerer, 2012; Shaw et al., 2013; Wellmann, 2015; Hoefsmid et al., 2014) auf die Gesundheit im Allgemeinen (z.B. Badura, 1981; Dragano, 2007; Nøst et al., 2017; Quirk et al., 2017) und auf den Erhalt der Gesundheit in der Arbeit (z.B. Brännström et al., 2013; Toker et al., 2012; Pereira & Elfering, 2014; Nielsen & Randall, 2012; Drössler et al., 2016) verwiesen. Seit Badura (1981) ist der Aspekt *der sozialen Unterstützung und Einbindung* für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg in der Rehabilitationswissenschaft fest verankert, als wichtiger

Kontextfaktor unstrittig und in seiner Wirkung gut belegt (vgl. zum Überblick Kardorff, 2010).

Eigene Forschungsergebnisse bestätigen die Relevanz sozialer Einbindung und Unterstützung und verweisen gleichfalls darauf, dass diese Aspekte neben ihrer Wirksamkeit auf den erfolgreichen Abschluss der Reha-Maßnahme (vgl. Meschnig et al., 2015) auch einen erheblichen Einfluss auf den RTW-Erfolg haben (vgl. Klaus et al., 2017). Ergebnisse aus unserer kürzlich abgeschlossenen und noch nicht publizierten Studie² bestätigen diesen Einfluss und erweitern die Wirksamkeit auf RTW-Prozesse unabhängig von der Art der Reha-Maßnahme.

Der sozialen Einbindung in eine Gruppe von Rehabilitanden während der Reha-Maßnahme sowie die gegenseitige (emotionale) Unterstützung wird seitens der Rehabilitanden ein besonderer Stellenwert beigemessen. Die Gruppe gilt als „Schicksalsgemeinschaft“ und ist während der Maßnahme die primäre Bezugsgröße für die Wiedergewinnung von Stabilität im (neuen, zumindest aber: veränderten) Leben mit einer chronischen Krankheit. Der Gruppe wird von den Rehabilitanden eine derart hohe Relevanz bei der Genesung zugeschrieben, dass teilweise temporäre oder dauerhafte Freundschaften oder zumindest zeitlich begrenzte biografische Begleitungen im Prozess der Wiedergewinnung (gesundheits-)biografischer Stabilität untereinander entstehen. Die Förderung der Überführung während der Rehabilitation etablierter Gruppen in die Zeit nach der Reha bzw. die Förderung der Entstehung neuer (virtueller) und stabiler Gruppen nach der Rehabilitation stellt daher aus unserer Sicht einen entscheidenden unterstützenden Faktor für eine nachhaltige gesundheitliche Restabilisierung sowie einen erfolgreichen RTW und SAW dar und verringert die Wahrscheinlichkeit für einen Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente. Der direkte praktische Nutzen der Peer-to-Peer Onlineplattform liegt also in der Stärkung der Selbsthilfe und Eigenverantwortung der Rehabilitanden vermittelt über den „Peer“-Ansatz und einer gleichzeitigen (potentiellen) *Entlastung* der Professionellen im Rehabilitationssystem zu verhältnismäßig geringen Kosten. Mit dem Blick auf die Nachsorge besteht der Grundgedanke darin, einen innovativen, von Rehabilitanden wie von Fachkräften akzeptierten und kosteneffizienten Baustein begleitend zur regulären Nachsorge an den Schnittstellen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation im Übergang zum häuslichen und beruflichen Alltag bereitzustellen, der dabei hilft, den Rehabili-

² Kardorff et al. (2019)

tationserfolg nachhaltig zu sichern, indem er die gegenseitige Hilfe der Rehabilitanden (untereinander) fördert, Eigeninitiative, gesundheitliche Selbstsorge und das Empowerment stärkt.

2. Stand der Forschung und theoretische Vorüberlegungen

Im nachfolgenden werden mit Bezug auf das Forschungsvorhaben relevante Erkenntnisse zu E-Health und computervermittelter Gesundheitskommunikation in Deutschland dargestellt. Daran anschließend werden einzelne wichtige Punkte zur theoretischen Fundierung der Onlinenplattform, zu beachteten Qualitätskriterien und Zertifizierungsmöglichkeiten sowie zu rechtlichen Bestimmungen aufgegriffen um anschließend Schlussfolgerungen aus dem Forschungsstand darzulegen.

2.1. E-Health und computervermittelte Gesundheitskommunikation in Deutschland

Der Bereich E-Health gewinnt durch die Zunahme an Internetverfügbarkeit und Smartphone-nutzung, den Kontaktbeschränkungen in der Corona-Pandemie sowie dem Digitalen Versorgungsgesetz zunehmend an Bedeutung.

Unter der Vielzahl an Definitionen von E-Health sticht neben der sehr breiten Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO, die E-Health als: „the use of information and communication technologies (ICT) for health“ (WHO, 2009) beschreibt, die von Eng (2001) heraus, die nach Pagliari et al. (2005) am präzisesten ist. Hier wird E-Health als: „the use of emerging information and communication technology, especially the Internet, to improve or enable health and healthcare“ verstanden (Eng, 2001, S. 1). Parallel dazu werden nahezu die Begriffe Digital Health und Health 2.0 synonym verwendet. Angebote aus diesem Spektrum zeichnen sich durch Möglichkeiten der Partizipation und Interaktivität mit anderen Nutzern, Leistungserbringern und Kostenträgern aus (Knöppler et al., 2016).

Eine Einteilung von E-Health erfolgt in fünf Leistungsbereiche:

- Content: Bereitstellung und Vermittlung von Informationen über Gesundheit und Krankheit,
- Commerce: Unterstützung und Aufrechterhaltung von Geschäftsbeziehungen,
- Connectivity: Vernetzung von Patienten mit Leistungserbringern,
- Care: Unterstützung medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen (z. B. elektronisches Rezept, Telemonitoring, Telechirurgie),

- Community: soziale Netzwerke in Diskussionsforen oder Peer-to-Peer-Plattformen (ebd.)³, teilweise im Dialog oder mit Moderation durch Gesundheitsexperten (Baumann & Link, 2016).

Unser Konzept bezieht sich auf die Bereiche *Health Content*, *Health Connectivity* (auch *Health Provision*) und vor allem *Health Community* und zählt demzufolge zur computervermittelten Gesundheitskommunikation, die einen eigenständigen Bereich in den Anwendungsmöglichkeiten von E-Health darstellt (Rossmann & Stehr, 2010 // 2019; Rossmann & Karnowski, 2014) und die all jene internetbasierten Anwendungsmöglichkeiten umfasst, „die einen individual-kommunikativen Austausch über oder die massenkommunikative Bereitstellung von Gesundheitsinformationen ermöglichen.“ (Rossmann & Stehr, 2010 // 2019, S. 397).

Nach den Ausführungen zur Internetnutzung wird näher auf die Studienlage zur Gesundheitskommunikation eingegangen.

2.1.1 Soziodemografische Variablen zur Computer- und Internetnutzung

Im Jahr 2020 verfügten 91,9% aller Haushalte über einen Computer (inkl. Tablets) und 94,3 % der privaten Haushalte in Deutschland über einen Internetzugang. Am häufigsten wird für die Internetnutzung das Smartphone verwendet (80%), erst danach folgen Laptop bzw. Notebook (74,5%) und ein stationärer Desktop-PC (44%, (Statistisches Bundesamt, 2020b). In der Altersklasse der 14-49-jährigen liegt der Anteil der Internetnutzer bei nahezu 100%. Jedoch sind auch die Anteile bei den darüber liegenden Altersklassen hoch: bei den 50- bis 59-Jährigen lag der Anteil der Internetnutzer bei 96%, bei den 60- bis 69-Jährigen bei 93% und bei den Personen ab 70 Jahren bei 75%. Insgesamt beläuft sich der Anteil der Personen in Deutschland, die das Internet zumindest ab und zu nutzen auf 94% (66,4 Millionen der insgesamt 70,6 Millionen Menschen ab 14 Jahren), was einen Zuwachs von 3,5 Millionen zwischen den Jahren 2019 und 2020 bedeutet. Den höchsten Anstieg verzeichneten dabei die Altersklassen ab 60 Jahren (ARD/ZDF-Onlinestudie, 2021). Auch die Anzahl der Personen, die das Internet täglich nutzen, ist gestiegen und liegt bei 72% (51 Millionen). Die durchschnittliche tägliche Internetnutzung

³ In der Einteilung von Kacher et al. (2000) wird Computer Application anstatt Community einbezogen, also Technologien für Kommunikation und Informationsaustausch.

im Jahr 2020 lag bei 204 Minuten (knapp 3,5 Stunden). Geschlechtsspezifische Unterschiede bzgl. der Internetnutzung gibt es seit 2018 keine mehr (ebd.).

Daraus lässt sich ableiten, dass für die meisten privaten Haushalte in Deutschland eine Ausstattung mit Computern und einem Internetzugang auch in den höheren Altersklassen üblich geworden ist und die tägliche Internetnutzung in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Dabei spielen vor allem mobile Endgeräte wie das Smartphone eine entscheidende Rolle, die das Internet zu einem ständig verfügbaren Medium machen.

Damit gewinnt der Teilbereich mobile Health (mHealth) immer mehr an Bedeutung (Stoyanov et al., 2015). Hierbei handelt es sich um „the evolution of ehealth systems from traditional desktop ‚telemedicine‘ platforms to wireless and mobile configurations“ (Istepanian et al., 2006, S. 3). Die mHealth-Apps oder auch digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) dienen also ebenso der Gesundheitsversorgung, -förderung oder -überwachung (Rossmann & Krömer, 2016) und weisen eine Vielzahl von positiven Aspekten auf; z.B. Verbesserung der Versorgungslage, Steigerung der Behandlungsflexibilität und -adhärenz, Stärkung der Patientenautonomie und Selbstwirksamkeit (Döring, 2014; Terhorst et al., 2018). Zu den negativen Aspekten verbunden mit der Internetnutzung zählen insbesondere Probleme mit der Datensicherheit und dem Datenschutz, fehlende Evaluationsstudien bzgl. der Wirksamkeit oder möglicher Gefahren für Nutzer sowie die Unübersichtlichkeit des Marktes und der Anbieter (Döring, 2014; C. Bauer, 2018b). Eine Übersicht geben hier etwa die Internetseiten mhad.science⁴ und digimedia.de.

2.1.2 Gesundheitskommunikation via Internet

Neben der Nutzung des Internets für die Freizeitgestaltung und Unterhaltung via Videos, Audioinhalten oder Spielen dient es insbesondere der virtuellen Interaktion über Social Media, Messenger-Diensten (z.B. WhatsApp) oder Foren und der Beschaffung von Informationen.

Zu den meistgesuchten Themen im Internet gehören Gesundheitsthemen (Link, 2019). Etwa 71% der privaten Internetnutzer bezogen im ersten Quartal 2020 Informationen hierzu (Statistisches Bundesamt, 2020a). Der Einstieg erfolgt oftmals über Suchmaschinen wie Google, um schnell und einfach die gewünschten Informationen zu finden (Baumann &

⁴ Zuletzt geprüft am 12.02.2021

Czerwinsky, 2015). Gesucht werden dabei vor allem Informationen zu gesunder Lebensweise, Wohlbefinden und Prävention, gefolgt von Informationen über Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten, Informationen über das Gesundheitssystem und schlussendlich Informationen über Akteure und Institutionen der Gesundheitsversorgung (Baumann & Hastall, 2014). Ziele der Suche waren neben der reinen Wissenserweiterung zur Erkrankung und Symptomen, soziale und kommunikative Aspekte zum Umgang mit der Erkrankung oder auch die Überprüfung und Ergänzung ärztlicher Informationen vor und nach einem Arztbesuch (Marstedt, 2018; Rossmann et al., 2018).

Charakteristisch für Gesundheits-Onliner sind soziodemografische und -ökonomische Merkmale wie ein jüngeres Alter bis 50 Jahre, eine höhere Bildung und Einkommensstärke (Baumann & Link, 2016). Ihr Gesundheitsbewusstsein ist im Verhältnis zu anderen Bevölkerungsgruppen und Milieus stärker ausgeprägt (Rossmann & Stehr, 2010 // 2019). Bezüglich des Geschlechts zeichnen Baumann & Czerwinsky ein ambivalentes Bild (Baumann & Czerwinsky, 2015). Marstedt hingegen weist darauf hin, dass Frauen als traditionelle „health-keeper“ in der Familie häufiger nach Gesundheitsthemen im Netz suchen (Marstedt, 2018).

Im Bereich der internetbasierten Gesundheitskommunikation zeichnet sich ein *Second Level Digital Divide* ab: Auch wenn innerhalb Deutschlands die Internetverfügbarkeit größtenteils vorliegt (Nichtvorhandensein = Digital Divide), nutzen Personengruppen es nicht für Zwecke der Gesundheitsinformation aus Mangel an Vertrauen in ihre Internet- oder Suchkompetenzen (Trepte & Reinecke, 2010 // 2019; Rossmann et al., 2018). Gleichzeitig sind die gesundheitlichen Risiken für ältere, niedriggebildete und einkommensschwache Personen höher (*Double Divide* Marr & Zillien, 2010 // 2019, S. 296). Die Stärkung der sogenannten *Health Literacy* ist von zentraler Bedeutung für die Einordnung von Gesundheitsinformationen und deren Qualität durch die Nutzer (Rossmann & Stehr, 2010 // 2019) und umfasst dabei folgende wichtigen Fähigkeiten: Lese- und Schreibfertigkeiten zur Informationsaneignung (funktionelle Health Literacy); soziale Fertigkeiten, um an alltäglichen Aktivitäten zu partizipieren (interaktive Health Literacy) und vor allem die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen kritisch zu analysieren und zu hinterfragen, sie mit anderen zu diskutieren und sie in der Folge optimal umzusetzen (kritische Health Literacy) (F. Fischer & Dockweiler, 2016). Zusätzlich zu berücksichtigen ist, dass auch eine Vermeidung und Abwehr von Gesundheitsinformationen auftreten kann, da sie negative Assoziationen und Gefühle bzgl. Krankheit und Tod auslösen, dem

bisherigen Gesundheitsverhalten konträr entgegenlaufen und tiefgreifende Verhaltensänderungen verlangen, z.B. Änderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten (Baumann & Hastall, 2014).

Obwohl häufig ein konkreter Anlass für die Suche nach Gesundheitsinformationen wie Krankheitssymptome besteht, ist der Zusammenhang zwischen einer Erkrankung und der Nutzung von Informationsangeboten nicht belegt (Baumann & Link, 2016). Unstrittig ist jedoch, dass sich chronische Erkrankte intensiver mit der Suche nach Gesundheitsinformationen auseinandersetzen und wie diese genutzt werden (Rossmann & Stehr, 2010 // 2019; Rossmann et al., 2018). Demnach wird nach der Diagnose bewusst nach Heilungschancen und Therapiemöglichkeiten, aber auch emotionalen Beistand gesucht (Schaeffer et al., 2019). Wenn nach der Nutzung von Therapien keine Heilung oder Verbesserung eintritt, werden vor allem Informationen nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten erwogen. Der Austausch mit anderen Betroffenen rückt in den Vordergrund (Rossmann & Stehr, 2010 // 2019).

Demzufolge sind neben der informationellen Unterstützung und der Steigerung des Empowerments der persönliche Austausch ein Hauptbedürfnis vor allem der chronisch erkrankten Gesundheits-Onlineer (Baumann & Czerwinsky, 2015). Das betrifft sowohl den Austausch mit professionellen Gesundheitsdienstleistern als auch mit anderen Betroffenen z.B. in Online-Selbsthilfeforen. Eine Übersicht über das vielfältige Angebot der virtuellen Selbsthilfe bietet die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter <https://www.nakos.de/adressen/gruen/selbsthilfe-internetforen/> an. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl an weiteren Angeboten, die nicht systematisch erfasst sind und sich bei der gezielten Suche nach Diagnosen finden lassen.

Die sogenannten *Health Communities* zeichnen sich durch einen auf persönlichen Erfahrungen basierenden Austausch zu einem konkreten Gesundheitsthema oftmals auf eine bestimmte Erkrankung bezogen aus (Symptome, Diagnostik, Therapie, Lebensstile, Trends). Zusätzlich zum Informationsaustausch werden eigene Gefühle und Erlebnisse berichtet, die durch ab- und aufwärtsgerichtete Vergleichsprozesse zur Bewältigung des Krankheitserlebens und persönlichen Wachstum beitragen können (Fahr & Ort, 2019). Kontrollfunktionen obliegen den Administratoren und wenn vorhanden Moderatoren oder den Mitgliedern selbst. In einigen Foren werden Gesundheitsfachleute mit einbezogen. Eine Registrierung ist obligatorisch, wo-

bei die Inhalte oftmals öffentlich zugänglich sind. Das spiegelt sich auch im Aktivitätsgrad wider: So setzen sich Onlineforen zu etwa 1% aus Stammmitgliedern und zu 9% aus aktiven Gelegenheitsgästen zusammen. Den Hauptanteil bilden mit 90% jedoch stille Mitleser (*Lurker*, Baumann & Link, 2016; Döring, 2014). Nach Preiß (2012) und Brunner et al. (2011) werden diese ebenso als zur Community dazugehörig wahrgenommen. Durch die virtuelle Gemeinschaft am meisten unterstützt, fühlten sich allerdings die aktiven Mitglieder, die in einen Prozess des Gebens und Nehmens eingebunden waren (Preiß 2012). Die Kontakte werden vom Großteil der Nutzer als ebenso eng und bedeutsam wie reale Kontakte wahrgenommen. Ein Übergang von virtuellen zu realen Treffen ist durchaus möglich (Hundertmark-Mayser & Walther, 2012). Aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung kam es zur Einstellung einiger privater Seiten bzw. es erfolgte ein Übergang in Gruppen von sozialen Medien, wie z.B. Facebook. Die dortigen Datenschutzprobleme wurden von den Gründern weitgehend ignoriert. So können z.B. Mitgliederlisten auch von Personen eingesehen werden, die nicht involviert sind und Inhalte zu Werbezwecken getrackt werden. Die NAKOS verweist in ihren Broschüren auf diese Problematik (NAKOS, 2019). Dennoch können trotz aller Risiken auch soziale Medien einen Einstieg in die Gesundheitskommunikation bieten (Moorhead et al., 2013; Pietrabissa et al., 2015; Rossmann & Karnowski, 2014) .

Neben den privat betriebenen Foren werden Health Communities auch von Medienunternehmen (Verlage), wissenschaftlichen Anbietern (Fachverbände, Forschungsinstitute) und verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens (z. B. Krankenkassen, Ärzten, Gesundheitsämter, Pharmakonzerne) betrieben, die teilweise auch kommerzielle Interessen verfolgen (Rossmann & Stehr, 2010 // 2019).

Zusammengefasst lassen sich folgende positive und negative Aspekte von Gesundheitskommunikation im Internet finden (Hundertmark-Mayser & Walther, 2012; Döring, 2014, 2010 // 2019; Klein et al., 2016; Link, 2019; Rossmann & Stehr, 2010 // 2019; S. Bauer & Kordy, 2008; Baumann & Link, 2016; Hennemann et al., 2017; Naslund et al., 2016; Brunner et al., 2011; Terhorst et al., 2018):

Tabelle 1 Positive und negative Aspekte von computervermittelter Gesundheitskommunikation

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • informationelle Unterstützung und Wissenszuwachs (Hinweise auf Diagnose- und Therapieverfahren und Empfehlungen) • emotionale und soziale Unterstützung (Anteilnahme, Ermutigung) • Finden von Personen in ähnlicher Situation aber unterschiedlichen Erfahrungen, die als Vergleichsfolie diesen können • gegenseitige Motivation zur Einhaltung von Therapie- und Trainingsplänen • Erschaffung eines Gemeinschaftsgefühls, das identitätsstiftend und selbstwertstärkend sein kann • Möglichkeiten der gesundheitlichen Mitbestimmung, Mitverantwortung und Mitgestaltung • positive Gegenerfahrungen zu der Krankheits- und Behandlungsdynamik aufgrund der aktiven Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten • Kontrollierbarkeit der Kommunikationssituation (Ausstieg ist jederzeit möglich) • der schriftliche Austausch regt zu Konkretisierung der Problemlagen und Bedürfnisse an und kann zu einem späteren Zeitpunkt nochmal nachvollzogen werden • Erreichbarkeit von marginalisierten und diskriminierten gesellschaftlichen Gruppen durch Anonymität und möglicher Übergang in Behandlungsangebote • Überbrückung von Wartezeiten • niedrighschwellige Teilnahmebedingungen • Orts- und Zeitunabhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Qualitätskontrolle: schwankenden Informationsqualität • fehlende Nähe • Verlust an Gesprächsinformationen durch Fehlen nonverbaler Signale bei schriftlichem Austausch • Konflikte, Diskriminierung und Cybermobbing • Rückzug aus der realen Welt/Internetsucht • Cyberhypochoondrie • Übernahme von gesundheitsgefährdeten Verhalten und Verzicht auf erforderliche Arztbesuche • Formen des Digital Divide • Gefährdungen der Privatsphäre und des Datenschutzes • Unübersichtlichkeit der Angebote, bei denen ggf. kommerzielle Interessen im Vordergrund stehen • erfordert gestärkte Medien- und Gesundheitskompetenz der Nutzer um diesen Risiken entgegenzuwirken

Die Aufzählung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, verdeutlicht das Angebote der virtuellen Gesundheitsinformation und -kommunikation und letztlich auch Online-Nachsorge als ergänzende Angebote zu verstehen sind, die im Zusammenwirken mit nicht-virtueller Gesundheitsversorgung ihr Potenzial entfalten können (vgl. Zwerenz & Beutel, 2017).

2.1.3 Empirische Befunde und Studienlage zum Thema internetbasierte Nachsorge/Online-Nachsorge

Die DRV reagiert auf diese Entwicklungen, indem sie neben den herkömmlichen Reha-Nachsorge Programmen (IRENA, PsyRena und T-Rena) als erweitertes Angebot auch die Möglichkeit der Tele-Reha-Nachsorge einräumt (Deutsche Rentenversicherung, 2018). Ein Beispiel, dass mittlerweile als Regelangebot in der Reha-Nachsorge anerkannt wurde und als Medizinprodukt zertifiziert wurde ist DE-RENA (ehemals eATROS). Über eine App und regelmäßige Telefonate mit Psychotherapeuten werden depressive Patienten im Anschluss an die psychosomatische Rehabilitanden im Transfer des gesundheitsförderlichen Verhaltens in den Alltag unterstützt (Schmädeke et al., 2019), was dem Ziel der Nachsorge nach einer nachhaltigen Lebensstiländerung entspricht (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a). Eine Vielzahl weiterer Projekte mit unterschiedlichster Konzeption und Zielgruppen befinden sich in Pilotstudien. Einen Überblick zu Onlineangeboten in der Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge im Gesundheits- und Rehabilitationssystem geben: Schug et al. (2016); Deck und Theissing (2016) und S. Bauer und Kordy (2008). Im Hinblick auf die vier für unser Projekt relevanten Indikationsgruppen, die nach ihrer sozialepidemiologischen Bedeutsamkeit ausgewählt wurden, und die berufliche Rehabilitation wird im Folgenden auf einige Angebote vertiefend eingegangen.

In der *orthopädischen Online-Nachsorge* werden vorwiegend telerehabilitative Bewegungstherapien angeboten, die sich auf den Erhalt oder die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit fokussieren z.B. Caspar Health⁵, RehalnterAct, MyRehab (siehe Fraunhofer Fokus; Fraunhofer Fokus) . Eine Reihe von Studien belegt die Zufriedenheit der Patienten, der Wirksamkeit der Interventionen vor allem bei Knie- und Hüftinterventionen und die Entlastung der Leistungserbringer (John & Einhaus, 2017). Darüber hinaus werden verschiedene An-

⁵ <https://caspar-health.com/> [zuletzt geprüft am 12.02.2021]

sätze für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, teilweise in Verbindung mit psychischen Beeinträchtigungen, erprobt. So untersuchten Moessner et al. (2013) die Wirksamkeit eines internetgestützten Nachsorgeangebots, das die Komponenten Selbstmonitoring und angeleitete Chat-Gruppensitzungen beinhaltet. Wenngleich die Akzeptanz des Angebots hoch war, konnte keine Wirksamkeit nachgewiesen werden (Moessner et al., 2013). Auch Pfaudler et al. (2015) kommen bei ihrer Machbarkeitsstudie zur Internetbasierten Nachsorge nach multimodaler orthopädischer Rehabilitation zu dem Ergebnis, dass die Akzeptanz hoch ist, jedoch auch die Drop-out Raten. Die Intervention bezog sich auf die wöchentliche Bereitstellung eines persönlichen Berichts zu Erfolgen und Schwierigkeiten hinsichtlich der im Vorfeld vereinbarten Nachsorgeziele in einem Forum, auf die sowohl ein Psychotherapeut als auch andere Forumsmitglieder antworteten (Pfaudler et al., 2015). Studien zur Wirksamkeit liegen nicht vor. Demgegenüber konnte die Wirksamkeit im Projekt WARD-BP von Ebert et al. (2019), bei dem eine begleitete internetbasierte Intervention zur Bewältigung von Depression als Nachsorgemaßnahme nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung für chronische Rückenschmerzen durchgeführt wurde, nachgewiesen werden. Es zeigten sich im Vergleich zu Kontrollgruppe signifikante Ergebnisse bzgl. einer niedrigeren Schmerzintensität, einer geringeren schmerzbedingten Beeinträchtigung, eine höhere Schmerzselbstwirksamkeit, eine höhere Lebensqualität sowie eine erhöhte Remissionsquote (Ebert et al., 2019). Ein weiteres Projekt, dass die Implementierung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdiagnostik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation mittels dem Diagnostiksystem RehaCAT⁶ zum Ziel hat, wird aktuell von der Universität Ulm durchgeführt.

In der *kardiologischen Online-Nachsorge* stehen verschiedene Angebote zum Telemonitoring von medizinischen Daten (z.B. Blutdruck, Gewicht) und Medikamenteneinnahme sowie Angebote zur gesunden Ernährung, Rauchentwöhnung, Bewegungssteigerung und Stressverminderung bereit⁷, die sich übergreifend auch auf andere Indikation beziehen. Speziell für Herz-Kreislauferkrankungen gibt es den Cardio Coach⁸ und die Kardio App (Stamm-Balderjahn & Rossek, o.j.), die alle medizinischen Daten bündeln und Trainingspläne bzw. Fitnessziele zur Verfügung stellen. Einen anderen Ansatz verfolgt das Projekt RENATA, bei dem der Transfer

⁶ <https://rehacat.de/de/uber-rehacat/> [zuletzt geprüft am 12.02.2021]

⁷ vgl. <https://digimeda.de/> [zuletzt geprüft am 12.02.2021]

⁸ <https://www.bnk-cardiocoach.de/#/> [zuletzt geprüft am 12.02.2021]

der erlernten Reha-Inhalte in den Alltag über eine internetbasierte Intervention angeregt wird. Ziel ist dabei die Gewöhnung der Rehabilitanden an regelmäßige Bewegung und eine dauerhaft gesunde Ernährung unter Berücksichtigung persönlicher Vorlieben und Barrieren durch konkrete Planung. Erste positive Wirksamkeitsnachweise liegen vor (Storm, 2016). Weiterhin bietet das Onlineportal herzwegweiser.de eine Reihe von Informationen für kardiologische Rehabilitanden und deren Behandler im Raum Berlin-Brandenburg (Stamm-Balderjahn et al., 2018).

Neben einer Fülle an Informationsseiten und psychosozialen Online-Beratungsangeboten werden aktuell zwei Projekte *zur Online-Nachsorge für onkologische Rehabilitanden* durchgeführt. Zum einen die Studie „Psychosoziale Online-Selbsthilfe für onkologische Patienten (PO-SOP)“, die die Verbesserung der psychosozialen Versorgung nach Krankenhausentlassung und die Erleichterung der Rückkehr in den Alltag über ein Online-Selbsthilfeprogramm auf Basis psychoonkologischer Behandlungsleitlinien und Bedingung in Deutschland sowie emotionsbasierter Therapiekonzepte anvisiert⁹. Zum anderen die ReNa-App, die eine Steigerung der Langzeiteffekte onkologischer Rehabilitation bei Brustkrebs anstrebt. Die Nutzerinnen dokumentieren ihre Vorsätze und deren Umsetzung in Tagebuchform und erhalten motivierendes Feedback (Deck & Rutsch, 2020). Die App basiert auf dem Nachsorgekonzept „Neues Credo“, das bereits in der orthopädischen Reha-Nachsorge erprobt und evaluiert wurde und nun auch auf die Kardiologie ausgeweitet wurde. Ziel ist die Ausdehnung der Nachsorge auf ein Jahr durch unterstützende und motivierende Nachsorgebeauftragte in den Kliniken zur Stärkung der Eigenverantwortung und -initiative der Rehabilitanden. Die stationäre Rehabilitation wird als Schulungs- und Trainingsphase zu Beginn des Rehabilitationsprozesses betrachtet, womit der Nachsorge eine entscheidendere Rolle zukommt (Deck et al., 2012). Bereits beendet ist die Untersuchung eines norwegischen Internetangebots mit Informationen zur Erkrankung, Handlungsempfehlungen für den Umgang mit bestimmten Symptomen, Dokumentation des Gesundheitszustandes, einem Diskussionsforum sowie der Möglichkeit des Austauschs mit Krankenpflegepersonal. Genutzt wurde vor allem das Forum sowie der Austausch mit Professionellen. Die Nutzer empfanden das Online-Portal als hilfreich und es zeigte sich eine deutliche Reduktion von Depressionen (Ruland et al., 2013).

⁹ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/posop-psychosoziale-online-selbsthilfe-fuer-onkologische-patienten.135> [zuletzt geprüft am 19.02.2021]

Im Bereich *Psychosomatik* lassen sich neben der eingangs erwähnten DE-RENA App eine Vielzahl an Onlineangeboten finden; virtuelle Gruppenangebote für psychisch kranke Menschen haben sich dabei bereits als erfolgreich erwiesen. Die vorhandenen Pilotstudien zur Psychosomatik setzen sich unterschiedlich zusammen und konzentrieren sich auf verschiedene Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Holländare et al. (2011) verfolgen das Konzept einer internetbasierten kognitiven Verhaltenstherapie bei Major Depression und kommen im Ergebnis zu weniger Rückfälle als bei der Kontrollgruppe. Die Intervention von Gulec et al. (2011) umfasst mehrere Online-Komponenten für Psychoedukation, Selbsthilfe, Peer Support und professionelle Beratung und erwies sich als gut akzeptiert. Das Gros der Pilotstudien mit Patienten bzw. Rehabilitanden mit F-Hauptdiagnosen konzentriert sich aber auf die Nachsorge. Wolf et al. (2006) präferieren eine E-Mail Nachbehandlung, Brakemeier et al. (2013) unterstützen mit einer „Step-Down-Onlineintervention“ die Patienten dabei, das in der Therapie Erlernte im Alltag zu festigen. Bischoff et al. (2010) gelingt es mit einem ambulanten „E-Coaching“, die während der stationären Rehabilitation erreichten Therapieziele (z. B. Reduktion der Verausgabebereitschaft) zu verstetigen und Kordy et al. (2011) erzielen mit ihrem Konzept der „Internet-Brücke“ eine nachhaltige klinisch bedeutsame Verbesserung der psychischen Gesundheit. Das „W-RENA“ Programm von Ebert et al. (2013) verdeutlicht die Vorteile der Onlinenachsorge im Kontrast zu einer poststationären Face-to-Face Nachsorge (Anschlussfähigkeit, Erreichbarkeit, geringe Kosten, Förderung des Empowerments etc.). Besonders vielversprechend scheinen Chat- und Forenangebote zu sein. So zeigten Golkaramnay et al. (2010) im Nachgang der von ihnen angebotenen 15-wöchigen therapeutisch begleitenden Chatgruppe, dass das Angebot auf eine hohe Akzeptanz stößt und auch genutzt wird. Die krankheitsbedingten Rückfälle sinken durch die Teilnahme an einer Chat-Gruppe im Anschluss einer stationären Behandlung bei psychosomatisch erkrankten Personen signifikant (22,2% gegenüber 46,5% bei der Kontrollgruppe [S. Bauer, Wolf, et al., 2011] bzw. 24,7% gegenüber 38,5% bei der Kontrollgruppe 12 Monate nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik [Golkaramnay et al., 2007]). Allerdings erfordern Chats eine schnelle Schreibfähigkeit, während Foren ein größeres Maß an Introspektion bieten, da sich die Nutzer bei der Beantwortung Zeit lassen können (Ebert et al., 2008).

Weiterhin weist die englischsprachige Kommunikationsplattform side by side¹⁰ (ehem. Elefriends), die Peer-Unterstützung für Menschen mit psychischen Problemen bietet, eine große

¹⁰ <https://sidebyside.mind.org.uk/> [zuletzt geprüft am 19.02.2021]

Ähnlichkeit mit unserer geplanten Onlineplattform auf. Die Kommunikation erfolgt über ein persönliches Profil, das mit einem Foto und einer Biografie anpassbar ist. Die Plattform enthält außerdem die Funktionen: Posten, Teilen, Kommentieren, private Nachrichten, Tags und Filter und entsprechen denen von sozialen Online-Communities wie Facebook. Wenn die Unterstützung auf der Plattform nicht ausreicht, kann Kontakt zur Hintergrundorganisation „Mind“ aufgenommen werden, die professionelle Hilfe vermittelt (Tucker & Goodings, 2015).

Einen anderen Weg geht die unter anderem von der Abteilung Rehabilitationspsychologie der Universität Freiburg entwickelte Webseite www.krankheitserfahrungen.de (vgl. z.B. Lucius-Hoene et al., 2015). Basierend auf qualitativen Interviews mit erkrankten Versicherten werden Krankheitserzählungen in Texten, Audio- oder Videomittschnitten wissenschaftlich aufbereitet und entsprechend der Leitlinien des DIPEX-Dachverbandes online präsentiert. Die Webseite stößt auf hohen Zuspruch unter den erkrankten Personen. Seit 2017 gibt es unter dieser Adresse auch eine eigene von der Deutschen Rentenversicherung geförderte Plattform zur medizinischen Rehabilitation (www.krankheitserfahrungen.de/module/medizinische-reha). In eine ähnliche Richtung geht die Informationsseite Reha:info¹¹ von Schury et al. (2018), die psychosomatischen Rehabilitanden im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation per Video-Fallbeispielen Einblicke bietet. Hintergrund sind die Ergebnisse einer kontrollierten Studie, die aufzeigte, dass ein Online-Programm zur Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Behandlung Verbesserungen bzgl. körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen nach Abschluss der Rehabilitation bewirkte (Zimmer et al., 2015).

Dagegen gibt es im Bereich der *beruflichen Rehabilitation bzw. zur Bewältigung beruflicher Belastungen kaum Online-Angebote*, obwohl die Rehabilitanden durchaus berufliche Problemlagen erwarten (Hennemann et al. 2017). Allerdings gibt es Angebote zum Umgang mit Stress am Arbeitsplatz z.B. das Projekt GSA-Online (Plus) der Universitätsmedizin Mainz, das als Schreibintervention angelegt ist und die Wiedereingliederung von orthopädischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitanden verbessern konnte (Johannes Gutenberg-Universität Mainz, o.j.). Letztendlich führt eine Verbesserung der psychischen Belastungen zu positiven Auswirkungen bzgl. Arbeits- und Leistungsfähigkeit und damit Vermeidung von dauerhafter Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung (Zwerenz & Beutel, 2017).

¹¹ <https://psych-reha.unimedizin-mainz.de/rehainfo/#start-page> [zuletzt geprüft am 19.02.2021]

Zusammenfassend werden Online-Nachsorgeangebote von Patienten und Rehabilitanden durchaus positiv aufgenommen und bewertet. Dies gilt auch für ältere Personen (Hennemann et al., 2017). Allerdings setzt das niederschwellige Angebote voraus, die einen einfachen Einstieg erlauben. Auch wenn hohe Drop-Out Raten zu berücksichtigen sind (Hennemann et al., 2016) haben diese nicht in jedem Fall mit einer Unzufriedenheit mit den Angeboten zu tun, sondern können auch Ausdruck dafür sein, dass die Betroffenen Unterstützung und Hilfe nur für eine Zeitlang benötigen. Behandler sehen in der Regel Online-Angebote insgesamt skeptischer als Rehabilitanden, was eine Verbreitung verhindern kann (ebd.; Hennemann et al., 2017; Leppert & Greiner, 2016).

Insbesondere Chatangebote werden aber akzeptiert, scheinen förderlich und werden gewünscht (Hennemann et al., 2017). Die Nutzer beschreiben Chats als hilfreich und fühlen sich durch die technischen Gegebenheiten nur gering in ihrer Ausdrucksmöglichkeit gehindert. Besonders die im Chat gefundene soziale und emotionale Unterstützung sowie die Möglichkeit, länger mit dem Therapeuten aus der Klinik in Kontakt zu bleiben, werden von den Teilnehmern positiv hervorgehoben (Moessner, 2010). Im Kontrast zu reinen Informationsseiten haben Chat- und Forenangebote auch den positiven Aspekt, dass persönliche Informationen als lebensnaher, erinnerungs- und glaubwürdiger wahrgenommen werden als rein statistische Informationen (Rozmovits & Ziebland, 2004).

Je nach Angebot lässt sich eine Wirksamkeit nachweisen oder nicht, teilweise sind die Befunde gemischt (Röhr et al., 2017; Döring, 2010 // 2019; ; Terhorst et al., 2018). Allerdings ist das je nach Konzeption neu zu überprüfen. Bewährt haben sich internetbasiert vor smartphonebasierten und solche, die eine Begleitung anbieten (Hennemann et al., 2019), auch wenn sich bezüglich der Notwendigkeit einer Begleitung unterschiedliche Ergebnisse finden lassen (Rubeis & Steger, 2019; Klein et al., 2016; Deck et al., 2012). Zumindest scheinen sich die Drop-Out Raten zu verringern (Klein et al., 2016).

Die gesetzlichen Krankenkassen schlagen vorwiegend einen anderen Weg ein und bieten ihren Versicherten die Teilnahme an oftmals unbegleiteten Selbstmanagementintervention an (Röhr et al. 2017). Dieser Trend ist weltweit zu beobachten (Bendig et al., 2018). Insbesondere in der Psychosomatik werden eine Reihe von Programmen angewendet z.B. moodgym.de, ifight depression, 7 Mind. Einige davon bieten einen begrenzten Zugang zu Psychotherapeuten an z.B. Deprexis24, novego und Selfapy, was sich positiv auswirkt, da der Unterstützungsbedarf sich individuell unterscheidet (S. Bauer, Moessner & Wolf, 2011).

2.2. Theoretische Vorüberlegungen zur Erstellung einer Onlineplattform

2.2.1 Theoretische Fundierung der Onlineplattform

Die Onlineplattform beruht, wie zu Beginn schon betont, auf dem Peer-Ansatz. Das bedeutet, dass „Mitglieder der Zielgruppe in Aktivitäten der Gesundheitsförderung einbezogen werden und eine präventive Botschaft (Wissen, Einsicht, Fähigkeiten und Einstellung) mit anderen Mitgliedern der Zielgruppe kommunizieren. Die Methode erfordert eine aktive Beteiligung der Peers, sowohl bei der Formulierung der Botschaft als auch bei der Art und Weise, wie diese mit den anderen Peers kommuniziert werden soll.“ (Übers. d. Verf., Kools, 2002, S. 5). Demzufolge kann Peer Support als „Unterstützung durch Gleiche“ übersetzt werden, die sich auf Basis eines gemeinsamen Erfahrungshintergrunds austauschen (Utschakowski, 2013); im vorliegenden Projekt bezieht sich das auf die Erfahrung der medizinischen oder beruflichen Reha im Kontext ähnlicher Erkrankungen oder ähnlicher Lebenserfahrungen.

Dabei kann Peer-to-Peer-Kommunikation das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit über verschiedene Wege beeinflussen: Informationsaustausch, emotionale und informationelle soziale Unterstützung und Peer-Modellierung (Übers. d. Verf., Ancker et al., 2009, 38f.) , Individuen suchen Informationen von Peers, denen sie vertrauen. Zudem etabliert die Kommunikation innerhalb von Peer-Netzwerken soziale Normen und Rollenmodelle, die einen starken Einfluss auf gesundheitsbezogenes Verhalten haben (ebd.).

Der Peer-Ansatz hat sich in Psychiatrie, Suchtbehandlung und Behindertenversorgung bereits vielfach bewährt (Otte et al., 2020; Macauley, 2011; Chinman et al., 2014) und wird von der Webseite 7cups¹² als Online-Angebot zur Verfügung gestellt. Die angloamerikanische Auseinandersetzung mit Peer und Social Support auch in Onlinekontexten ist kaum zu überblicken und der Ansatz in seiner Wirkung gut belegt (Brunner et al., 2011, s. Kap 1.3). Letztere scheint sich insbesondere dann zu entfalten, wenn Peers vorher durch Professionelle geschult werden. Besonders bekannt sind dabei die Konzepte Ex-In aus der Psychiatrie und das sogenannte Peer Counseling, bei denen Selbstbetroffene lernen, aus der eigenen, gezielt reflektierten Lebensgeschichte Strategien abzuleiten, um mit anderen Betroffenen Kontakt aufzunehmen, Vertrauen aufzubauen und Hoffnung zu vermitteln (Utschakowski, 2013). Zudem können ne-

¹² <https://www.7cups.com/> [zuletzt geprüft am 20.02.2021]

gative Belastungen des Peer-Ansatzes, wie z. B. Rollenkonflikten und Überlastungen entgegengewirkt werden, wenn eine Vorbereitung darauf und ergänzend Supervision stattfindet (Kemp & Henderson, 2012).

Eine ganze Reihe von Theorien bietet darüber hinaus eine theoretische Fundierung für die konzipierte Onlineplattform. Sie werden im Folgenden kurz vorgestellt (vgl. Alvarez-Jimenez et al., 2012; Alvarez-Jimenez et al., 2019).

Self-Determination Theory

Die Selbstbestimmungstheorie identifiziert drei intrinsische Bedürfnisse Kompetenz, Autonomie und soziale Verbundenheit als Motivatoren menschlichen Verhaltens und dementsprechend Verhaltensänderungen (Deci & Ryan, 2008). Online-Kommunikation stellt eine Möglichkeit dar, diese Bedürfnisse zu befriedigen und damit Wohlbefinden, aber auch Problemlöseverhalten und Durchhaltevermögen anzuregen. Das Kompetenzbedürfnis kann durch Selbstwirksamkeits- und Selbstbestätigungserfahrungen oder durch das Feedback anderer Nutzer erfüllt werden. Autonomie wird unterstützt durch das selbst wählbare Maß an individueller Selbstoffenbarung und -darstellung. Soziale Verbundenheit entsteht durch die sozialen Gratifikationen einer Health-Community (Trepte & Reinecke, 2010 // 2019).

Sozialkognitive Lerntheorie

Die von Bandura aufgestellte Theorie bezieht sich auf Lernvorgänge, die auf der Beobachtung des Verhaltens von menschlichen Vorbildern beruhen (in Foren z.B. Vielnutzern). Die persönliche Anwesenheit dieser Vorbilder (Modelle) ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Dabei erfolgt das Erlernen neuer Verhaltensweisen über die Aneignungsphase bevor es in der Ausführungsphase zur Reproduktion des beobachteten oder beschriebenen Verhaltens kommt (Bandura et al., 1979; Schemer & Schäfer, 2019).

Broaden and Build Theory

Die Theorie der Erweiterung und des Aufbaus positiver Emotionen legt nahe, dass positive Emotionen (z.B. Interesse und [Vor]Freude) das Bewusstsein erweitern und neuartige, abwechslungsreiche und erforschende Gedanken und Handlungen fördern. Mit der Zeit baut dieses erweiterte Verhaltensrepertoire Fähigkeiten und Ressourcen auf. Zum Beispiel werden angenehme Interaktionen mit einem Fremden zu einer unterstützenden Freundschaft (Fredrickson, 2004).

Helper theory

Das Prinzip der Helfer Theorie legt nahe, dass eine helfende Person davon profitieren kann, wenn sie einer anderen Person unterstützt (Riessmann, 1965). In Selbsthilfegruppen zeigte sich, dass eine Besetzung der Mitglieder in die Doppelrollen "Helfer" und "Geholfenen" positiv mit dem psychischen Wohlbefinden und der positiven Wahrnehmung der Vorteile einer Gruppenmitgliedschaft korreliert und zwar stärker, als bei den Mitgliedern denen geholfen wurde (Maton, 1988).

Strengths-based approaches

Die Strengths-based approaches fokussieren sich auf die inhärenten Stärken von Einzelpersonen oder Gruppen, die persönliche Stärken einsetzen, um die Genesung zu unterstützen. Sich auf Gesundheit und Wohlbefinden zu konzentrieren, bedeutet im Wesentlichen, einen auf Stärken basierenden Ansatz zu verfolgen, bei dem das Ziel darin besteht, das Positive zu fördern (McCashen, 2005).

Zusätzlich können Elemente der Poesie- und Bibliothherapie beim schriftlichen Austausch wirksam werden, wenn Nutzer sich über das Schreiben mit ihren Schwierigkeiten auseinandersetzen. Die Texte können zu einem späteren Zeitpunkt nochmal eingesehen und Bewältigungsprozesse nachvollzogen werden (Berger, 2015).

Die hier kurz skizzierten Theorien sollen entsprechend des Konzepts unserer Onlineplattform systematisch aufgegriffen werden. So bietet etwa die Fortführung bzw. Neuaufnahme sozialer Kontakte zu anderen Rehabilitanden via Onlineplattform grundsätzlich die Möglichkeit eines autonomen Austausches. Ebenso wird neben dem Kompetenzerleben ein besonderer Blick auf die soziale Verbundenheit gerichtet: das Lernen von Vorbildern bzw. die Selbstpräsentation als Vorbild stellt ein wichtiges Element des (virtuellen) sozialen Austauschs dar, ebenso wie die wechselseitige kommunikative Unterstützung.

Auch wenn die Onlineplattform Anknüpfungspunkte an das Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Reha (2018) und hier insbesondere in die Anlage 3 „Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge“, Punkt 2 Absatz c bietet und eine Einbindung von Fachpersonal erfolgen soll, beruht die Angebotsnutzung auf Freiwilligkeit und ist weder standardisiert vorgesehen noch verpflichtend für die Nutzer. Zudem besteht keine zeitliche Begrenzung des Angebots. Nichtsdestotrotz bietet die Plattform interessante Ansätze für die Online-Nachsorge, die

nicht zuletzt auf eine Entlastung von Professionellen durch Stärkung der Selbsthilfe und Eigenverantwortung abzielen (vgl. Schmäddeke & Bischoff, 2015).

2.2.2 Qualitätsstandards und Zertifizierung von Onlineangeboten

Eine Vielzahl an digitalen Gesundheitsanwendungen und internet- und mobilbasierten Interventionen verschiedener Anbieter überschwemmt den Markt und macht ihn auch hinsichtlich der Qualität für Nutzer unübersichtlich. Allerdings gibt es noch keine einheitlichen oder verpflichtenden Qualitätskriterien, sondern mehrere Checklisten, multidimensionale Messinstrumente und Prüfsiegel (F. Fischer & Dockweiler, 2016). Nutzerratings sind für eine Qualitätseinschätzung ungeeignet, da sie überwiegend von der Usability beeinflusst sind und nicht die Informationsqualität bewertet wird (Terhorst et al., 2018) bzw. von den Nutzern auch nicht bewertet werden kann (Stichwort: Health Literacy).

Die Bertelsmann-Stiftung hat mit ihrem Projekt AppQ ein umfangreiches Set an Gütekriterien zusammengestellt (9 Themenbereiche, 24 Kriterien und 177 Indikatoren sowie ergänzende Kataloge (Bertelsmann Stiftung, 2019). Dabei wurden multidimensionale Messinstrumente wie die Mobile App Rating Scale (MARS) von Stoyanov et al. (2015), Enlight (Baumel et al., 2017), die Good Practice Guidelines (HAS, 2020), die Digital Assessment Questions Beta (NHS, 2020), das App Evaluation Model (American Psychiatric Association, 2019) und der APPKRI-Katalog des Fraunhofer Instituts¹³ berücksichtigt, verdichtet und in einem durch Anbieter selbstständig durchführbaren Fragenkatalog zusammengestellt¹⁴. Die Themenbereiche umfassen die medizinische Qualität, positive Versorgungseffekte, Datenschutz, Informationssicherheit, technische Qualität, Verbraucherschutz und Fairness, Interoperabilität, Nutzerfreundlichkeit und Motivation (zur dauerhaften Nutzung) und Anbindung an das Gesundheitssystem (Bertelsmann Stiftung, 2019).

Des Weiteren existieren eine Reihe von Checklisten für psychotherapeutische internetbasierte Interventionen, die zum Teil auch den Nutzern selbst an die Hand gegeben werden können um eigenständig die Qualität von E-mental-Health Angeboten einzuschätzen; z.B. der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

¹³ <https://ehealth-services.fokus.fraunhofer.de/BMG-APPS/> [zuletzt geprüft am 12.02.2021]

¹⁴ <https://www.trustedhealthapps.org/publisher> [zuletzt geprüft am 12.02.2021]

(DGPPN, vgl. Klein et al., 2018), dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP, inklusive eines eigenen Gütesiegels für psychologische Apps,) oder der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, o.j.a; BPtK, o.j.b).

Neben den genannten Optionen der selbstständigen Qualitätseinschätzung besteht die Möglichkeit der Zertifizierung. Dabei ist an erster Stelle die Zertifizierung als Medizinprodukt zu nennen, bei der ein Konformitätsbewertungsverfahren durchgeführt werden muss. Als zweiter Schritt kann dann das als „Fast track“ bezeichnete Prüfverfahren des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, o.j.) durchgeführt werden, wenn positive Versorgungseffekte durch Studien nachgewiesen und belegt worden sind. Dieses Vorgehen ist jedoch sehr umfangreich und kostenintensiv.

Ein anderer Weg wäre die Zertifizierung der Onlineplattform über eines der drei Prüfsiegel für Webseiten, welche Gesundheitsinformationen enthalten:

Health on the Net Foundation (HON-Code)

Die acht Prinzipien der unabhängigen Schweizer Stiftung fordern Transparenz hinsichtlich der Autoren und deren Qualifikation, Literaturquellen, Aktualität der Websiteinhalte, Absicht der Website, Datenschutz, Kontaktdaten, Finanzierungsquellen und Werbepolitik (HON, 2017) . Der Kostenpunkt liegt je nach Besucheranzahl (Grenze von 3 Millionen) bei jährlich 50 oder 160€ (HON, 2019) .

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis e.V.)

Die 10 afgis-Transparenzkriterien beinhalten zusätzlich zu den Prinzipien des HON-Codes Informationen hinsichtlich der internen Qualitätssicherung sowie zu Kooperation und Vernetzung (afgis e.V., 2019) . Der Kostenpunkt liegt je nach Anzahl der Neueinreichung der Prüfungsunterlagen bei 690 oder 990€ (afgis e.V., 2020).

Stiftung Gesundheit

Die 150 Kriterien werden durch externe Gutachter analysiert. Dazu gehören die publizistische Qualität, technische Fragen einschließlich Suchmaschinen-Optimierung, Barrierefreiheit und die rechtliche Güte (Stiftung Gesundheit, 2021c). Die Kosten berechnen sich nach Seitenanzahl und liegt bei bis zu 20 Seiten bei ca. 550€ (Stiftung Gesundheit, 2021a).

Zusammenfassend lassen sich aus den hier dargestellten Checklisten und Kriterienkatalogen folgende übergreifende Kategorien für Qualitätskriterien bilden:

- Inhaltsqualität (Genauigkeit, Richtigkeit, Vollständigkeit, Verständlichkeit, Aktualität der Informationen)
- Transparenz bzgl. Ziel, Zweck, Zielgruppe, Sponsoren, Mitwirkenden und Datenumgang
- Darstellungsqualität/Usability (niedrigschwelliger Zugang, angemessenes Design, Strukturierung und Layout, Multimedialität)
- Technische Qualität (z.B. Interoperabilität, Stabilität des Systems)
- Datensicherheit/Datenschutz
- Qualität der Interaktivität (z.B. Kontaktangabe, Zugang zu moderierten Foren; F. Fischer & Dockweiler, 2016).

Bei beiden Vorgehensweisen (selbstständige Qualitätseinschätzung und Zertifizierung) ist eine regelmäßige wissenschaftliche Begleitung der Angebote notwendig oder empfehlenswert.

2.2.3 Rechtliche Bestimmungen zum Datenschutz und der Datensicherheit

Ein Bestandteil von Qualität auf den wegen der zentralen Bedeutung noch einmal gesondert eingegangen werden soll, da eine Überprüfung von Onlineangeboten eine Reihe von Sicherheitslücken offenbaren (C. Bauer, 2018a; Huckvale et al., 2019), ist der Datenschutz. Bei der Errichtung und Bereitstellung der Onlineplattform ist eine Reihe von rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Maßgeblich bestimmend sind die Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgesetze der Bundesländer (LDSG). Weiterhin zu berücksichtigen sind das Telemedizin-gesetz (TMG) und spezielle Anforderungen aus dem Gesundheitswesen, wie z.B. die Schweigepflicht, die im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt ist (Eickmeier, 2018). Änderungen in den Gesetzen müssen entsprechend zeitnah umgesetzt werden.

Grundsätzlich sind folgende sechs Grundprinzipien des Datenschutzes zu berücksichtigen (vgl. Bauer 2018):

1. Transparenz der Datenverarbeitung und Aufklärung der Nutzer,
2. Intervenierbarkeit (Starten, Stoppen und Art und Weise der Datenverarbeitung),

3. Datensparsamkeit und Zweckbindung (Nichtverkettbarkeit),
4. Datensicherung (Verfügbarkeit),
5. Schutz vor Angriffen und Manipulation (Integrität),
6. Schutz vor Einsicht durch Unbefugte (Vertraulichkeit).

Die Datensicherheit ist als Grundvoraussetzung für den Datenschutz anzusehen. Dafür müssen die aktuellen technischen Standards bzgl. Verschlüsselungen eingehalten werden. Generell betrifft das die Systemverfügbarkeit, Interoperabilität, Zugriffskontrolle und Authentifizierung, Datenintegrität, Netzwerksicherheit, Sicherheitsexpertise und -bewusstsein, Schutz vor Datenverlust, Standardisierung, Compliance und Vertrauen, Management von grenzüberschreitenden Ereignissen, Incident-Management und physikalische und umweltbezogene Sicherheit (C. Bauer & Eickmeier, 2018). Kontrollmaßnahmen bzgl. der Zutritt-, Zugangs-, Zugriff-, Weitergabe-, Eingabe-, Auftrags-, Verfügbarkeitskontrolle und Trennung der Daten nach Zwecken ist entsprechend der gesetzlichen Regelungen vorzunehmen (Ebert & Baumeister, 2016).

Daraus ergeben sich eine Reihe von Anforderungen, die zu berücksichtigen sind:

- Zur Schaffung eines geschützten Rahmens erfolgt die Zugangscodovergabe nur für Rehabilitanden.
- Sämtliche Vorgänge zur Datenspeicherung, -übertragung und -nutzung müssen für die Nutzer transparent dargestellt werden. Es bietet sich an, die eigenen Daten einsehbar, editierbar und löschar zu gestalten (C. Bauer & Eickmeier, 2018).
- Zur Datenübertragung muss eine Ende-zu-Ende Verschlüsselung genutzt werden.
- Das Spannungsfeld von Anonymität und Kennenlernen ist abzuwiegen (Berger, 2015), unter Umständen ist es erforderlich, die Nutzer zu schützen und Klarnamen und Adressen zu entfernen.
- Der Server für die Datenspeicherung muss sich in Deutschland befinden und eine asynchrone Verschlüsselung aufweisen. Günstig wäre eine Ankopplung an bereits bestehende Server der DRV.
- Bei Verlinkungen muss darauf hingewiesen werden, dass externe Anbieter eigene Cookies setzen können. Um eine möglichst weitgehende Anonymität zu erreichen, muss der Zugriff auf Daten durch externe Anbietern unterbunden werden. Das bedeutet,

dass keine Login-Möglichkeit über ein Facebook- oder Google-Profil bestehen darf, als auch die Vermeidung von anderen Google-Diensten wie Google-Analytics.

- Die Onlineplattform sollte in Abgrenzung zu Datenkraken wie Facebook und WhatsApp stehen (kein Tracking).
- Bei einer evtl. Einstellung der Onlineplattform muss die Datensicherheit fortlaufend gewährleistet werden.

Auch bei der Erforschung der Nutzung des Onlineangebots sind einige Vorgaben zu beachten, die u.a. die Einwilligung der Nutzer und die Zweckbindung betreffen (Eickmeier, 2018; Welker, 2010 // 2019).

Bei der Ausgestaltung gibt es demzufolge eine Reihe von rechtlichen Bestimmungen zu beachten, die zwingend einzuhalten sind. In Zusammenarbeit mit einer IT-Firma und Beratung durch einen Sachverständigen für Internetrecht muss ein Datenschutzkonzept inkl. Haftungsausschluss vor Inbetriebnahme ausgearbeitet werden.

2.3. Schlussfolgerungen aus dem Forschungsstand

Das Internet ist inzwischen ein breit genutztes und akzeptiertes kommunikatives Medium auch in den Altersklassen ab 50 Jahren und bestimmt wesentlich das alltägliche Handeln. Es dient neben der medialen Freizeitgestaltung insbesondere der virtuellen Interaktion und der Beschaffung von Informationen. Auf chronische Krankheiten bezogen ist der persönliche Austausch bereits heute neben Information und Empowerment ein Hauptbedürfnis der Suche im Internet (Baumann & Czerwinsky, 2015).

Um das Alltagsverhalten für das Gesundheits- und Rehabilitationssystem nutzbar zu machen und Langzeitergebnisse der Rehabilitation nachhaltig zu verbessern, bietet es sich an, Rehabilitanden gut aufbereitete, auf sie zugeschnittene Informationen ohne kommerzielle Interessen bereitzustellen, die Peer-Nachsorge bereits während des stationären Aufenthaltes anzuregen, um Leistungserbringer durch Stärkung der Selbsthilfe und Eigenverantwortung zu entlasten und wenn durch die Rehabilitanden gewünscht, einen Austausch mit Professionellen, als Ergänzung zur regulären Gesundheitsversorgung anzubieten (Zwerenz et al., 2019).

Damit das Onlineangebot bei der Vielzahl an Angeboten auch genutzt und bekannt wird, sollte eine frühzeitige Anbindung an die Reha-Einrichtungen erfolgen und die Behandler eingebunden werden, um Hemmschwellen abzubauen und das Potenzial der Onlineplattform auszuschöpfen. Mit durchlaufenden Rehabilitationskohorten und einer moderierenden Begleitung können hohen Drop-Out Raten vorgebeugt werden, so dass sich immer eine ausreichend große Anzahl an aktiven Nutzern auf der Plattform befindet und einen regen Austausch ermöglicht. Durch ein responsives Design der Webseite können sowohl PC als auch Smartphone-Nutzer erreicht werden. Die Vernetzung mit bereits laufenden oder abgeschlossenen Projekten sollte hinsichtlich eines Erfahrungsaustausches angestrebt werden. Inwieweit ein Zugriff auf die Plattform bereits vor der Reha angeboten werden sollte, wäre zu prüfen.

Im Rahmen einer Zertifizierung bietet sich ein Nachweis der Wirksamkeit des Angebots an. Zumindest die Qualität der Inhalte sollte durch eine Zertifizierung belegt werden. Zudem sollte vor Inbetriebnahme eine Überprüfung der Plattform durch einen Sachverständigen für Internetrecht stattfinden, um die Datenschutzvorgaben einzuhalten, sich durch Datensparsamkeit von Facebook und Co. abzugrenzen und damit diese Hemmschwelle für Internetnutzer abzubauen.

3. Fragestellungen und Hypothesen

Vor dem Hintergrund des im Forschungsstand Erläuterten sowie in Anbetracht der Relevanz des Themas (vgl. Kap. 1.3) haben sich folgende Thesen ergeben:

- Im (beruflichen) Alltag nach der Rehabilitation bemerken viele Versicherte ihre konkreten Hilfebedarfe und sind dementsprechend erst im Nachgang der Reha bemüht, sich über Unterstützungsangebote zu informieren bzw. darüber mit anderen Rehabilitanden zu sprechen. Zum Teil verspüren ehemalige Rehabilitanden auch erst einige Monate nach der Reha den Bedarf nach Unterstützung und/oder einem Gedankenaustausch mit anderen ehemaligen Rehabilitanden, etwa in der Folge eines krankheitsbedingten Rückfalls oder eines gescheiterten RTW.
- Gruppen in der Rehabilitation (ob nun als „Klasse“ im Berufsförderungswerk (BFW) oder als „Jahrgang“ in der Klinik) wird während der Maßnahme eine wichtige Rolle zugeschrieben. In der Gruppe tauschen sich die Rehabilitanden aus, vergleichen sich untereinander, helfen sich gegenseitig etc. Mit dem Ende der Rehabilitation endet diese Gruppe zum Bedauern vieler Rehabilitanden. Eine Verstetigung der Gruppe (bzw. der Kontakt zu einigen Gruppenmitgliedern) auf die Zeit nach der Reha trägt zur Weiterführung der während der Rehabilitation angestoßenen Lernprozesse (Seltrecht, 2006; Nittel, 2011), der gegenseitigen Unterstützung und auch der Verfestigung der erlernten Strategien des Umgangs mit der Krankheit bei.
- Die Onlineplattform kann diese Weiterführung in einer institutionalisierten Form ermöglichen – als Dienstleistungsangebot steht sie zur Verfügung und kann relativ einfach genutzt werden, d.h. hier ist ein Rahmen gegeben, der nicht erst selbst aktiv aufgebaut werden muss. Im Kontrast zu den bereits vorhandenen WhatsApp- und Facebook-Gruppen bzw. -Kontakten wird mit dem Onlineportal den Versicherten die Möglichkeit geboten, an ihrem individuellen Bedarf ausgerichtet, mit anderen ehemaligen Rehabilitanden über einen niederschweligen Zugang in Kontakt zu treten und diesen auf Dauer zu erhalten. Gleiches gilt auch für Personen, die ihren Bedarf erst im Anschluss der Rehabilitation bemerken.
- Eine größere Zahl an Nutzern (im Kontrast zu Facebook- oder WhatsApp-Gruppen) erhöht die Chance um ein Vielfaches, (virtuell) auf Personen zu treffen, die für eine konkrete Problemlage erfahrungsbasierte Anregung und Beratung erbringen können.

- Anders als die virtuellen Selbsthilfegruppen bietet die Onlineplattform ein speziell für ehemalige Rehabilitanden zugeschnittenes Angebot und erhöht die Passgenauigkeit der Themen und Informationen entsprechend der Bedarfe. Sie stellt damit nicht nur die faktische, sondern auch die symbolische Bindung an die Zeit in der Rehabilitation und an die Klinik her.
- Über den Informationsteil und die Foren sowie Chaträume und Gruppen des Onlineangebots werden Zugänge zu Unterstützungsangeboten verschiedener Träger erleichtert und somit zeitnahe Informationen, Empfehlungen und ggf. Maßnahmen ermöglicht. Damit können sich ehemalige Rehabilitanden einerseits eigenständig informieren aber auch auf Erfahrungen anderer ehemaliger Rehabilitanden zurückgreifen. Insgesamt reduzieren unsere passgenau auf die Bedarfe von ehemaligen Rehabilitanden zugeschnittene Onlineplattform und die Bereitstellung relevanter Informationen und Erfahrungen in gebündelter Form die aufwendigen individuellen Recherchetätigkeiten, die gerade in Zeiten starker gesundheitlicher Einschränkungen als zusätzliche Belastung wahrgenommen werden.

Zusammengefasst kommen wir zur *Hypothese*, dass sich der Kontakt zwischen den ehemaligen Rehabilitanden auf der Onlineplattform insbesondere auf die Stabilisierung des Gesundheitszustands und darüber hinaus auf die Verbesserung des RTW- sowie SAW-Erfolgs auswirken kann, da:

- die Nutzer zu anderen ehemaligen Rehabilitanden jederzeit den Kontakt herstellen können. Dies kann auf zweierlei Art geschehen: indem entweder ehemalige Mitrehabilitanden in *geschlossenen Gruppen* oder allgemein rehabilitationserfahrene Personen in *offenen Foren* als mögliche Interaktionspartner bereitstehen;
- der Kontakt zu anderen ehemaligen Rehabilitanden eine wichtige emotionale Stütze darstellen kann; allein das Wissen um Personen, die die eigenen Probleme verstehen, hat einen positiven Einfluss auf die gesundheitliche, insbesondere psychische Stabilität, wie im Forschungsstand zur Selbsthilfe und zur peer-Unterstützung deutlich wurde;
- der Austausch mit anderen (gleich) erkrankten Personen eine wesentliche Strategie der Auseinandersetzung mit der Krankheit und des Umgangs mit der Krankheit darstellen, einen entlastenden Positivabgleich (aber auch einen abwärts gerichteten selbstwertdienlichen Vergleich) ermöglichen und neue Unterstützungsmöglichkeiten

in Betracht ziehen lässt und eine erfahrungsbasierte Beratung ermöglicht;

- ehemalige Rehabilitanden sich an den Strategien anderer betroffener Personen orientieren können oder ihre eigenen Strategien, mit denen der anderen abgleichen und damit dazu angeregt werden können, die eigene Situation besser zu kalibrieren; die beratende Funktion kann unter diesem und dem vorher genannten Aspekt von ebenso förderlicher Bedeutung wie die berichtete Erfahrung für den Hilfesuchenden sein;
- der Kontakt zu anderen ehemaligen Rehabilitanden im Anschluss der Reha einen sanften und fließenden Übergang aus dem Schonraum der Rehabilitation zurück in den individuell zu bewältigenden (Arbeits-)Alltag gewährleisten kann. Dadurch werden Gefühle von Isolation, Unsicherheit und fehlender Handlungsmacht oder das Gefühl mangelnder Selbstwirksamkeit aufgefangen.¹⁵

Daraus lassen sich für die Konzeptphase folgende Forschungsfragen ableiten:

1. Bestehen bei den Rehabilitanden aus Onkologie, Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik sowie bei den beruflichen Rehabilitanden ein Bedarf und die Akzeptanz für die konzipierte Onlineplattform?

Dafür ist es zielführend, Merkmale, die einen erhöhten Bedarf nach sich ziehen, zu ermitteln. Es ist zu erwarten, dass Aspekte wie ein jüngeres Alter, weibliches Geschlecht, eine höhere Bildung, tägliche Internetnutzung, positive Erfahrungen mit Mitrehabilitanden, Selbsthilfe oder anderen Online-Angeboten die Nutzungsabsicht positiv beeinflussen. Jedoch ist ein erhöhter Bedarf vermutlich vor allem bei mangelnder sozialer Unterstützung im Umfeld, fehlenden Kontakten oder belastender Krankheitsschwere indiziert. Ebenfalls kann das Fehlen von Nachsorgeangeboten in Wohnortnähe den Bedarf erhöhen.

Um eine regelmäßige Nutzung zu erreichen, ist es notwendig zu erfahren, welche Angebote für welche Diagnosegruppe interessant wären bzw. ob sich hinsichtlich der artikulierten Bedarfe überhaupt Unterschiede zeigen und ob eine Onlineplattform in der bestehen Konzeption überhaupt auf Interesse stößt. Das betrifft ebenso Hoffnungen, die in die Plattform gesetzt werden und Befürchtungen, die es zum Abbau von Nutzungshemmnissen zu beseitigen gilt.

¹⁵ Auch wenn unsere Grundhypothese davon ausgeht, dass der Kontakt zu anderen Rehabilitanden einen positiven Effekt auf die Genesung hat, sind mögliche negative Folgen (Überforderung durch Leidensgeschichten, Gruppendynamik, Beziehungskonflikte etc.) natürlich nicht ausgeschlossen und müssen auch auf einer Onlineplattform berücksichtigt werden.

2. Sehen die Stakeholder einen Bedarf für die Onlineplattform und welche Vorstellungen und Erfahrungen bestehen bereits?

Das betrifft einerseits die Erfahrungen von verschiedenen Leistungserbringern in der Praxis der Rehabilitationsnachsorge, als auch wissenschaftliche Ergebnisse, die sich mit der Nachsorge im Rahmen eigener Onlineangebote bereits gezeigt haben. Insbesondere ist hier zu berücksichtigen welche Einstellungen, Ideen und Wünsche aber auch welche Vorbehalte bei den Praxisakteuren gegenüber dem geplanten Vorhaben bestehen und inwieweit eine Mitwirkungsbereitschaft vorliegt, um eine Einbettung in die Praxis zu gewährleisten. Dabei sind auch die Erfahrungen hinsichtlich der verschiedenen Indikationsgruppen und deren Bedarfe zu berücksichtigen, sowie die bisherige Nutzung von Onlineangeboten in den Einrichtungen.

Über Kontakte zu anderen Projekten und wissenschaftlichen Akteuren können ebenfalls Wünsche und Gestaltungsideen eruiert werden. Von besonderem Interesse sind jedoch Fragen zum (potentiellen) Nutzerverhalten der verschiedenen Zielgruppen und der Einhaltung von Qualitätskriterien. Hinzu kommen Themen wie eine mögliche Zertifizierung und die Gewährleistung des Datenschutzes. Schließlich stellen sich Fragen nach möglichen Organisationsformen, nach der Finanzierung der Onlineplattform, welcher personelle und materielle Aufwand damit verbunden ist sowie die Erwägung belastbarer Finanzierungsmodelle (geschätzter Finanzbedarf, wer beteiligt sich in welchem Umfang).

3. Können die Wünsche und Vorstellungen der Rehabilitanden und Stakeholder technisch webbasiert sowie für Android und IOS umgesetzt werden und in welchem finanziellen Rahmen?

Im Austausch mit Programmierern soll in Erfahrung gebracht werden, ob die Gestaltungsideen und -wünsche technisch umsetzbar sind und zu welchen (finanziellen) Bedingungen bzw. wo ggf. Einschränkungen auftreten oder auch ob es andere Ideen gibt, die von den bisherigen Vorstellungen abweichen. So könnte z.B. die Umsetzung in ein responsives Design die Erstellung einer App entbehrlich machen und damit Kosten eingespart werden. Zusätzliche Fragen beziehen sich auf die Kosten eines laufenden Betriebs (z.B. Hosting, Server).

4. Wie könnte ein verlässliches und sich verstetigendes Finanzierungsmodell ausgestaltet werden?

Neben einem eventuell kleinen Anteil durch Beiträge (evtl in Spendenform) der Rehabilitanden selbst, ist es für die nachhaltige Etablierung der Onlineplattform von zentraler Bedeutung,

eine Finanzierung sowohl in der Entwicklungsphase als auch im Nachhinein im regulären Betrieb sicherzustellen. Während in einer potenziellen Erprobungsphase die Forschungsförderung greift, sind danach keine Finanzierungskonzepte vorhanden. Unter Berücksichtigung der im Vorfeld ermittelten Kosten gilt es zu klären, unter welchen Bedingungen sich potenzielle Kooperationspartner finanziell beteiligen würden.

4. Forschungsvorgehen

4.1. Übersicht

Die vorliegende Studie war als Mixed-Method-Design angelegt (vgl. Kelle, 2019), d.h. es kamen neben einer *Fragebogenerhebung*, *Fokusgruppen* mit ehemaligen Rehabilitanden *Experteninterviews* mit Akteuren der Rehabilitation(-sachsorge) und IT-Spezialisten zum Einsatz.

Tabelle 2 Übersicht Erhebungsmethoden

Fragebogenerhebung¹⁶ (N =879)	Zielgruppe Onkologische, kardiologische, orthopädische, psychosomatische und beruflichen Rehabilitanden im Zeitraum von einem, sechs oder zwölf Monaten nach der Rehabilitationsmaßnahme.
Befragungsaspekte	
<ul style="list-style-type: none"> • Generische Daten • Bildungs- und Berufsbiographie • Gesundheitliche Belastungen • Soziale Einbindung und Unterstützung während der Reha-Maßnahme und danach • Rückkehrerfahrungen, RTW • Individuelle Unterstützungsbedarfe • Erfahrungen mit Selbsthilfeangeboten • Onlinenutzerverhalten • Einschätzung der Onlineplattform • Allgemeine Lebenssituation 	
Ziele u.a.	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtbild aller Teilnehmer (Gesundheit, RTW, Internetnutzung, Bedarf) • Herausarbeitung von Gruppenunterschieden der Indikationsgruppen, high und low users und Zeitgruppen 	
Auswertung	
<ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung relativer und absoluter Häufigkeiten • Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen (bei metrischen Variablen) • Chi²-Test für die Darstellung von Gruppenunterschieden (bei kategorialen Merkmalen) • Cramer's V als Maß für die Stärke (bei kategorialen Merkmalen) 	

¹⁶ Die vollständigen Fragebögen befinden sich im Anhang 11.1. und 11.2.

Fokusgruppen¹⁷ (N = 6)	Zielgruppe 18 Teilnehmer der Fragebogenerhebung	
Befragungsaspekte		
<ul style="list-style-type: none"> • Nachbetreuung/Nachsorge der Rehabilitation • Erfahrungen mit der Rückkehr aus der Reha in den Alltag und die Arbeit • Austausch mit anderen Rehabilitanden • Internetnutzung • Aktuelle Erfahrungen rund um Corona und Digitalisierung • Fragen zur Plattform • Abschließende Fragen 		
Ziele		
Erhebung unterschiedlicher Perspektiven auf u.a.		
<ul style="list-style-type: none"> • Erleben der Reha-Maßnahme, Nachsorge und RTW • Erfahrungen im Austausch mit Mitrehabilitanden und der weiteren Kontakterhaltung • Erfassung des Bedarfs, der konkreten Vorstellungen, Wünsche und Befürchtungen der Rehabilitanden 		
Auswertung		
Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2015)		
Experteninterviews (N = 35)	Zielgruppe Experten Bedarf und Akzeptanz: Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten (N = 8), Experten aus der Wissenschaft (N = 10), Experten technische Umsetzung: Programmierer (N = 8), Experten Finanzierung: verschiedene Kostenträger (N = 9)	
Befragungsaspekte		
Bedarf und Akzeptanz	Technische Umsetzung	Finanzierung
<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung und Nachsorgeangebote oder Onlineangebot • Einschätzung Bedarf und Akzeptanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzbarkeit • Ablauf • Kostenkalkulation • Referenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Digitalisierungskonzepte • Potenzieller Nutzen • Kooperation und Finanzierung

¹⁷ Der Gesprächsleitfaden befindet sich im Anhang 11.4.

<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltungsideen und Wünsche • Einbettung in die Praxis • Mitwirkung und Finanzierung • Offenes und Fragen 		
Ziele:		
Bedarf und Akzeptanz	Technische Umsetzung	Finanzierung
<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung des Bedarfs, der konkreten Vorstellungen, Wünsche und Befürchtungen der Experten • Kooperations- und Mitwirkungsbereitschaft • Ermittlung von Herausforderungen bei der Erstellung von Onlineangeboten 	<ul style="list-style-type: none"> • Übereinbringen der Vorstellungen und Wünsche mit den technische Möglichkeiten • Erarbeitung eines Designs mit konkreter Kostenkalkulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Herausfiltern des Interesses an der Onlineplattform • Kooperations- und Finanzierungsbereitschaft • Ableitung möglicher Schnittstellen an Digitalisierungskonzepte
Auswertung		
Themenbezogene Auswertung (Meuser & Nagel, 2005)		

Zusätzlich wurde zu Beginn der Konzeptphase eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um einen schnellen Überblick über den Forschungsstand zu erhalten.

4.2. Zeitlicher Ablauf

Eine Übersicht des zeitlichen Ablaufs der Studie lässt sich aus der folgenden Abbildung entnehmen.

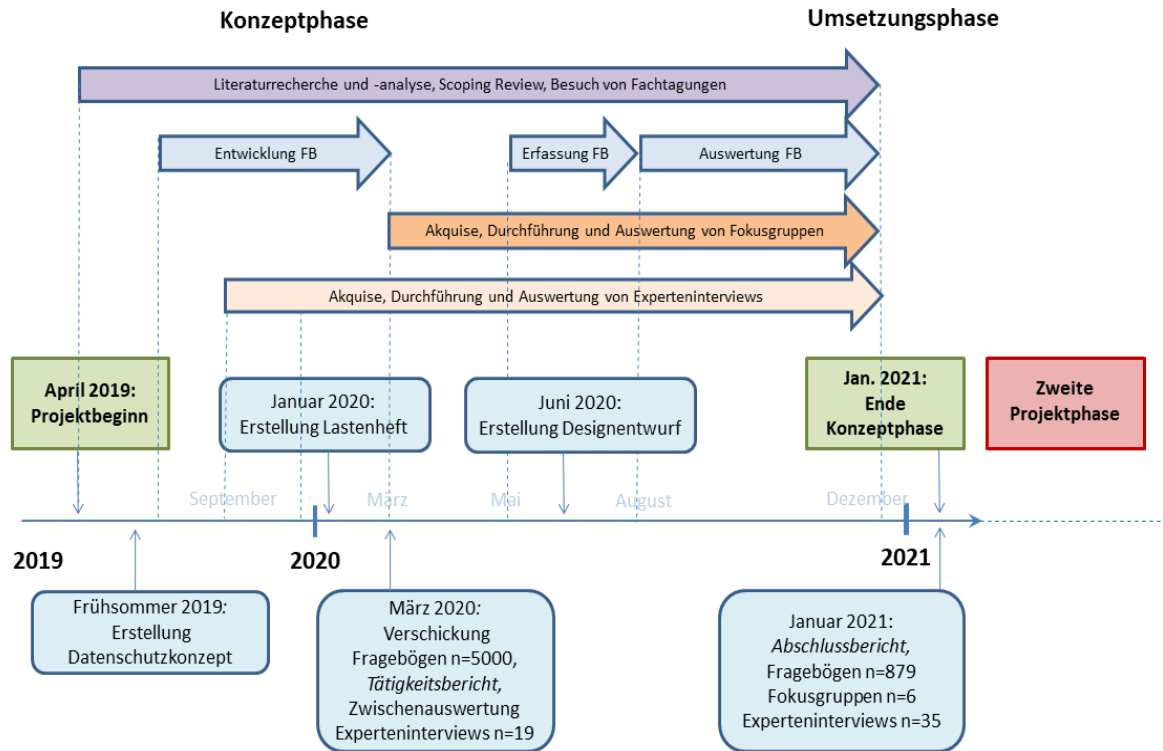


Abbildung 1 Zeitlicher Ablauf der Studie (Quelle: eigene Darstellung)

Aufgrund der Ausbreitung von Sars-CoV-2 und der damit verbundenen Einschränkungen im Frühjahr 2020 kam es zu Verzögerungen und zur Verlängerung des Projekts. Als besonders problematisch erwies sich dabei die Durchführung von weiteren Experteninterviews, die wegen erhöhter Anfragen bei den Akteuren auch telefonisch schwer zu realisieren waren. Weiterhin kam es zu einer ca. dreimonatigen Verschiebung bei der Fragebogenerhebung, -erfassung und schlussendlich -auswertung. Demgegenüber konnten die geplanten Fokusgruppen als Onlineformat über Zoom nahezu ungehindert durchgeführt werden. Ergänzend konnte dank der Verlängerung des Projekts ein auf dem Lastenheft basierender Designentwurf angefertigt werden, der sich für die visuelle Unterstützung in den Experteninterviews und zur Mitgestaltung in den Fokusgruppen als nützlich erwies. Auf den Projektbeirat wurde aus organisatorischen Gründen angesichts von Srs-CoV-2 verzichtet. Die Ergebnisse aus den Einzelgesprächen, die mit einigen für den Beirat vorgesehenen Akteuren geführt wurde, wurden jedoch im Bericht mit aufgenommen.

4.3. Methodologische Anmerkungen

Mixed-Method-Design

In der aktuellen Forschungslandschaft finden sich immer mehr Studien mit einem Mixed-Method-Design (z.B. Creswell et al., 2011), wie es auch für diese Studie Anwendung findet. Kennzeichnend ist die Verknüpfung von quantitativen und qualitativen Erhebungsverfahren (z.B. Fragebogen mit Experteninterviews und Fokusgruppen).

Die Zunahme von Mixed-Method-Verfahren reagiert darauf, dass viele Ergebnisse und Prognosen aus quantitativen Studien allein oft keine Antworten auf relevante Fragestellungen aus der Praxis liefern, Vorhersagen zu eng auf eine bestimmte Maßnahme bezogen sind und der Gesamtkontext zu stark ausgeblendet wird. Schließlich bleiben Gründe für nicht vorausgesagte Entwicklungen aus den Daten unentdeckt, da die subjektive Sicht der beteiligten Akteure entweder gar nicht oder nur in vorgegebenen Rastern erhoben wird. Ein weiterer Grund für die Nutzung von Mixed-Method-Designs liegt im Nachweis zusätzlicher und neuer Erkenntnisse, gegenstandsadäquater Beschreibungen sowie in der inzwischen deutlich weiterentwickelten Methodologie qualitativer Forschung (Kardorff et al., 2016, S. 42).

Die Verknüpfung der Ergebnisse quantitativer und qualitativer Analysen ermöglicht eine wechselseitige Plausibilitätskontrolle, eine systematische Differenzierung quantitativ beobachtbarer Phänomene sowie eine tiefergehende mikrosoziologische Analyse von Verhaltens-, Interaktions- und Inanspruchnahmestrukturen. Ein direkter Vergleich quantitativer und qualitativer Ergebnisse ist aufgrund erkenntnistheoretischer Unterschiede nicht sinnvoll, gleichwohl ergeben sich wechselseitige Ergänzungen im empirischen Material wie in den unterschiedlichen Gegenstandsperspektiven (ebd.).

Das Mixed-Method Forschungsdesign ermöglicht damit die individuelle Anpassung der Studie an die Forschungsfrage bzw. den Gegenstand der Untersuchung durch die gezielte Nutzung der Vorteile qualitativer und quantitativer Ansätze in ihrer Kombination.

Partizipativer Ansatz

Die Studie setzt von Beginn an auf die Beteiligung von ehemaligen Rehabilitanden als zukünftige Nutzer der Onlineplattform, die in die Entwicklung mit einbezogen werden. Mit diesem partizipativen Ansatz (von Unger, 2014) sollte von Anfang an die Nutzerorientierung und Bedarfsgerechtigkeit gewährleistet werden, da die Wünsche, Vorstellungen und Präferenzen der

Befragten ein wesentliches Kriterium für die tatsächliche Nutzung der Zielgruppe darstellen. Um den Einbezug der Nutzer zu gewährleisten wurden neben einer Fragebogenerhebung mehrere Fokusgruppen mit ehemaligen Rehabilitanden der ausgewählten Diagnosegruppen und mit beruflichen Rehabilitanden durchgeführt sowie die Ergebnisse für die Erstellung und Anpassung des Designentwurfs berücksichtigt. Des Weiteren wurden bereits im Vorfeld der Fragebogenerhebung Rehabilitanden bei einem Pretest für die Fragebogenkonstruktion mit eingebunden (s. Kap. 4.5). Schließlich wurden die befragten Rehabilitanden auch in die Gestaltung der Onlineplattform einbezogen und es wurde mit ihnen gemeinsam an Design und Inhalt gearbeitet; ihre Hinweise wurden in die Gestaltung des Designentwurfs aufgenommen.

4.4. Datenbankgestützte Literaturrecherche

Es wurde eine systematische Suche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt, jedoch nicht im strengen Sinne einer vollständigen systematic literature review, die weder zeitlich im Bereich des Möglichen noch konzeptionell vorgesehen war. Die zwischen Oktober und Dezember 2019 durchgeführte systematische Literaturrecherche hatte das schnelle und breite Sichten der existierenden Literatur zum Thema „Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation“ und anschließende Erstellung Forschungsstandes zum Ziel.

Tabelle 3 zeigt eine grobe Übersicht des Vorgehens, auf das im Folgenden detailliert eingegangen wird.

Tabelle 3 Übersicht Vorgehen systematische Literaturrecherche

<p>Suche-und Auswahlprozess</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sichten und Erstellen des deutschen und auch internationalen Forschungsstands nach den Suchworten: peer (support), aftercare, media, internet, health. • Datenbanken: SpringerLink, Scopus, WISO, JSTOR, EMBASE, Deutsche Nationalbibliothek, GBV, PsycINFO, EBSCO Health und Rehabdata • Sprache: Englisch und Deutsch • Zeitraum: 2000 - jetzt • Software: Citavi • Methode: Systematische Literaturrecherche • Ergebnisse (N= 190)
<p>Entscheidungsebene 1- Titelüberprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse (N= 160) • Ausgeschlossen nach Titelüberprüfung sofern ersichtlich, dass kein Bezug zum Projekt besteht
<p>Entscheidungsebene 2- Abstractüberprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse (N= 100) • Ausgeschlossen nach Abstractüberprüfung sofern ersichtlich, dass.... <ol style="list-style-type: none"> 1. kein Bezug zu Nachsorge, viele Texte fokussieren sich nur auf Vorsorge oder Behandlung (aber nicht komplett weggelassen) 2. kein Bezug zu Psychosomatik, Orthopädie, Onkologie und Kardiologie, LTA
<p>Entscheidungsebene 3- Überfliegen der Texte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse (N=80) • Ausgeschlossen nach Volltextüberlesen: <ol style="list-style-type: none"> 1. kein Bezug zu gegenseitiger Unterstützung 2. kein Bezug zu Online-Kommunikation, es handelt sich nur um Zusammenhänge zwischen Media-Equipments und Rehabilitation
<p>Entscheidungsebene 4- Volltextdurchlesen und Volltextüberprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> • N= 80 durchgelesen • N=54/80 eingeschränkt passend und N= 26/80 genau passend

1. Festlegen der Suchworte und ermitteln der Datenbanken

Dafür wurden ausgehend vom Konzept des Projekts, der „Partizipativen Konzeptualisierung der Entwicklung und Implementation einer Onlineplattform zur Stärkung der gegenseitigen Hilfe und zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs (Peer-Nachsorge) im Anschluss an die medizinische bzw. berufliche Rehabilitation“, zuerst Schlüsselwörter festgelegt: peer (support), aftercare, media, internet, health.

Danach wurde recherchiert, welche Datenbanken aus dem akademischen Feld sowie aus dem Bereich der Rehabilitation sich für die Suche eignen. Als generelle Datenbanken wurden SpringerLink, Scopus (welche auch Artikel aus Zeitschriften enthält), WISO, JSTOR, EMBASE, Deutsche Nationalbibliothek und GBV Gemeinsamer Bibliotheksverbund ausgewählt, als weitere spezielle Datenbanken PsycINFO, EBSCO Health und Rehabdata. Weiterhin wurde Google Scholar benutzt, um relevante Artikel von verschiedenen Quellen und Plattformen zu ergänzen. Nach dem Eingeben der Schlüsselwörter und dem Hinzufügen der Datenbanken in die Citavi-Suchmaschine –einem Literaturverwaltungsprogramm–, wurde die Zeitspanne auf 2000 bis 2019 festgesetzt.

2. Prüfung der Titel

Die daraufhin herausgefilterten 190 Artikel wurden anschließend auf ihre Titel und Untertitel überprüft. Davon wurden 30 ausgeschlossen, da sie nicht zum Konzept des Projektes passten und 10 weitere Texte wurden aufgrund unklarer Angabe für eine spätere Überprüfung im nächsten Schritt erst einmal zurückgestellt.

3. Prüfung der Abstracts

Als dritter Schritt folgte die Prüfung der Abstracts und Schlagwörter der 160 verbleibenden Artikel. 50 davon wurden ausgeschlossen, da diese sich nicht auf die Nachsorge nach einer Rehabilitationsmaßnahme bezogen, sondern auf die Prävention oder Behandlung von Krankheiten oder die Studien bezogen sich nicht auf die vier im Projekt fokussierten Bereiche: Kardiologie, Psychosomatik, Onkologie, Orthopädie oder alternativ Leitungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die verbleibenden Artikel wurden in Citavi markiert und gruppiert, z. B. mit Depression, Herzkrankheit, Rückenschmerzen o.ä., um zukünftig schneller Informationen wiederzufinden.

4. Prüfung der Texte auf Einschlägigkeit und inhaltliche Relevanz

Nachfolgend wurden der Anfang und das Ende jedes Abschnitts sowie die Teilüberschriften der 100 Beiträge gelesen, um den Inhalt zu überfliegen.

Wenn eine Relevanz mit dem Projektthema festgestellt wurde, wurden sie als Kategorie A klassifiziert. Wenn die Texte nicht passend waren, wurden sie direkt gelöscht. Artikel, die nach

dem Überfliegen noch nicht eindeutig zuzuordnen waren, wurden als Kategorie B klassifiziert. Diese wurden noch etwas intensiver gelesen, um sie entweder auszuschließen oder in Kategorie A einzuordnen.

Nach dieser Prozedur wurden weitere 20 Artikel gelöscht, da sie sich nicht auf den Peer Support bezogen, sondern auf die Rolle des Internets im medizinischen System z.B. wie kann eine Verbindung zwischen Patienten und Krankenhäusern über das Internet etabliert werden oder telemedizinische Aspekte. Ausgeschlossen wurden Artikel, die keine *direkt* projektrelevanten Ergebnisse erhielten.

5. Prüfung der Texte - vollständiges Lesen

Abschließend wurden 16 Artikel der Kategorie A vollständig gelesen. Davon waren acht eingeschränkt passend und drei Studien hatten aufgrund ihrer theoretischen Inhalte und spezifischen Einsatzgebieten einen großen Wert für unser Projekt und bezogen sich vorwiegend auf die Vorteile von Online Peer Support. Einige Artikel bezogen sich auf Online-Nachsorge Plattformen, die ähnlich zu unserem Konzept sind: HORYZON, Internetbrücke und The Virtual Clinic.

6. Prüfung der zugehörigen Literatur aus der Literaturliste der passenden Artikel

Ausgehend von den wichtigsten Artikeln wurden anhand deren Literaturlisten manuell weitere Recherchen durchgeführt, um zielführend weitere passende Beiträge zu finden.

Die Ergebnisse der Recherchetätigkeit sind in Kapitel 2 eingeflossen.

4.5. Fragebogenerhebung

Fragebogenentwicklung

Da Konzept- und Umsetzungsphase von Beginn an auf eine partizipative Gestaltung und die Überführung einer internetbasierten Nachsorge in den Regelbetrieb, die wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird, zielt, wurden ausgehend von der zentralen Frage zur Ermittlung des Bedarfs und der Akzeptanz bei den Rehabilitanden mit Beginn der Konzeptphase eigene Fragebögen unter Berücksichtigung der bis dahin erfolgten Literaturrecherchen konzipiert.

Dabei wurden aufgrund von fehlenden standardisierten Instrumenten für die Fragestellung des Projekts die Fragen theorie- und hypothesengeleitet neu erarbeitet bzw. aus bestehenden Fragebögen modifiziert übernommen.

Pretest

Um die Akzeptanz, Verständlichkeit und inhaltliche Relevanz des Fragebogens zu überprüfen sowie übersehene Aspekte und ggf. missverständliche Fragestellungen zu erfassen, wurde der eigentlichen Fragebogenerhebung ein Pretest vorgeschaltet. Dabei wurde der Fragebogen im August 2019 von vier medizinischen Rehabilitanden der Psychosomatik im Zentrum für ambulante Rehabilitation getestet. Die Befragten gehörten zu diesem Zeitpunkt nicht unmittelbar zur Zielgruppe, da sie die medizinische Rehabilitation noch nicht beendet hatten. Die eigentliche Zielgruppe war aufgrund der fehlenden institutionellen Anbindung nicht zu erreichen. Den Teilnehmern wurden das Projekt und die Relevanz des Fragebogens vorgestellt und anschließend erhielten die Rehabilitanden ausreichend Zeit um den Fragebogen selbstständig auszufüllen. Dabei sollten sie sich schwerpunktmäßig auf folgende Punkte konzentrieren:

- Gesamtaufbau des Fragebogens
- Nachvollziehbarkeit der Reihenfolge der Fragen
- Vollständigkeit der Antwortmöglichkeiten
- Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragenformulierung
- Redundanzen oder fehlende Themen von Interesse
- Sonstige Änderungswünsche

Die Rehabilitanden gaben z.T. sehr umfangreiche Einschätzungen zum Fragebogen ab. Eine Vielzahl der Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge (z.B. Anpassung und Ergänzung der Fragen und Antwortalternativen, Reihung der Fragen, Änderung von Formulierungen und mehr Platz bei Freitexten) wurden vom Forscherteam aufgenommen und umgesetzt.

Bereiche und Kategorien der Fragebögen

Der Fragebogen beinhaltet 43 Fragen, die 8 Kategorien zugeordnet wurden (vgl. Anhang 11.1 & 11.2). Folgende Tabelle gibt einen Überblick zu den Themen:

Tabelle 4 Übersicht über die Themen und Unterkategorien der Fragebögen

THEMENBEREICHE	UNTERKATEGORIEN
BEREICH 0 Angabe berufliche Bildungsmaßnahme¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Form
BEREICH I Persönliche Angaben	<ul style="list-style-type: none"> • Alter und Geschlecht • Haushalt • Schul- und Berufsabschluss • Aktuelle berufliche Situation • Wohnort • Haushaltseinkommen
BEREICH II Gesundheitliche Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Zeitraum der Beeinträchtigungen • zusätzliche Beeinträchtigungen • Unterstützungsangebote vor der Maßnahme
BEREICH III Einschätzung der sozialen Unterstützung durch Mitrehabilitanden (Peer Support)	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität und Umfang • Themen • Subjektiver Nutzen
BEREICH IV Rückkehrerfahrungen nach der Reha	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Einbindung • RTW • Individuelle Unterstützungsangebote
BEREICH V Erfahrungen mit Angeboten der Selbsthilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzungsform • Subjektiver Nutzen • Bewertung
BEREICH VI Onlinenutzerverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzungsdauer, -medium und -inhalte • Gesundheitsspezifische Onlineangebote
BEREICH VII Einschätzung der Onlineplattform	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzungsabsicht • Themen und Angebote • Finanzieller Beitrag
BEREICH VIII Einschätzung der allgemeinen Lebenssituation	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitszustand • Berufliche Situation • allgemeine Zufriedenheit

¹⁸ Nur im Fragebogen zur beruflichen Rehabilitation.

Bereich I fragt *persönliche Angaben* der Betroffenen ab, um einzuschätzen, wie sich deren aktuelle Lebens- und Wohnsituation gestaltet, welche schulischen und beruflichen Voraussetzungen gegeben sind und wie sich die aktuelle berufliche Situation gestaltet (Benennung der Tätigkeit, erwerbstätig, erwerbslos, in Umschulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, [EM]-Rente). Mithilfe dieser Angaben können Spezifika verschiedener besonders interessierter Nutzergruppen identifiziert werden. Diese Zielsetzung wird auch in den drei nachfolgenden Bereichen verfolgt.

In **Bereich II** werden *Angaben zu gesundheitlichen Belastungen* abgefragt, um einen Eindruck zur gesundheitlichen Situation insgesamt zu erhalten.

Bereich III umfasst die *Einschätzung der sozialen Unterstützung durch Mitrehabilitanden*. Hier ist insbesondere von Interesse, welche Qualität der Peer Support für die Rehabilitanden hatte und in welchen Umfang sie davon profitiert haben.

Bereich IV umfasst die *Rückkehrerfahrungen nach der Reha*. Hier interessieren vor allem die soziale Einbindung und die Erfahrungen beim RTW, insofern eine Rückkehr erfolgte. Es ist davon auszugehen, dass eine gute soziale Einbindung unterstützend für den Rehabilitationsprozess ist.

Der **Bereich V** befasst sich mit Fragen zur *Selbsthilfe* und zielt auf die Erfahrungen ab, welche die Betroffenen ggf. gemacht haben.

Bereich VI beinhaltet Fragen zum Themenfeld *Onlinenutzerverhalten*. Sie sollen eine Einschätzung dahingehend ermöglichen, wie internetaffin die Teilnehmenden sind, um Rückschlüsse in Bezug auf die Nutzung einer Onlineplattform zu ziehen.

Bereich VII dient der Erhebung von Informationen zur geplanten *Onlineplattform*. Dabei ging es vor allem um eine Nutzungsabsicht, gewünschte Themen und Angebote, Erkenntnisse über zusätzliche, noch nicht berücksichtigte Bedarfe und Gewichtung der einzelnen Teilbereiche der Onlineplattform sowie die Bereitschaft zur finanziellen Unterstützung.

Im abschließenden **Bereich VIII** sollten die Befragten Ihre *allgemeine Lebenssituation einschätzen*. Dazu wurden die Zufriedenheit mit der aktuellen Situation und die Zukunftserwartungen in den Bereichen Gesundheit und Beruf abgefragt.

Neben Multiple-Choice-Fragen wurden auch offene Fragen zu eigenen Wünschen und Vorstellungen gestellt. Zwei unterschiedliche Fragebogenversionen waren wegen der Eingrenzung der

beruflichen Reha-Maßnahmen und der Anpassungen im Wortlaut der Fragestellungen notwendig. Nach der Fertigstellung der Fragebögen im September 2019 wurde die zeitliche Verzögerung bis zur Verschickung genutzt, um die ersten Erkenntnisse aus den bereits durchgeführten Literaturrecherchen und Experteninterviews einfließen zu lassen und letzte Änderungen vorzunehmen.

Zugang zum Feld, Durchführung und Rücklauf

Insgesamt wurden Anfang März 2020 je 1.000 Teilnehmer im erwerbsfähigen Alter aus den vier Indikationsbereichen Kardiologie, Psychosomatik, Onkologie und Orthopädie aus der medizinischen Rehabilitation und 1.000 Teilnehmer aus der beruflichen Rehabilitation, die die Reha-Maßnahme vier Wochen, sechs Monate oder ein Jahr zuvor abgeschlossen hatten, von der DRV Bund angeschrieben, um ein möglichst breites Sample abzudecken. Das bedeutet in jedem der drei Zeiträume wurden im jeweiligen Indikationsbereich etwa 333 Personen angeschrieben. Dem Fragebogen waren ein Anschreiben der DRV Bund, eine Projektinformation sowie zwei Einwilligungserklärungen zum Fragebogen und der weiteren Teilnahme an Fokusgruppen beigegeben. Bis zur Beendigung der Erhebung im August 2020 konnte ein Rücklauf von 885 Fragebögen verzeichnet werden. Sechs wurden aufgrund von Unvollständigkeit und fehlenden Seiten von der Auswertung ausgeschlossen. Der anvisierte Rücklauf von 1.000 Fragebögen war im August zwar nur zu 87,9% erreicht, musste aber wegen der sich anschließenden Auswertung beendet werden. Danach trafen elf weitere Fragebögen ein, die nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Der Gesamtrücklauf beträgt 17,6%.

Eine Übersicht der Stichprobenverteilung in den einzelnen Gruppen und zu den verschiedenen Zeitpunkten lässt sich aus folgender Tabelle ablesen:

Tabelle 5 Stichprobenverteilung der Gruppen und Zeitverläufe (Angabe in Häufigkeiten und Prozentwerten)

N = 879	4 Wochen nach der Reha	6 Monaten nach der Reha	1 Jahr nach der Reha	Gesamt Gruppe
Orthopädie	54	59	55	168 (19,1%)
Kardiologie	65	65	51	181 (20,6%)
Onkologie	87	88	66	241 (27,4%)
Psychosomatik	56	60	40	156 (17,8%)
LTA	41	52	40	133 (15,1%)
Gesamt	303 (34,5%)	324 (36,9%)	252 (28,6%)	879 (100%)
Zeitverlauf				

Die Stichprobe ist nicht repräsentativ, weist aber durch die annähernd gleiche Verteilung eine gute Vergleichbarkeit der einzelnen Gruppen untereinander auf. (vgl. ausführlich zur Stichprobenbeschreibung, Punkt 5.1)

Erfassung der Fragebögen und Vorbereitung für die Auswertung

Um Fehler bei der händischen Datenübertragung des Fragebogens in die Maske von IBM SPSS Statistics 26 zu vermeiden und eine zügige Übertragung zu gewährleisten, wurden die 871 bis Anfang Juni eingetroffenen Fragebögen nach einer Vorsortierung (Öffnen der Briefe, gesondertes Abheften der Einwilligungserklärungen, Ordnen der Fragebogenseiten, Entfernen von Klammern, Sortierung nach medizinischer und beruflicher Rehabilitation) durch die Firma 2HM Business Services GmbH¹⁹ maschinell eingelesen und in einer Microsoft Excel Datei erfasst. In Vorbereitung auf die Auswertung wurden die Excel-Dateien in SPSS transferiert, fehlerhaft übertragene Sonderzeichen korrigiert und die Beschriftung der Werte nachgetragen. Zudem wurden acht Fragebögen, die noch vor Beginn der Auswertung eintrafen, händisch nachgetragen.

¹⁹ Der Werkauftrag wurde zuvor ausgeschrieben.

Fragebogenauswertung

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte nach der maschinellen Erfassung der Fragebögen mit IBM SPSS Statistics 26 bzw. Microsoft Excel für die Auswertung der offenen Fragen. Zur Beschreibung der soziodemografischen Merkmale der Stichprobe wurden absolute und relative Häufigkeiten ermittelt. Für metrische Variablen wurden zusätzlich Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Bei Vorlage von fehlenden Werten wurden die Fälle paarweise ausgeschlossen, sodass die Fälle mit Missings bei der Kalkulation von Prozentwerten nicht mitbezogen wurden. Die Darstellung von Gruppenunterschieden im Sample (z.B. Diagnosegruppen) erfolgte für kategoriale Merkmale mittels Chi²-Tests nach Pearson (zweiseitig). Dabei wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ($p > 0,05$) angenommen. Cramer's V wurde als Maß für die Stärke berechnet. Kategorien wurden für den Fall zusammengefasst, wenn eine ausreichende Zellenbesetzung nicht gewährleistet werden konnte.

4.6. Fokusgruppen

Auswahl

Voraussetzung für die Teilnahme an einer Fokusgruppe war das Ausfüllen des Fragebogens. Am Ende des Fragebogens wurde zusammen mit einer Erklärung zum Datenschutz die Bereitschaft zur Fokusgruppe abgefragt und um die Angabe der Kontaktdaten gebeten. Aus dem gewonnenen Sample (ca. 36% der Fragebogenteilnehmenden) wurden ab Mai nach Kriterien des „Theoretical Sampling“ (Strauss, 1998) gezielt ausgewählte Kandidaten per E-Mail angeschrieben und aufgrund der Pandemiesituation darüber informiert, dass entgegen der eigentlichen Planung die Fokusgruppen als Online-Videokonferenzen durchgeführt werden. Die Personen, die sich für eine Teilnahme an einer Online-Fokusgruppe bereiterklärten, erhielten ein Anschreiben mit Link zur Abstimmung eines geeigneten Termins in „Doodle“ sowie Anleitungen zur Einwahl in das Programm „Zoom“ (s. Anhang 11.3). Nach Auswahl des Termins wurden die entsprechenden Personen darüber in Kenntnis gesetzt und erhielten den Einladungslink zur Sitzung. Die Übersicht der Teilnehmenden ist im Anhang 11.5 zu finden.

Themenkomplexe der Fokusgruppen

Um eine Vergleichbarkeit der Fokusgruppen zu sichern und als Gedankenstütze wurde zunächst ein Gesprächsleitfaden entwickelt (s. Anhang 11.4). Dieser Gesprächsleitfaden für die

Fokusgruppen beinhaltete sieben Themenkomplexe, wobei alle eine themenspezifische erzählgenerierende Eingangsfrage enthielten sowie eine Reihe spezifischer Nachfragen für den Fall, dass durch die Eingangserzählungen noch nicht alle relevanten Informationen gewonnen werden konnten.

Tabelle 6 Übersicht Themenkomplexe

I.	Nachbetreuung/Nachsorge der Rehabilitation
II.	Erfahrungen mit der Rückkehr aus der Reha in den Alltag und die Arbeit
III.	Austausch mit anderen Rehabilitanden
IV.	Internetnutzung
V.	Aktuelle Erfahrungen rund um Corona und Digitalisierung
VI.	Fragen zur Plattform
VII.	Abschließende Fragen

Themenkomplex I „*Nachbetreuung/Nachsorge der Rehabilitation*“ beinhaltete eine erzählgenerierende offene Einstiegsfrage zu den Erfahrungen mit der Nachbetreuung seit dem Ende der Rehabilitation. Innerhalb dieses Themenblocks galt es, die genutzten Angebote, positive und negative Effekte der Inanspruchnahme bzw. Gründe für eine Nichtinanspruchnahme nachzuzeichnen. Zudem wurde nach zusätzlichen Wünschen bzgl. weiterer Angebote und Unterstützung gefragt. Hintergrund des Themenkomplexes war die Vorüberlegung, dass nach wie vor nur wenige medizinische Rehabilitanden ein Nachsorgeangebot nutzen, selbst wenn eine Empfehlung ausgesprochen wurde (vgl. Deck & Theissing, 2016, S. 252; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Dies wirft die Fragen auf, auf welche Hemmnisse die ehemaligen Rehabilitanden stoßen und wie diese ggf. überwunden werden konnten, ob die Angebote passend sind, welche Verbesserungsvorschläge es gibt, ob die mangelnde Inanspruchnahme auf regional fehlende Nachsorgeangebote zurückzuführen ist; konkret auf unser Vorhaben bezogen, wurde gefragt, inwieweit eine Internetplattform dabei helfen kann, Hemmnisse bei der Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten abzubauen und eine Nachbetreuung entsprechend den Wünschen der Befragten unterstützen zu könnte.

In **Themenkomplex II** „*Erfahrungen mit der Rückkehr aus der Reha in den Alltag und die Arbeit*“ bezogen sich optionale Nachfragen ausgehend von der Einstiegsfrage nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz auf die konkreten beruflichen Veränderungen in Folge der Rehabilitati-

onsmaßnahme, auf möglicherweise stattgefundenen Anpassungen, Unterstützung am Arbeitsplatz sowie auf Reaktionen von Kollegen und Vorgesetzten. Des Weiteren wurden auch Veränderungen im Alltag thematisiert. Die Fragen zielten darauf, den aktuellen Stand der Nachhaltigkeit der Reha-Maßnahme durch eine Überführung des Gelernten in den Alltag bzw. an den Arbeitsplatz und das Aufbrechen von gewohnten Mustern, die ursprünglich in die Reha geführt haben, darzulegen.

Bei **Themenkomplex III** „*Austausch mit anderen Rehabilitanden*“ standen Fragen der sozialen Einbindung und unterstützender sozialer Netzwerke im Vordergrund. Die erzählgenerierende offene Einstiegsfrage zur aktuellen Kontaktgestaltung mit ehemaligen Mitrehabilitanden zielte einerseits auf das Vorhandensein von Kontakten während und nach der Reha und andererseits auf die Gründe der Kontaktaufrechterhaltung. Optionale Detailfragen haben nach Formen des Kontakts (persönliche Treffen, Telefonisch, WhatsApp o.ä.) und deren Vor- und Nachteilen gefragt. Hintergrund des Themenkomplexes war die Annahme, dass gute soziale Einbindung die Krankheitsbewältigung und den Umgang damit positiv beeinflussen kann und der Austausch mit Gleichbetroffenen auf unterschiedlichen Ebenen wirkt: Als emotionale Unterstützung, als konkrete instrumentelle Hilfe, als kognitive Orientierungshilfe durch Informationsvermittlung, als soziale Vernetzungsressource und als Unterstützung bei grundsätzlichen Fragen der weiteren Lebensplanung. Gleichfalls soll der Themenkomplex systematische Hemmschwellen für Kontakterhaltung und –aufnahmen identifizieren.

In **Themenkomplex IV** „*Internetnutzung*“ sollten mit der Einstiegsfrage nach der regulären Internetnutzung Erzählungen zu bereits genutzten Onlineangeboten, z.B. sozialen Medien, und Suchverhalten im Internet generiert werden. Dabei waren sowohl allgemeine als auch gesundheitsbezogene Angebote von Interesse und vor allem welche positiven und negativen Erfahrungen die Teilnehmenden mit der Nutzung erlebt haben, wo Barrieren wahrgenommen werden oder Skepsis z.B. unter den Aspekten des Datenschutzes vorzufinden sind. Eine Annahme war hier, dass vor allem für internetaffine Personen die Nutzung einer Onlineplattform von Interesse wäre, aber auch das unter Umständen unsichere Nutzer in Abgrenzung zu den üblichen sozialen Medien vermehrt auf eine geschützte Plattform zugreifen würden.

Themenkomplex V befasste sich mit den „*aktuellen Erfahrungen rund um Corona und Digitalisierung*“. Damit einhergehend sollte eruiert werden, inwieweit die Einschränkungen aufgrund des Lockdowns sich auf den RTW, die Nachsorge, die Internetnutzung und soziale Kon-

takte ausgewirkt haben. Da die Befragten zumeist bereits in den vorangegangenen Erzählungen darauf eingingen, wurden die Nachfragen aus dem Themenkomplex V jeweils anknüpfend gestellt.

Den Schwerpunkt der Gespräche bildete der **Themenkomplex VI** „*Fragen zur Plattform*“. Es wurde nachgefragt welche differierenden Wünsche und Vorstellungen an der Gestaltung der Onlineplattform durch die Versicherten vorliegen, wie eine Umsetzung aussehen könnte und welche Angebote und Funktionen (z.B. Tagebuchfunktion, Kalenderfunktion) als nützlich erachtet werden. Dafür war es zunächst erforderlich in Erfahrung zu bringen, ob die Befragten einen Bedarf für sich sehen und welche Erwartungen und Befürchtungen dabei benannt werden. Detaillierter wurde auf einen passenden Namen für die Plattform, das Angebot der professionellen Ansprechpartner, die Umsetzung und Anforderungen der Moderation, den Übergang von virtuell zu real, den Datenschutz aber auch Fragen zum Layout eingegangen.

Themenblock VII „*Abschließende Fragen*“ diente der Beendigung der Diskussionsrunde. Den Befragten wurde hier die Möglichkeit gegeben, Themen und Aspekte anzusprechen, die im bisherigen Gesprächsverlauf keine Berücksichtigung fanden, aber subjektiv als relevant betrachtet werden. Auch Nachfragen der Befragten konnten an dieser Stelle beantwortet werden.

Durchführung

Von Mai bis Juli 2020 wurden die Teilnehmenden zu den Terminen eingeladen. Dabei wurde je eine Fokusgruppe pro Indikationsgruppe und eine diagnoseübergreifend mit beruflichen Rehabilitanden durchgeführt; jede Fokusgruppe dauerte ca. 90 Minuten. Testweise wurde eine weitere 60-minütige Gesprächsrunde mit den Teilnehmern aus Fokusgruppe 1 zur Einschätzung und Bewertung des ersten Designentwurfs veranstaltet und die Anmerkungen und Änderungswünsche anschließend in den Entwurf eingearbeitet. Auf weitere Fokusgruppen diesbezüglich wurde nachfolgend verzichtet. Stattdessen erhielten die Teilnehmer der anderen Fokusgruppen eine E-Mail mit der Bitte, den Entwurf (s. Kap. 7) einzuschätzen. Insgesamt wurden somit sechs Fokusgruppen durchgeführt.

Zu Beginn der Gespräche wurden die Teilnehmer von den Moderatoren über die Durchführung einer Fokusgruppe informiert. Neben einer Zusammenfassung der Hintergründe und Ziele der Studie und dem Verweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und zum Datenschutz

wurden die Teilnehmenden darin bestärkt, ihre Erfahrungen und Einschätzungen der angesprochenen Themen ausführlich darzustellen und aufeinander Bezug zu nehmen. Die für einige Teilnehmenden ungewohnte Situation einer Onlinekonferenz führte zu Beginn zu vermehrten Erzählimpuls durch die Moderation und trotz technischer Anleitung und frühzeitiger Öffnung des Online-Konferenzraums zu Störungen, z.B. wegen Abbrüchen der Internetverbindung. Dennoch erwies sich die Online-Gruppendiskussion durchaus als geeignete Alternative in der Durchführung. Als Vorteile sind hauptsächlich ökonomische und organisatorische Aspekte zu nennen. So führte der Wegfall von Reisekosten und -zeit zu einer vereinfachten Terminfindung, vor allem da der Großteil der Teilnehmenden in ländlichen Regionen und mit großen Distanzen zueinander wohnt. Eine eventuelle Raumsuche und -miete erübrigte sich ebenso. Durch die geringe Gruppengröße von drei bis vier Teilnehmenden, konnte zudem eine gleichmäßige Teilnahme am Diskussionsverlauf beobachtet werden. Berücksichtigt werden sollte aber, dass ein Ausschluss von Personen ohne entsprechende technische Ausstattung oder Erfahrung stattfand, was sich auch in der hohen Ausfallquote aufgrund der Notwendigkeit, die Fokusgruppen online stattfinden zu lassen, zeigte: Von den 123 angeschriebenen Personen, sagten lediglich 38 zu und füllten die Terminauswahl aus (ca. 30%).

Die Diskussionen wurden nach Zustimmung aller Teilnehmenden digital aufgezeichnet, um für eine spätere Analyse vollständig zur Verfügung zu stehen.

Übersicht über die Fokusgruppen

Die Tabelle im Anhang 11.5 zeigt eine Übersicht aller Fokusgruppenteilnehmer.

Von den 18 Teilnehmenden waren 9 weiblich und 9 männlich. Gemischte Gruppen wurden angestrebt, waren aber aufgrund fehlender Rückmeldungen nicht immer möglich. So bestanden die Kardiologie- und die LTA-Gruppe komplett aus männlichen Teilnehmern, während die Onkologiegruppe ausschließlich weiblich besetzt war.

Die Teilnehmenden waren zwischen 31 und 64 Jahre alt; der Altersdurchschnitt betrug 51,5 Jahre. Alle befanden sich nach der Reha wieder in Arbeit, z.T. in Teilzeit. Bis auf die Teilnehmer der LTA-Gruppe sind alle an ihrem alten Arbeitsplatz zurückgekehrt, teilweise gab es Reduzierungen der Arbeitszeit oder eine Anpassung der Arbeitsaufgaben.

Die letzte Reha (einige haben bereits mehrere medizinische oder/und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen abgeschlossen) ist bei fünf Teilnehmenden vier Wochen her, bei zwölf Teilnehmenden ein halbes Jahr und bei einer Teilnehmerin ein Jahr. Nachfolgend nahmen fast alle an Nachsorgeprogrammen teil, vorwiegend Sportgruppen (Rehasport, T-Rena, Herzsportgruppen).

Der Großteil der Teilnehmenden ist verheiratet bzw. lebt in Partnerschaft, hat Kinder und stammt aus ländlichen Regionen, lediglich vier Teilnehmende kamen aus größeren Städten. Sieben Teilnehmende kamen aus Nordrhein-Westfalen, der Rest verteilt sich gleichmäßig auf Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland.

Die Teilnehmenden haben zumeist noch Kontakt zu Mitrehabilitanden mittels WhatsApp oder Telefon, teilweise auch persönlich und stehen grundsätzlich der konzipierten Peer-Onlineplattform positiv gegenüber, wobei drei diese voraussichtlich nicht selbst nutzen würden.

Sechs Teilnehmende haben Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen, fünf positive und vier besuchen regelmäßig eine Gruppe.

Während alle das Internet als Informationsquelle zu gesundheitsbezogenen Themen nutzen, haben lediglich drei Erfahrungen mit Onlinediagnostikportalen und eine Teilnehmende hat ein unbegleitetes Online-Selbsthilfeprogramm ihrer Krankenkasse absolviert.

Auswertung

Zur Auswertung wurde das auditive Datenmaterial zusammenfassend verschriftlicht. Besonders relevante Aussagen wurden wörtlich transkribiert. Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Kennzeichnend für die qualitative Inhaltsanalyse ist ein offenes, systematisches und theoriegeleitetes Vorgehen. Die Auswertung erfolgt anhand zusammengehöriger thematischer Einheiten, die über den gesamten Text verstreut sein können. Diese wurden im Sinne Mayrings paraphrasiert, generalisiert, reduziert und subsumiert (vgl. Mayring, 2010, S. 67–70). Unterstützt wurde die Auswertung durch die computergestützte Software für qualitative Daten- und Textanalyse MaxQDA 11plus.






































▼ ●  Codesystem		351
▼ ●  Erfahrungen mit der Rückkehr aus der Reha		0
●  in Arbeit (LTA)		8
●  in den Alltag		9
> ●  an den Arbeitsplatz		32
▼ ●  Nachsorge der Reha		1
●  Bedeutung der Eigeninitiative		9
●  kein Bedarf		1
●  Facharzt		1
●  Psychotherapie		9
●  Entspannung		3
> ●  Nachsorgeprogramme MED		22
●  Nachsorgeprogramme LTA		1
▼ ●  Austausch mit anderen Rehabilitanden		0
●  während der Reha		14
> ●  nach der Reha		39
●  soziale Unterstützung		10
▼ ●  Internetnutzung		10
●  Erfahrungen mit Onlineprogrammen		6
▼ ●  Auswirkungen von Corona		0
●  auf die Nachsorge		7
●  auf die Arbeit		3
●  auf soziale Kontakte		5
●  auf die Internetnutzung		6
▼ ●  Veränderungen im Rehasystem		1
●  Verstärkung des Fokus auf Entlassmanagement		6
●  Wunsch nach Unterstützung während der LTA		12
●  Reha als ganzheitliche Behandlung		9
▼ ●  Nutzung einer Onlineplattform für Rehabilitanden		0
●  Einschätzung eigener Bedarf		16
●  Einführung		1
●  Werbung		2
> ●  Erwartungen		24
●  Name		3
> ●  Wünsche		48
> ●  Gestaltungsideen		25
> ●  Bedenken		8

Abbildung 2 Codebaum aus MaxQDA [Screenshot] (Quelle: eigene Darstellung)

Exemplarisch für den Kodiervorgang ist in der Abbildung 2 der Codebaum für die Fokusgruppen, teilweise einschließlich der differenzierten Unterkategorien. Dabei wurden die Aussagen der Teilnehmer entweder den schon vorher entwickelten Themenkomplexen oder aus dem Material neu gewonnen Themenkomplexen zugeordnet und in einem nächsten Schritt inhaltlich codiert. In der fortschreitenden Codierung von einer Fokusgruppe zur nächsten können dabei neue Codes gewonnen werden. Die Durchsicht des Materials wurde solange wiederholt, bis das Kategoriensystem auf der Basis des vorhandenen Datenmaterials theoretisch gesättigt war.

4.7. Experteninterviews

Auswahl

Auf Grundlage von Internetrecherche, Kooperationsnetzwerken und persönlichen Kontakten wurden Experten der Rehabilitation(-snaachsorge), Vertreter unterschiedlicher Rehabilitationsträger und IT-Spezialisten gezielt angesprochen. Es folgte eine telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme seitens der Forschergruppe, die neben einer Kurzdarstellung der Studie eine Bitte um Mitwirkung in Form eines Expertengesprächs enthielt. Dabei erfolgte die Auswahl der Experten nach der Dreiteilung der Fragestellung:

1. Experten im Bereich Bedarf und Akzeptanz (Reha-Praxis und Reha-Wissenschaft)
2. Experten im Bereich technische Umsetzung
3. Experten im Bereich Finanzierung

Die Resonanz der angefragten Experten war insgesamt positiv, es wurden jedoch institutionelle Unterschiede deutlich, die sich vor allem indikationsbezogen zeigten. Während die angefragten Experten aus den Bereichen Wissenschaft, T-Rena, LTA und Selbsthilfe sowie Programmierer größtenteils positiv auf die Anfragen reagierten, blieben Anfragen in den Bereichen ambulante Psychotherapeuten (PsyRena), im Indikationsbereich Onkologie und mögliche Kostenträger überwiegend unbeantwortet bzw. wurden abgelehnt. Teilweise ergab sich das auch aus dem erhöhten Aufgabenaufkommen der Akteure während des Beginns der Corona-Pandemie, weswegen Anfragen zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt wurden und die Experteninterviews in Einzelfällen nachgeholt werden konnten.

Themen und Inhalte

Für die Konzeption von individuell an den institutionellen Hintergrund der ausgewählten Experten jeweils modifizierbaren Leitfäden wurden basierend auf Literaturrecherchen zunächst vier *Core-Sets* von Fragen entwickelt, die für die zentralen im Projekt relevanten Bereiche Bedarf und Akzeptanz, technische Umsetzung und Finanzierung relevant waren.

Die Entwicklung der *Core-Sets* erfolgte in mehreren Etappen, beginnend mit einer losen Fragesammlung, gestützt auf Methoden des Brainstormings und Mind Mappings. In den folgenden Schritten wurden thematisch ähnliche Fragen unter gemeinsamen Überschriften zusammengefasst. Es wurden Fragen umformuliert, ergänzt sowie als ungeeignet eingeschätzte Fragen aus dem Fragenkatalog entfernt. Auf diese Weise entstand sukzessive ein System mit über- und untergeordneten Fragestellungen.

Das finale *Core-Set* beinhaltete drei bis fünf Kategorien (sowie eine Kategorie „Offenes und Fragen“ am Ende des Gesprächs) und weitere Unterkategorien, welche in der folgenden Übersicht dargestellt sind:

Tabelle 7 Core-Sets Expertenbefragung

BEREICH 1	LEITFADEN PRAXIS
KATEGORIE	UNTERKATEGORIEN
KATEGORIE I Einrichtung und Nachsorgeangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Position • Indikationsgruppen • Angebot an Qualifizierungsmaßnahmen (nur LTA) • Ausgestaltung von Nachsorgeangeboten und Umsetzungserfahrungen • Förderung sozialer Kontakte • Internetaffinität • Nutzung digitaler Angebote und Umsetzungserfahrungen
KATEGORIE II Einschätzung Bedarf und Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung des Bedarfs der Rehabilitanden • Einschätzung relevante Ziel-/Indikationsgruppe • Einschätzung der Nutzungsvoraussetzungen
KATEGORIE III Gestaltungsideen und Wünsche	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungen Gestaltung • Relevante Inhalte, Themen und Angebote der Plattform
KATEGORIE IV Einbettung in die Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt und Umsetzung der Vergabe des Zugangscodes • Schulung der Rehabilitanden durch die Einrichtung • Verwendung in der Einrichtung
KATEGORIE V Mitwirkung und Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung an der Plattform (Moderation, Ansprechpartner, Werbung, Inhalte) • Finanzierungsmöglichkeiten und –ideen
KATEGORIE VI Offenes und Fragen	
BEREICH 1	LEITFADEN WISSENSCHAFTLER
KATEGORIE	UNTERKATEGORIEN
KATEGORIE I Onlineangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungshintergrund • Zielgruppe • Funktionalitäten und Inhalte • Nutzerverhalten • Personalaufwand • Werbung • Datenschutz • Qualitätskriterien und Zertifizierung • Kosten und Finanzierung

	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationspartner • Zukunftsperspektiven
Ergänzend in einem 2. Interviewteil Fragen aus Kategorie II-VI des Leitfadens Praxis	
BEREICH 2	LEITFADEN TECHNISCHE UMSETZUNG
KATEGORIE	UNTERKATEGORIEN
KATEGORIE I Umsetzbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Verständlichkeit und Umsetzbarkeit der Inhalte des Lastenhefts • Nötige Anpassungen und Änderungen • Eigene Ideen
KATEGORIE II Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatorisches Vorgehen • Kommunikation • Entwicklungsdauer • Einpflegen von Änderungen im laufenden Betrieb
KATEGORIE III Kostenkalkulation	<ul style="list-style-type: none"> • Kalkulation der Erstellungskosten • Kalkulation der laufenden Kosten • Serverkosten
KATEGORIE IV Referenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Portfolio • Kooperationspartner
BEREICH 3	LEITFADEN FINANZIERUNG
KATEGORIE	UNTERKATEGORIEN
KATEGORIE I Eigene Digitalisierungskonzepte	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote und Inhalte • Umsetzungserfahrungen • Kooperationspartner • Zukunftsperspektiven
KATEGORIE II Potenzieller Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung potenzieller Nutzen • Relevante Funktionalitäten
KATEGORIE III Kooperation und Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft und Voraussetzungen zur Kooperation • Bereitschaft und Voraussetzungen zur dauerhaften Finanzierung • Finanzierungsideen

Beginnend mit der ersten zentralen Frage der Studie nach dem *Bedarf und der Akzeptanz* einer solchen Plattform, wurden zwei Leitfäden erstellt: einerseits für Akteure aus der Praxis und andererseits für Wissenschaftler, die sich mit Onlineangeboten auseinandergesetzt bzw. selbst welche entwickelt haben. Maßgeblicher Unterschied ist dabei Kategorie I, die sich im Leitfaden Praxis auf die Einrichtung hinsichtlich der vorhandenen Indikationsgruppen, deren Internetaffinität, der Förderung sozialer Kontakte der Rehabilitanden, der Nutzung digitaler

Angebote durch die Einrichtung und vorhandene Nachsorgeangebote bezieht und im Leitfaden Wissenschaftler auf Aspekte des jeweiligen Onlineangebots (z.B. Zielgruppe, Inhalte, Nutzerverhalten, Aufwand und Kosten, Datenschutz, Qualität und Zertifizierung). Die nachfolgenden Kategorien zur Einschätzung des Bedarfs und der Akzeptanz, möglicher Gestaltungsideen und Wünsche, der Mitwirkungsbereitschaft und möglichen Einbettung in die Praxis und Finanzierungsmöglichkeiten zur Sicherung der Nachhaltigkeit aus dem Leitfaden Praxis wurden in individueller Abänderung auch den Experten aus der Wissenschaft in einem zweiten Interviewteil gestellt.

Bezüglich der zweiten zentralen Frage nach der *technischen Realisierung* folgten die Experteninterviews vorwiegend dem explorativen Ansatz. Als Gedankenstütze wurde dennoch ein stichpunktartiger Leitfaden erstellt. Es ging vor allem darum, vom Wissen und den Erfahrungen der Akteure zu profitieren, einen Überblick über vorhandene Möglichkeiten zu erhalten und daraus eine technische Realisierung zu erarbeiten, die wiederum im Nachgang mit den Experten diskutiert wird. Ziel war es, die aus den Fragebögen und Experteninterviews zu Bedarf und Akzeptanz eruierten Vorstellungen und Wünsche der Rehabilitanden mit den technischen Möglichkeiten übereinzubringen und darauf aufbauend eine technisch realisierbare Skizze des Designs der Onlineplattform zu erarbeiten, deren Kosten anschließend möglichst konkret kalkuliert werden können.

Zur dritten zentralen Frage nach den Möglichkeiten der *Finanzierung* in der Entwicklungsphase sowie des regulären Betriebs im Rahmen der erweiterten Nachsorge im Anschluss standen neben Fragen zur Einschätzung des potenziellen Nutzens der Plattform sowie zur Kooperations- und Finanzierungsbereitschaft auch eigene Digitalisierungskonzepte der Akteure im Mittelpunkt, um mögliche Anknüpfungspunkte und Schnittstellen abzuleiten.

Durchführung

Begonnen wurde im Oktober 2019 mit Experteninterviews aus Bereich 1. Diese wurden nach vorheriger Terminabsprache bis Februar 2020 ausschließlich persönlich am Arbeitsort der Experten durchgeführt. Auf Basis dieser und erster Gespräche im Bereich 2, sowie Literaturrecherchen und Sekundärdaten wurde im Januar 2020 ein branchenübliches Lastenheft als Grundlage für weitere Expertengespräche im Bereich 2 erstellt. Seit März 2020 folgten auch Interviews im Bereich 3, die allerdings bis zur Fertigstellung von Kostenkalkulationen auf Basis des Lastenhefts und eines ersten Designentwurfs auf September 2020 verschoben wurden.

Alle Gespräche ab März 2020 erfolgten aufgrund der Corona-Pandemie ausschließlich telefonisch.

Die Gespräche wurden im Einvernehmen mit den befragten Experten digital aufgezeichnet, um für eine spätere Analyse vollständig zur Verfügung zu stehen.

Übersicht über die befragten Experten

Im Studienverlauf wurden insgesamt 35 Experteninterviews durchgeführt. Davon entfallen 18 auf den Bereich Bedarf und Akzeptanz, 7 auf den Bereich technische Umsetzung/Kosten und 8 im Bereich Finanzierung. Die Experten im Bereich Bedarf und Akzeptanz untergliedern sich noch einmal in Experten aus der Praxis und Experten aus der Wissenschaft. So wurden acht Interviews mit Psychologen, Sozialarbeitern und Physiotherapeuten, die mit der Nachsorge in Form von IRENA, PsyRena oder T-Rena in den Indikationsbereichen Onkologie, Psychosomatik, Kardiologie und Orthopädie betraut sind sowie auf Experten im Berufsförderungswerk (BFW) und Berufstrainingszentrum (BTZ) um den Bereich berufliche Rehabilitation abzudecken, geführt. Dazu kommen zehn Interviews mit Akteuren aus der Wissenschaft, die bereits eigene Onlineangebote erstellt haben bzw. in diesem Bereich aktiv tätig sind. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die befragten Experten:

Tabelle 8 Übersicht über die befragten Experten

Lfd. Nr.	ID	Hintergrund
Experten Bedarf und Akzeptanz		
1	EXP1.1	Wiss. Experten Uni (gesundheitsbezogene Internetseite)
2	EXP1.2	Wiss. Experte Uni (gesundheitsbezogene Internetseite)
3	EXP1.3	Wiss. Experte Uni (Evaluation von Onlinenachsorgeprogrammen)
4	EXP1.4	Wiss. Experte Uni (Evaluation von Onlinenachsorgeprogrammen)
5	EXP1.5	Wiss. Experten Klinik (Forum)
6	EXP1.6	Wiss. Experte Klinik (Onlinenachsorgeprogramm)
7	EXP1.7	Wiss. Experte Klinik (Onlinenachsorgeprogramm)
8	EXP1.8	Wiss. Experte Recht
9	EXP1.9	Wiss. Experte Selbsthilfe
10	EXP1.10	Wiss. Experte virtuelle Selbsthilfe
11	EXP1.11	Praxis Klinik, IRENA Kardiologie
12	EXP1.12	Praxis Klinik, IRENA Onkologie
13	EXP1.13	Praxis Klinik, PsyRena
14	EXP1.14	Praxis ambulant, PsyRena
15	EXP1.15	Praxis ambulant, T-Rena
16	EXP1.16	Praxis ambulant, T-Rena
17	EXP1.17	Praxis BTZ
18	EXP1.18	Praxis BFW
Experten technische Umsetzung und Kosten		
1	EXP2.1	Programmierer
2	EXP2.2	Programmierer
3	EXP2.3	Programmierer
4	EXP2.4	Programmierer
5	EXP2.5	Programmierer
6	EXP2.6	Anbieter DiGa
7	EXP2.7	Anbieter DiGa
8	EXP2.8	Anbieter DiGa
Experten Finanzierung		
1	EXP3.1	DRV
2	EXP3.2	Krankenkasse
3	EXP3.3	Klinik
4	EXP3.4	Klinik
5	EXP3.5	Bundesagentur für Arbeit

6	EXP3.6	DGUV
7	EXP3.7	BG Rohstoffe und chemische Industrie
8	EXP3.8	Stiftung
9	EXP3.9	DRV

Auswertung

Ausgewertet wurden die Experteninterviews nach dem Vorgehen der themenbezogenen Auswertung von Meuser und Nagel (2005). Dabei erfolgten die Paraphrasierung und Codierung in einem Schritt durch die zusammenfassende, themenbezogene Verschriftlichung des auditiven Datenmaterials in Microsoft Word. Lediglich besonders treffende Aussagen wurden selektiv transkribiert. Anschließend wurden die Interviews thematisch verglichen und in Beziehung zueinander gesetzt. Danach erfolgte die soziologische Konzeptualisierung, bei der eine Ablösung von den Auswertungsdokumenten und deren Begrifflichkeiten auf Ebene aller Interviews erfolgte.

5. Quantitative Ergebnisse

5.1. Stichprobenbeschreibung

Nachfolgende Tabelle gibt eine erste Übersicht über die Stichprobe. Spalte 1 bezieht sich dabei auf die medizinischen und Spalte 2 auf die beruflichen Rehabilitanden, die an der Befragung teilgenommen haben. Zum Vergleich der Stichprobe wurden die Daten aus dem Scientific Use File (SUF) der Rentenversicherung herangezogen (Basisfile: Abgeschlossene Rehabilitation 2010-2017 im Versicherungsverlauf).

Tabelle 9 Stichprobenübersicht medizinische und berufliche Rehabilitanden

Kategorie	Medizinische Re- habilitanden (n=746)	Berufliche Reha- bilitanden (n=133)	Vergleich SUF (n= 22.401.174)
Altersgruppe			
20 - 29 Jahren	1,1%	2,3%	Keine Vergleichbar- keit aufgrund Ver- laufsalter.
30 - 39 Jahre	5,4%	20,3%	
40 - 49 Jahre	20,8%	38,3%	
50 - 59 Jahre	71,1%	39,1%	
über 60 Jahre	1,6%	0%	
Geschlecht			
Weiblich	68,1%	77,4%	46,2%
Männlich	31,9%	21,8%	53,8%
Divers	0,0%	0,8%	-
Haushalt			
Allein lebend	17,1%	28,7%	Keine Vergleichbar- keit aufgrund ande- rer Kategorien.
Allein mit Kind/ern	5,7%	7,0%	
Mit Partner	42,3%	33,3%	
Mit Partner und Kind/ern	32,3%	24,8%	
Sonstiges	2,6%	6,2%	
Schulabschluss			
Kein Abschluss	0,3%	0,0%	Bei 76% ist der Schul- abschluss unbekannt.
Hauptschule	8,8%	15,9%	
Realschule/POS	45,7%	49,2%	
Abitur/(Fach-)Hochschulreife	45,2%	34,9%	
Berufsabschluss			
Kein Abschluss	1,8%	3,9%	

Lehre	46,5%	63,0%	Bei 73,1% ist der Berufsabschluss unbekannt.
Fachschule	21,6%	20,0%	
FH/Universität	30,1%	13,1%	
Unbekannt	-	-	
Hauptdiagnose			Keine Vergleichbarkeit aufgrund anderer Kategorien.
Orthopädie	22,5%	27,1%	
Kardiologie	24,2%	2,3%	
Onkologie	32,3%	2,3%	
Psychosomatik	20,9%	43,6%	
Andere	-	24,7% ²⁰	
Einwohner Wohnort			
unter 5.000	27,8%	22,9%	13,5%
5.000-50.000	39,5%	31,3%	16,0%
50.000-250.000	15,5%	23,7%	28,6%
über 250.000	17,2%	22,1%	16,7%
unbekannt	-	-	25,2%
Erwerbsstatus			
Vollzeit	54,2%	33,1%	52,0%
Teilzeit	33,8%	25,2%	14,2%
Minijob	1,8%	0,0%	-
EM-Rente	3,5%	3,9%	-
Altersteilzeit	0,4%	0,0%	-
Arbeitssuchend	5,7%	29,1%	6,6%
Qualifizierungsmaßnahme	0,6%	8,7%	-
Sonstiges	-	-	27,2%
Einkommen			
Gut	41,5%	10,5%	Keine Vergleichbarkeit aufgrund anderer Kategorien.
Ausreichend	43,2%	47,6%	
Zu wenig	13,1%	37,9%	
Bezug von Transferleistungen	2,2%	4,0%	

Alter

Das Durchschnittsalter der medizinischen Rehabilitanden beträgt 51,75 Jahre. Die jüngste Person war zum Zeitpunkt der Befragung 23 Jahre alt und die älteste 67 Jahre. Der Median, der

²⁰ Die Angabe der Diagnose wurde von den beruflichen Rehabilitanden selbstständig vorgenommen und die offenen Antworten händisch zusammengefasst. Die Kategorie „Andere“ umfasst: Muskel-, Lungen- und Darmerkrankungen, neurologische und rheumatische Erkrankungen sowie Transplantationen.

die erhobenen Werte in zwei Hälften gleicher Größe teilt, liegt bei 53 Jahren. Die altersmäßig größte Gruppe bilden die 55-jährigen. 72,7% der medizinischen Rehabilitanden sind über 50 Jahre alt. Innerhalb der Diagnosegruppen unterscheiden sich die Werte nicht.

Dagegen sind erwartungsgemäß die beruflichen Rehabilitanden jünger. Der Mittelwert liegt bei 46,2 Jahren. Das Mindestalter lag bei 23 Jahren und das Höchstalter bei 59 Jahren. Dass niemand älter war, hängt vermutlich vor allem mit der Bewilligungspraxis zusammen. Die Hälfte der Rehabilitanden ist 47 Jahre alt und älter und die Personen im Alter von 54 Jahren bilden die größte Gruppe. Jeweils knapp 40% der Teilnehmer sind in den Altersgruppen 40-49 Jahre bzw. 50-59 Jahre vertreten.

Geschlecht

Der Anteil an männlichen medizinischen Rehabilitanden liegt bei 31,9%, weiblich sind demzufolge 68,1%. Innerhalb der Diagnosegruppen ist der Frauenanteil fast immer höher als der Männeranteil (Orthopädie: 68,5%, Psychosomatik: 72,3%, Onkologie: 82,4%). Lediglich die Kardiologie bildet eine Ausnahme mit annähernd gleicher Verteilung (45,3% Frauen zu 54,7% Männern), die auch der Verteilung aus dem SUF entspricht. Unsere Erfahrung lässt vermuten, dass auch bei diesem Forschungsvorhaben eher Frauen bereit sind, an wissenschaftlichen Untersuchungen mitzuwirken. Weiter könnte die Geschlechterverteilung bei dem Interesse, sich mit Gesundheitsthemen auseinanderzusetzen, aus Kap. 2.1.2 dieses Ungleichgewicht erklären. Drittens ist der kommunikative Austausch über Gesundheitsthemen untereinander bei Frauen größer ausgeprägt (Owen et al., 2004).

In der beruflichen Rehabilitation (Vollqualifizierungsmaßnahmen) liegt das Verhältnis von Männern und Frauen bei etwa 2/3 zu 1/3 (Kardorff et al., 2013). In unserer Befragung kehrt sich dieser Anteil aber um: der Frauenanteil beträgt hier 77,4% und der Männeranteil nur bei 21,8%. Eine Person definiert sich als divers (0,8%). Das zeigt eine sehr viel höhere Antwortbereitschaft von Frauen bei der von uns befragten Gruppe.

Haushalt und Lebensform

Nahezu 3/4 der medizinischen Rehabilitanden lebt in einer Partnerschaft (74,6%), davon 32,3% mit Kind/ern. Alleinlebend sind ca. ein Fünftel (22,8%) der Rehabilitanden. Während die Verteilung innerhalb der Diagnosegruppen ähnlich ist, befinden sich unter den beruflichen Rehabilitanden mehr Alleinlebende (35,7%).

Schul- und Berufsabschluss

Zusammenfassend ist das Schul- und Ausbildungsniveau der Stichprobe sehr hoch. Während nur eine sehr kleine Gruppe keinen Schulabschluss bzw. einen Hauptschulabschluss vorweisen kann, dominieren in unserer Stichprobe mittlere und höhere Bildungsabschlüsse, die ebenfalls eher eine höhere Bereitschaft zur Studienteilnahme aufweisen.

Der Akademisierungsgrad (Fachhochschule/Universität) ist unter den medizinischen Rehabilitanden mit 30,1% deutlich höher als bei den beruflichen Rehabilitanden (13,1%), von denen 63% eine Lehre als höchsten Berufsabschluss vorweisen, also eine klassische duale Berufsausbildung durchlaufen haben. Dies liegt vor allem am fehlenden Angebot für Akademiker bei Umschulungsmaßnahmen.

Wohnort

2/3 der medizinischen Rehabilitanden wohnt dörflich bzw. in kleineren Städten bis 50.000 Einwohner und 1/3 in größeren Städten und Großstädten. Bei den beruflichen Rehabilitanden ist die Verteilung nahezu ausgeglichen mit 54 zu 46% und nähert sich an die der Gesamtbevölkerung an (59% städtisch zu 41% ländlich, Statistisches Bundesamt, 2020c). Im SUF ist dagegen der Anteil an Personen in Städten etwas höher, was aber durch den hohen Anteil an fehlenden Angaben etwas verzerrt werden könnte.

Einkommen

Der größere Teil der medizinischen Rehabilitanden ist mit seinem Einkommen zufrieden - 84,7% haben die Antworten „gut“ oder „ausreichend“ angekreuzt. Nur 15,3% findet ihr Gehalt zu niedrig oder bezieht Sozialleistungen. Eine größere Unzufriedenheit zeigt sich dagegen bei den beruflichen Rehabilitanden- 37,9% haben demnach „zu wenig“. Ausgehend vom Erwerbsstatus und den hohen Arbeitslosenanteil ist dieses Ergebnis nachvollziehbar.

5.2. Ausgewählte Parameter

5.2.1 Gesundheitszustand

Diagnose

Während die Diagnosen wegen derer die medizinische Rehabilitation durchgeführt wurde, auf den Daten der Rentenversicherung basieren, handelt es sich bei den beruflichen Rehabilitanden um subjektive Angaben. Die Gruppe der medizinischen Rehabilitanden setzt sich dabei

aus 32,3% onkologischen, 24,2% kardiologischen, 22,5% orthopädischen und 20,9% psychosomatischen Rehabilitanden zusammen. Bei den beruflichen Rehabilitanden liegt der Anteil an psychosomatischen Erkrankungen mit knapp 44% deutlich höher. Danach folgen mit 27% orthopädische Erkrankungen. Kardiologie und Onkologie spielen mit 2,3% eine untergeordnete Rolle. 1/4 der beruflichen Rehabilitanden gaben andere Erkrankungen an z.B. Rheuma.

Zeitraum der Beeinträchtigungen

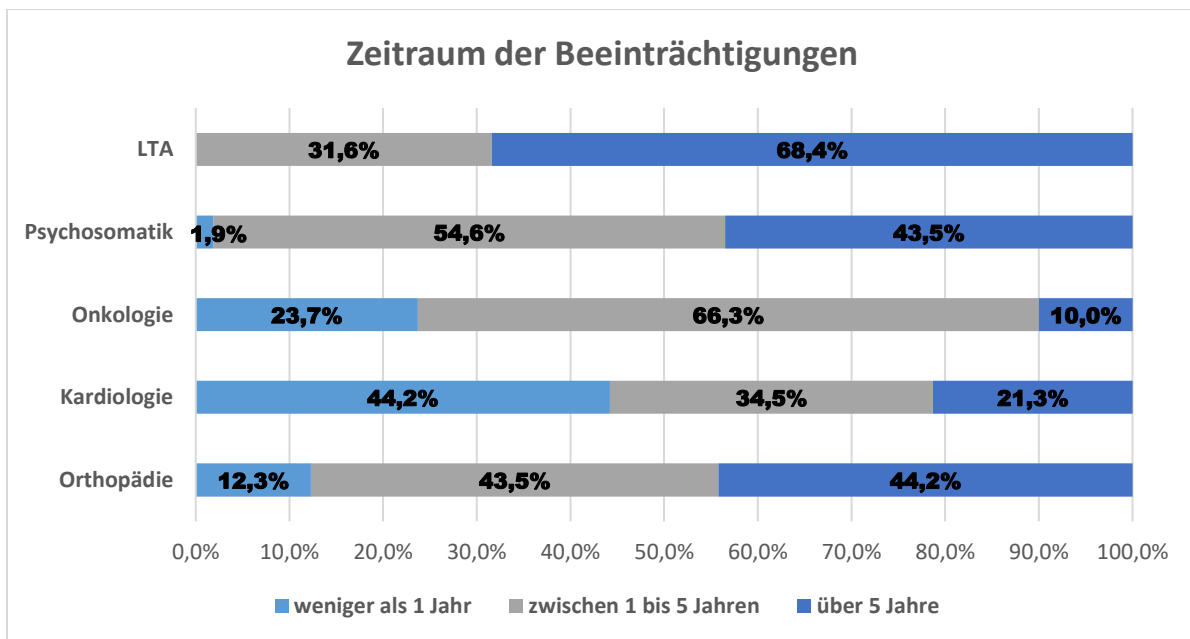


Abbildung 3 Zeitraum der Beeinträchtigungen (Quelle: eigene Darstellung)

Je nach Diagnose unterscheidet sich der Zeitraum stark, seitdem die Rehabilitanden durch die Erkrankung von Beeinträchtigungen betroffen sind. Der Großteil der medizinischen Rehabilitanden gab eine Beeinträchtigung von 1 bis 5 Jahren an. Ausnahmen davon sind die kardiologischen Rehabilitanden, die sich zum Zeitpunkt der Befragung vorwiegend seit unter einem Jahr beeinträchtigt fühlen, wohingegen es bei den beruflichen Rehabilitanden niemanden gab, der sich hier verortet und auch die psychosomatischen Rehabilitanden zeigen einen geringeren Wert auf. Bei den beruflichen Rehabilitanden handelt es sich zu 68,4% um Personen, die sich bereits seit über 5 Jahren beeinträchtigt fühlen. Tendenziell sind die orthopädischen, psychosomatischen und beruflichen Rehabilitanden bereits länger von einer Beeinträchtigung betroffen als die kardiologischen und onkologischen Rehabilitanden, deren Übergang nach einem Akutereignis bzw. Entdeckung der Erkrankung in die medizinische Rehabilitation schnell

erfolgt, während es sich in der Orthopädie und Psychosomatik oftmals um langsam wachsende Belastungen bis zum Zusammenbruch oder der Unerträglichkeit von Schmerzen handelt, die zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen.

Komorbiditäten

Durchgehend alle Gruppen sind von Ko- bzw. Multikomorbiditäten betroffen. Während die onkologischen Rehabilitanden mit 60% den geringsten Wert aufweisen, sind es bei den übrigen je ca. 70% -bei den beruflichen Rehabilitanden sogar 77% (siehe auch Kardorff et al., 2019).

Unterstützungsangebote vor der Maßnahme

Die in Anspruch genommenen Unterstützungsangebote vor der Maßnahme divergieren stark nach Indikationsgruppe. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass orthopädische Rehabilitanden im Vorfeld vorwiegend Physiotherapie bekamen, psychosomatische Rehabilitanden in Psychotherapie waren, berufliche Rehabilitanden aufgrund der oben beschriebenen Diagnosen beide Aspekte zu gleichen Teilen wahrnahmen, ebenso wie kardiologische und onkologische Rehabilitanden, die zusätzlich vorwiegend im Internet recherchierten.

Aktuelle außerbetriebliche Unterstützungsangebote

Von allen Gruppenangeboten werden zum überwiegenden Teil Sportangebote genutzt. Ansonsten ergibt sich, wie bei den wahrgenommenen Unterstützungsangeboten vor der Maßnahme, ein an die Diagnosegruppen angepasstes Bild: Physiotherapie und IRENA wird vor allem von den orthopädischen Rehabilitanden genutzt und Psychotherapie bzw. PsyRena von den psychosomatischen Rehabilitanden. Berufliche Rehabilitanden nutzen wieder beides zu gleichen Teilen, ebenso wie kardiologische und onkologische Rehabilitanden, die zusätzlich vorwiegend im Internet recherchierten. Allerdings nutzen die onkologischen und psychosomatischen Rehabilitanden auch verstärkt Entspannungsangebote.

Subjektiver Gesundheitszustand

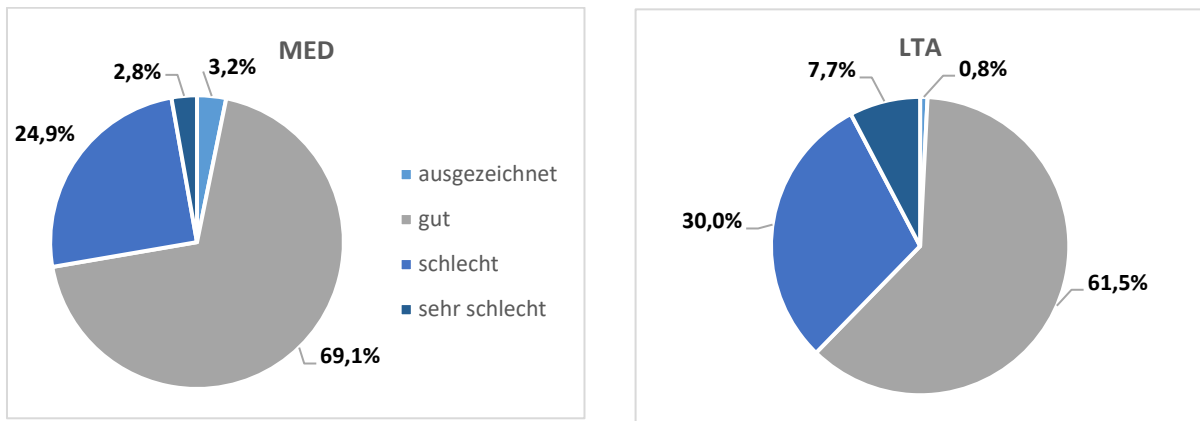


Abbildung 4 Subjektiver Gesundheitszustand MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

Trotz der oben beschriebenen Komorbiditäten und der Dauer der Beeinträchtigung fällt die Frage nach der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bei immerhin 72,3% der medizinischen und 62,3% der beruflichen Rehabilitanden positiv aus. Auffällig sind die Rehabilitanden mit psychosomatischen Erkrankungen, die eher der Verteilung der beruflichen Rehabilitanden entsprechen, was bzgl. des hohen Anteils an psychosomatischen Erkrankungen bei den beruflichen Rehabilitanden nicht verwundert. Grund für die insgesamt überwiegend positiven Einschätzungen könnte ein abwärts gerichteter Vergleich sein (den anderen Rehabilitanden geht es schlechter als mir.) oder auch ein Vergleich mit der Situation vor der Akutbehandlung/Rehabilitation und nach der Rehabilitation.

Gesundheitliche Zukunftserwartungen

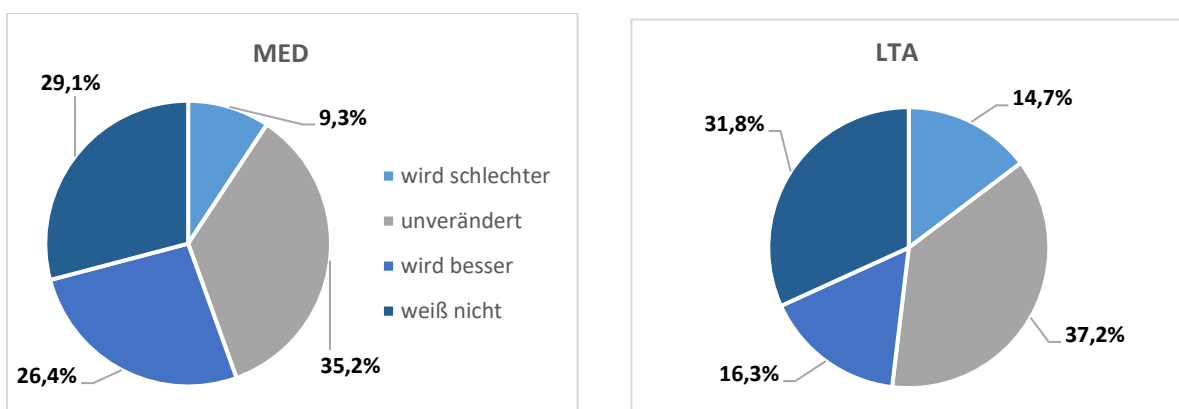


Abbildung 5 Gesundheitliche Zukunftserwartungen MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

35,2% der medizinischen Rehabilitanden schätzt ihre Gesundheit als stabilen Zustand ohne Chancen auf Verbesserung, aber auch ohne Risiken der Verschlechterung ein, wobei ein relativ hoher Anteil von 29,1% ihren zukünftigen Gesundheitszustand *nicht* einschätzen kann. Nur 9,3% der Befragten denkt, ihre Gesundheit wird sich mit der Zeit verschlechtern. Dabei fallen vor allem die orthopädischen Rehabilitanden auf, die in viel höherem Maße von einer Verschlechterung ausgehen (17,2%), da die Abnutzungserscheinungen bestenfalls lediglich aufgehalten werden können. Zudem entstehen mit fortschreitendem Alterungsprozess weitere Einschränkungen. Demgegenüber stehen die mittlerweile sehr wirkungsvollen Krebstherapien, die nur 4% der onkologischen Rehabilitanden an eine Verschlechterung glauben lassen. Während die medizinischen Rehabilitanden eher von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgehen (26,4%), gehen die beruflichen Rehabilitanden je zu gleichen Anteilen entweder von einer Verbesserung oder Verschlechterung aus (15,5%). Auch hier ist die Erwartung an einen stabilen Zustand, aber auch an „Weiß nicht“-Antworten am höchsten.

5.2.2 Arbeit und RTW

Berufliche Bildungsmaßnahmen der beruflichen Rehabilitanden

Im Vorfeld der weiteren Auswertungen hier nun die Verteilung der Teilnahme an beruflichen Bildungsmaßnahmen durch die beruflichen Rehabilitanden, welche sich an folgendem Diagramm erkennen lässt:

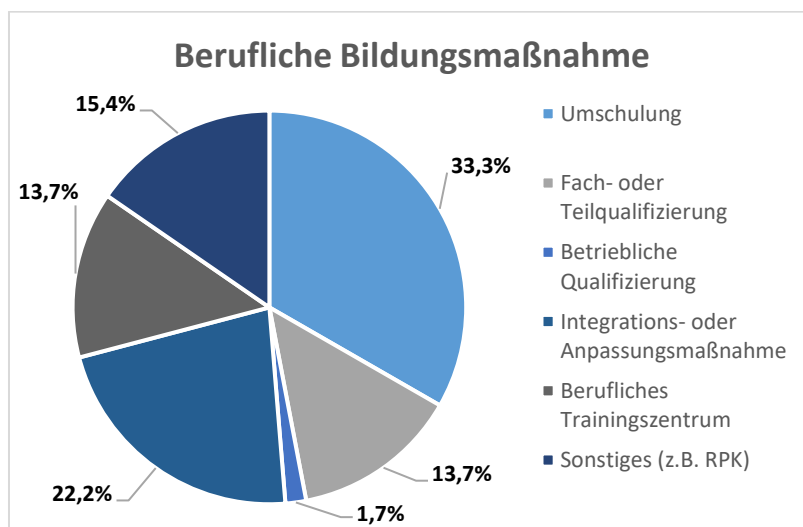


Abbildung 6 Berufliche Bildungsmaßnahmen (Quelle: eigene Darstellung)

Demnach nahmen 1/3 an 2-jährigen Umschulungsmaßnahmen, 22,2% an Integrations- oder Anpassungsmaßnahmen zwischen 3 bis 12 Monaten und je ca. 14,5% an Fach- oder Teilqualifizierungen bis zu 12 Monaten, Maßnahmen im beruflichen Trainingszentrum oder Sonstigem, wie einer Komplexeleistung für medizinische und berufliche Rehabilitation in einer Reha-Einrichtung für psychisch Kranke, teil.

Erwerbsstatus

88% der medizinischen Rehabilitanden sind vor der Reha sozialversicherungspflichtig beschäftigt.²¹ Dabei gehen insbesondere Rehabilitanden mit kardiologischen und orthopädischen Erkrankungen einer Vollzeittätigkeit nach, während sich bei onkologischen und psychosomatischen Rehabilitanden der Anteil an Voll- und Teilzeittätigkeiten mit je ca. 40% angleicht. Die Arbeitslosigkeit liegt durchschnittlich bei 5,7%, wobei sie bei der Onkologie mit 3% geringer ausfällt und bei der Psychosomatik mit 10% höher. Bei allen Gruppen liegt der Anteil an Erwerbsminderungsrentnern bei knapp 4%. Die Anteile an Vollzeitbeschäftigten und Arbeitslosen decken sich in etwa mit den Werten aus dem SUF.

Im Gegensatz dazu gehen nur knapp 60% der beruflichen Rehabilitanden einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach und nahezu 30% sind arbeitssuchend. Rund 9% absolvieren eine weitere Qualifizierungsmaßnahme, während auch hier der Anteil an EM-Rentnern bei ca. 4% liegt.

Ca. 41% der befragten Frauen arbeitet in Teilzeit, bei den Männern dagegen sind es nur 8%. Insgesamt arbeiten überwiegend Frauen in Teilzeit (90% aller Personen in Teilzeit). Das deckt sich mit den Anteilen in der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2020d).

²¹ Zum Vergleich: 2019 waren rund drei Viertel aller Erwerbstätigen in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt (74 Prozent) (siehe Bundeszentrale für politische Bildung (2020)).

Arbeitsplatzzufriedenheit

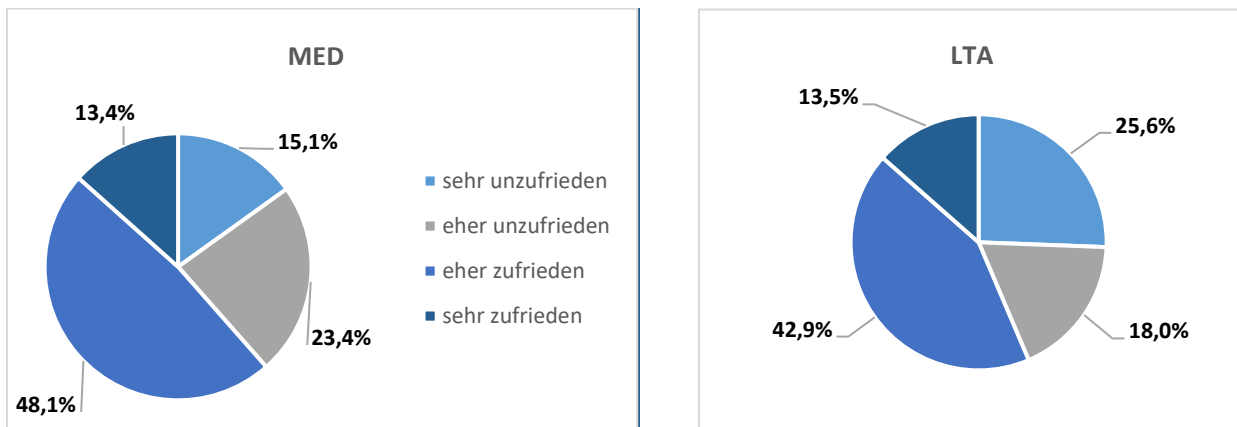


Abbildung 7 Zufriedenheit am Arbeitsplatz MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

Zufrieden mit ihrer aktuellen beruflichen Situation sind 61,5% der medizinischen Rehabilitanden und 56,4% der beruflichen Rehabilitanden. 1/4 der beruflichen Rehabilitanden ist sehr unzufrieden, was in etwa der Größenordnung des Anteils an Arbeitslosen entspricht. Bei den medizinischen Rehabilitanden sind tendenziell die Personen unzufrieden, die sich einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sehen.

RTW – Return to work

88% der medizinischen Rehabilitanden und 58% der beruflichen Rehabilitanden unserer Kohorte gehen nach der Reha-Maßnahme wieder einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach.

Im Vergleich fiel es den kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden leichter, die Arbeit wieder aufzunehmen, was sich auch in der Leistungsfähigkeit nach der Maßnahme zeigt. Sie fühlten sich nach der Maßnahme wieder leistungsfähiger. Berufliche Rehabilitanden und Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen fühlten sich durch ihre Arbeit im Schnitt eher gesundheitlich belastet. Psychosomatische Rehabilitanden dagegen nicht, was sich aus der überwiegenden Teilzeitbeschäftigung dieser Gruppe erklären könnte aber auch die Relevanz der Teilhabe an Erwerbsarbeit für eine psychische Restabilisierung.

Für die Rückkehr in Arbeit wurden dabei von 51,5% der medizinischen Rehabilitanden keine Nachsorgeangebote genutzt. 1/3 kehrte mittels der *Stufenweisen Wiedereingliederung* zurück. Knapp 20% nutzen das Betriebliche Eingliederungsmanagement oder wandten sich an den Betriebsrat. Alle anderen Angebote treten nur marginal auf.

Eine vollkommen andere Verteilung ergibt sich bei den beruflichen Rehabilitanden, die sich vorwiegend an ihre Rentenversicherung (38%) oder alternativ das Arbeitsamt bzw. Jobcenter (24%) wandten oder eine weitere Qualifizierungsmaßnahme in Anspruch nahmen (21%). Aber auch hier nutzen 28,5% keine weitergehenden Angebote.

Bezüglich Veränderungen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz gab es bei 2/3 der medizinischen Rehabilitanden keine Veränderungen. Alle anderen Aspekte zeigen sich zu nahezu gleichen Anteilen mit je knapp 10% (technische Arbeitsplatzanpassungen, innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitszeitverkürzung, andere Arbeitszeiten, Wechsel des Arbeitgebers).

Auf die Frage nach der Inanspruchnahme außerbetrieblicher Unterstützungsangebote bei der Rückkehr in Arbeit nach der Reha antworteten die Befragten folgendermaßen:

Tabelle 10 Unterstützungsangebote MED und LTA

Berufliche Rehabilitation	Anzahl der Nennungen	Medizinische Rehabilitation	Anzahl der Nennungen
keine Angabe	64	keine Angabe	447
„nichts“, „keine“, „weiß nicht Antworten	15	„nichts“, „keine“, „weiß nicht“ Antworten	75
Verständnis/Unterstützung/Kommunikation Arbeitgeber/Vorgesetzter Angebote von Arbeitgebern/Arbeitsplatzvermittlung <i>„Das Arbeitgeber Umschüler einstellen“</i>	7	Verständnis/Unterstützung/Kommunikation Arbeitgeber/Vorgesetzter <i>„Mein Arbeitgeber hat sich bis heute nicht gemeldet“</i>	41
Kein erfolgreicher RTW <i>„Bin nie wieder Arbeit zurück gekommen!“</i>	7	strukturelle Veränderung im Arbeitsbereich/ individuelle Veränderung, Entlastung im berufl. Alltag	22
Unterstützung/Kontakt Rehafachberater/DRV Abschlussgespräch Reha-Berater	7	kein erfolgreicher RTW/ (erneute) Krankschreibung/arbeitslos	19
Unterstützung/Nachbetreuung/Nachsorge durch die Institutionen	4	Psychotherapeutische Gespräche/Feedback/Therapieangebote/Beratung	15
Arbeitsplatzanpassung/Hilfsmittel	4	(kein Angebot/schwere Erreichbarkeit) PsyRENA/IRENA, Rehasport. <i>„Hätte gerne an IRENA teilgenommen das Angebot dazu findet leider 30 km entfernt statt“</i>	15
Ansprechpartner	3	Arbeitsplatzanpassung/Hilfsmittel	13
Psychotherapeutische Gespräche/Feedback/Therapieangebote	3	Arztgespräch/medizinische Behandlung/ ärztliche Unterstützung, Therapieangebote, Betriebsarzt (Wiedereingliederung)	10
Rücksicht auf individuelle psychische und physische Problematiken/Akzeptanz der Erkrankung	2	finanzielle Unterstützung/Absicherung	8

Zeitweise Wiedereingliederung, Stufenweise Wiedereingliederung	2	Coaching zur Umsetzung des Erlernten, Unterstützung, um Veränderungen am Arbeitsplatz zu bewirken	8
Berufliche Beratung	1	Kurzzeitige Schonfrist zwischen Reha und Wiedereinstieg <i>„etwas mehr Zeit, um wieder an zu kommen“</i>	8
Bessere Informationen über Grad der Behinderung, Aufklärung über Ansprüche	1	Stufenweise Wiedereingliederung, passgenauere Wiedereingliederung, unspezifische Unterstützung bei Wiedereingliederung	8
Spezielle Angebote für Reha-Rückkehrer	1	Rücksichtnahme/Verständnis/Empathie/Akzeptanz der psychischen und physischen Problematiken allg.	7
individuell orientiertes Job-/Berufswahlangebot	1	Unterstützung allg. da jegliche Unterstützung fehlt	6
Informationen zu regionalen Anlaufstellen	1	Unterstützung durch Arbeitskollegen (Ansprechpartner etc.)	6
Fachlich inhaltliche Vorbereitung	1	Informationen über Maßnahmen, Ansprechpartner etc.	5
Finanzielle Unterstützung	1	rechtliche Ansprüche (Wiedereingliederung), rechtl. Unterstützung und Beratung	5
Anteilnahme	1	Betreuungsangebote/Beratung allg.	5
erlebt Einschränkungen durch Pandemie	1	Selbsthilfegruppe/ Austausch mit anderen Betroffenen	5
<i>„Jede, die keine Belastung darstellt“</i>	1	Informationen/Unterstützung für Selbstständige	4
erlebt Entlassung aufgrund Schwere der Erkrankung	1	Schwerbehindertenvertretung im Betrieb/Ansprechpartner bei schwerer Beeinträchtigung/ Bessere Informationen über Grad der Behinderung, Aufklärung über Ansprüche	4
Arbeitslosengeld	1	schnelles Agieren der DRV	3
/	/	berufl. Beratung, Fachberatung	3
/	/	BEM	2
/	/	Physiotherapie	2

/	/	Veränderung im individuellen Gesundheits- und Ernährungsmanagement	1
/	/	Pausen zwischen Behandlungen (med. Reha)	1
/	/	Unterstützung/Kommunikation mit Reha-Einrichtung	1
/	/	Fortbildung	1
/	/	Genehmigung Rente	1
/	/	Krankenkasse	1
/	/	Rentenstatus/EM-Rente/Invalidenrente inne, Studentenstatus inne	3
/	/	Kurz vor Arbeitsplatzwechsel	1

Beide Gruppen äußern den Wunsch nach (mehr) Verständnis und verbesserter Kommunikation mit dem Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten. Für die medizinischen Rehabilitanden geht es vornehmlich um existierende Arbeitsverhältnisse, berufliche Rehabilitanden sprechen von potenziellen Arbeitgebern. Beiden Gruppen fehlt das Eingehen auf ihre persönliche Situation. Das führt zu einem Dilemma in der Rehabilitation, die von Denkmustern geprägt ist, welche das Individuum an die Situation und Umwelt anpassen möchten. Dabei ist es notwendig gleichermaßen den Arbeitsplatz mit Rücksicht auf die bestehende bzw. drohende Beeinträchtigung passfähig zu gestalten, die Verhältnisse also auch an das Individuum anzupassen. Dieses beschriebene Wechselverhältnis als Aushandlungsprozess kann sich auch innerhalb einer Plattform wiederfinden, bspw. als konkrete Unterstützung untereinander Veränderungsprozesse im Beruf wie Raumveränderungen oder neue Pausenregelungen anzustoßen oder die Nutzer geben sich gegenseitig Tipps und Ratschläge.

Neben strukturellen sowie individuellen Veränderungen im Arbeitsbereich, z.B. Hilfsmittel, Arbeitsplatzanpassung und verändertem Stundenmodell, von denen sich die Personen Entlassungen im beruflichen Alltag erhoffen, liegt der Fokus bei den Teilnehmern aus der medizinischen Gruppe auf dem Umgang mit und der Therapie ihrer psychischen bzw. physischen Erkrankungen und der Nachsorge durch regional ansässige Ärzte und Betriebsärzte. Häufiger werden hier konkrete Angebote wie IRENA/PsyRena, Rehasport oder Physiotherapie genannt, welche teilweise durch fehlende Verfügbarkeit in der Region und mangelnde Angebote erschwert wurden bzw. nicht realisiert werden konnte. Dieser Aspekt bestätigte sich in den Fokusgruppen.

Medizinische Rehabilitanden erleben bei der Rückkehr in ihre alltägliche Lebenswelt eine Phase der Umgewöhnung und Anpassung, darauffolgend geschieht erst die Rückkehr in Arbeit. Eine zu schnelle Rückkehr in den beruflichen Alltag, also direkt nach der Entlassung aus der Rehaklinik, stellt für einige Befragte eine starke Belastung dar, sie äußern den Wunsch nach einer kurzzeitigen Schonfrist zwischen der Rehabilitationsmaßnahme und dem Wiedereinstieg²². Dieser Sachverhalt wurde auch in den Fokusgruppen thematisiert und kommuniziert und konnte in vorherigen Forschungsprojekten (vgl. Kardorff et al., 2016) beobachtet werden.

²² vgl. die Ergebnisse und die entsprechenden Empfehlungen in unserer Studie „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem. Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen, Kardorff et al. (2016)

Das Fehlen von Selbsthilfegruppen und Austausch mit anderen Betroffenen wird überraschenderweise wenig angegeben, das könnte ein Hinweis darauf sein, dass bereits eine gute Versorgung besteht, doch wäre es durchaus möglich, dass der Wunsch zum Zeitpunkt der Befragung der Teilnehmenden noch nicht ausgereift bzw. der individuelle Bedarf nicht gegeben war. Eine besondere Gruppe mit geringer Präsenz in der Literatur nehmen die *Selbstständigen* ein. In unserer Stichprobe äußert diese Gruppierung den Bedarf nach finanzieller Unterstützung und deutet damit auf ein bekanntes Problem des Sonderstatus von Selbstständigen hin. Sie müssen, um die drohenden finanziellen Einbußen abzuwenden, den direkten schnellen Wiedereinstieg nach der Rehabilitation in den Beruf anstreben, eine Schonfrist oder eine stufenweise Wiedereingliederung ist dadurch kaum realisierbar, da das mit finanziellen Einbußen einhergeht.

Die Auswertung der *Freitextangaben* zeigt sich als effektive Quelle zur Gewinnung zusätzlicher Informationen über Sachverhalte, die den Personen als relevant erscheinen. Es gibt Themen, bei denen sich offensichtlich viele Teilnehmende einig sind, etwa dass es ein Defizit von Angeboten bei direkten Hilfestellungen und -leistungen gibt.

Berufliche Zukunftserwartungen

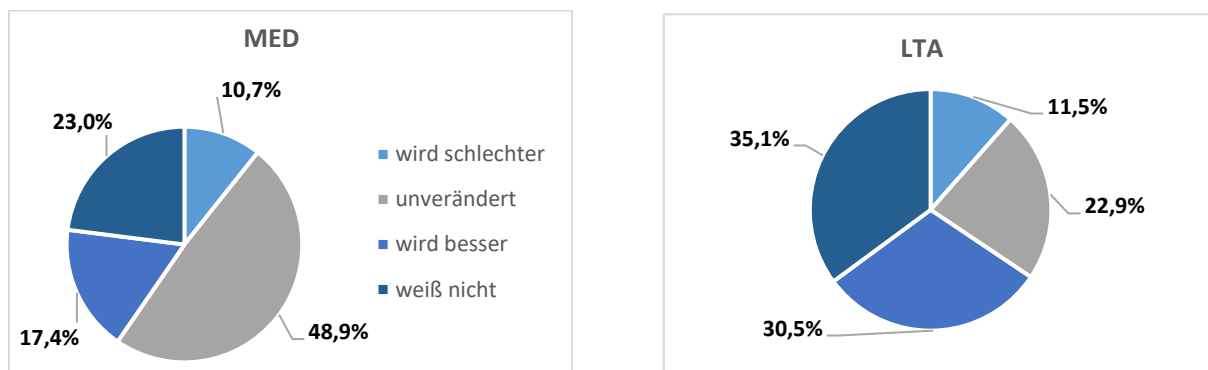


Abbildung 8 Berufliche Zukunftserwartungen MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

Bezüglich ihrer beruflichen Zukunft geht die Hälfte der medizinischen Rehabilitanden von keiner Veränderung aus. 20% hoffen auf eine Verbesserung der Situation bzw. können es nicht einschätzen. Demgegenüber zeigen sich die beruflichen Rehabilitanden etwas positiver und hoffen auf eine Verbesserung (32%). Der Großteil kann es jedoch auch hier nicht einschätzen

(36%). 10% in beiden Gruppen gehen von einer Verschlechterung aus. Dabei spielt der aktuelle Erwerbsstatus für die Einschätzung keine Rolle.

5.2.3 Einschätzung der sozialen Unterstützung durch Mitrehabilitanden (Peer Support)

1. Während der Reha

Insgesamt pflegten 80% der Befragten einen eher freundschaftlichen Kontakt zu den Mitrehabilitanden. Besprochen wurden dabei von den medizinischen Rehabilitanden vor allem Behandlungsangebote in der Klinik, Ärzte und Therapeuten und ihre gesundheitlichen Beschwerden. Danach folgen in absteigender Reihenfolge Freizeit, Familie und Hobbies, Leistungseinschränkungen und die Zeit nach der Reha.

Die beruflichen Rehabilitanden hatten zwar ebenfalls gesundheitliche Beschwerden als Gesprächsfokus im Blick. Die Themen Leistungseinschränkungen und Probleme am Arbeitsplatz waren aber deutlich prominenter als bei den medizinischen Rehabilitanden vertreten. Danach folgen Alltagsorgen und Freizeit, Familie und Hobbies.

Während sich bei der medizinischen Rehabilitation lediglich knapp 19% mehr Unterstützung beim Austausch mit anderen Rehabilitanden von ihrer Einrichtung gewünscht hätten, sind es bei den beruflichen Rehabilitanden immerhin knapp 1/3, was aufgrund der Möglichkeit zur Internatsunterbringung verwundert. Eventuell beziehen sich die Rehabilitanden auf vorhandene Konkurrenzverhalten und auf Konflikte im ungewohnten Internatsambiente (vgl. auch Kardorff et al., 2013).

Profitiert haben die Rehabilitanden in etwa zu gleichen Anteilen von den Mitrehabilitanden als emotionale Stütze, als Informationsgeber, für gemeinsame Unternehmungen, für Verständnis und als Freunde.

Im Austausch mit anderen halfen den medizinischen Rehabilitanden die Erfahrungen der anderen (69,1%) und die Relativierung der eigenen Beschwerden (66,5%). Des Weiteren lernten sie offen mit ihrer Krankheit umzugehen (61,6%) und neuen Mut zu schöpfen (57,4%). Auch die beruflichen Rehabilitanden konnten wieder neuen Mut schöpfen (59,6%) und von den Erfahrungen anderer profitieren (58,6%). Zudem gewannen sie an Selbstvertrauen -vermutlich

nicht zuletzt aus der bestandenen Bildungsmaßnahme- (57,2%) und lernten Alltagsprobleme anzusprechen (57,3%).

Gestört hat sie im Austausch miteinander folgendes:

Table 11 Mögliche Störungen im Austausch miteinander MED und LTA

Berufliche Rehabilitation	Anzahl der Nennungen	Medizinische Rehabilitation	Anzahl der Nennungen
keine Angabe	65	keine Angabe	393
„nichts“ Antworten. <i>„Wir sitzen alle im gleichen Boot“</i>	10	„nichts“ Antworten.	101
fehlende Motivation (Eigeninitiative), Einnahme der Opferrolle (Jammern) Negativität. <i>„Ich war dort fehl am Platz, die hatten sich alle komplett aufgegeben und nur am jammern“</i>	11	fehlende Motivation (Eigeninitiative), Einnahme der Opferrolle (Jammern) Negativität, Desinteresse an Reha	69
Mobbing/Konkurrenz/Egoismus/zu starke Präsenz, fehlende Gruppendynamik	11	starke Fokussierung auf die eigene Erkrankung/Krankheitsbearbeitung/ unterschiedliche Krankheitseinsicht <i>„Die Erkrankung stand nur im Vordergrund“</i>	61
zu intensiver Kontakt, dadurch zum Teil eigene Symptomverschlechterung/mangelnde Distanz. <i>„Es ging mir manchmal zu nah“</i>	10	zu intensiver Kontakt, dadurch zum Teil eigene Symptomverschlechterung/mangelnde Distanz/Neugierde, Aktivitäten- und Gruppenzwang	33
mangelnde Vergleichbarkeit/Unterschiede in (Altersunterschied, Bildungsstand, Weltanschauung, Erkrankung)	8	Mobbing/Konkurrenz/Egoismus/zu starke Präsenz/ Besserwisserei. <i>„Viele stellten sich in den Mittelpunkt“</i>	30
starke Fokussierung auf eigene Erkrankung/Krankheitsbearbeitung/unterschiedliche Krankheitseinsicht	9	starke Kritik an Reha/Klinik/Personal	21
Oberflächlichkeit/Distanziertheit <i>„jeder ist mehr mit sich beschäftigt“</i>	4	mangelnde Vergleichbarkeit/Unterschiede in (Altersunterschied, Bildungsstand, Weltanschauung, Erkrankungsstand) <i>„Wir hatten außer der Krankheit wenig gemeinsam“</i>	17
wenig Zeit	3	Oberflächlichkeit/Distanziertheit/Unfreundlichkeit/Austausch nicht möglich/fehlende Sympathie und Empathie	19

Lautstärke	3	wenig Zeit zwischen den Anwendungen/ wenig Raum für private Gespräche	5
Selbstlosigkeit	1	Alkoholkonsum	4
starke Kritik an Reha	1	Mangelnde Hygiene	4
Antwort beinhaltet Kritik an Reha Träger	1	Kontaktabbruch nach Reha	1
die anderen Teilnehmer	1	Naivität	1
keine Sympathie	1	<i>„Sie liegen dem System auf der Tasche“, „Sozialschmarotzer“</i>	1
<i>„Das Treffen des Netzwerk Gruppe NET-hat mich geschockt + verängstigt-Zu viele negative Informationen!!“</i>	1	Antwort beinhaltet Kritik an Reha Träger/Klinik	11

In beiden Gruppen sind die fehlende Motivation sowie die Positionierung in einer Opferrolle die meistgenannten Faktoren die Teilnehmer stören. Konkurrenzdenken und Mobbing scheinen bei der beruflichen Rehabilitation eine größere Bedeutung zu haben. Da sich die Teilnehmer der beruflichen Maßnahmen im selben Tätigkeitsbereich bewegen und die Stellenangebote zum Teil stark eingeschränkt sind, ist die Entwicklung eines gewissen Konkurrenzdenkens nicht verwunderlich. Eine mangelnde Vergleichbarkeit der Rehabilitanden bei Alter, Bildungsstand, Schwere der Erkrankung und Weltanschauung wird als weiteres störendes Kriterium genannt. Gerade bei Teilnehmern an medizinischen Maßnahmen ist die Identifikation mit anderen ein wichtiger Punkt zur Einordnung des eigenen Krankheitsgeschehens und unterstützt so den individuellen Genesungsprozess. Ist diese Vergleichbarkeit zu gering, könnte das nachteilige Auswirkungen auf die Rekonvaleszenz haben. Nichtsdestotrotz zeigen sich die fehlende Distanz und der zu intensive Kontakt mit den Rehabilitanden für manche Befragte in beiden Gruppierungen als ein negativ gewertetes Abkapselungsproblem und können zu einer Verschlechterung der subjektiven Symptomatik führen.

In den medizinischen Diagnosegruppen nehmen die Personen die stark ausgeprägte Kritik an der Rehabilitationsklinik, den Therapien und dem Personal der Einrichtung als störend wahr. Das mag darauf zurückzuführen sein, dass Teilnehmende von medizinischen Rehabilitationen Vertrauen und Sicherheit in die medizinischen bzw. rehabilitativen Anwendungen entwickeln müssen, um die gewünschten Ergebnisse realisieren zu können, zu starkes Kritikverhalten seitens der Mitrehabilitanden kann den Heilungsverlauf hemmen oder zur Stagnation führen.

Der Anteil der „nichts“ Antworten, welche zum Teil bspw. mit dem Zusatz „ich habe mich sehr wohlgefühlt“ ergänzt wurden, ist bei den medizinischen Rehabilitanden hoch. Möglicherweise trägt auch die Erwartungshaltung der Rehabilitanden „*Reha soll mir helfen*“, „*andere Personen/das Verhalten der anderen interessiert mich nicht*“ zu dieser Einschätzung bei. Personen, welche im Zuge einer Rehabilitation Beziehungsaufnahmen anstreben und bestimmte Erwartungen an ihr Umfeld haben, könnten weniger enttäuschungsresistent sein, ihnen fällt vermeintlich Negatives schneller und vermehrt auf.

Die Kategorie „starke Fokussierung auf die eigene Erkrankung/Krankheitsbearbeitung“ schlägt sich in der Auswertung des Fragebogens vielfach mit den Aussagen wie „*die Erkrankung stand nur im Vordergrund*“ oder „*ständige Gespräche über Krankheiten*“ nieder. Der offene Umgang in der Reha und in den Gruppenangeboten scheint für viele Rehabilitanden oftmals auch eine

Form der Selbsttherapie zu sein, die ihnen dabei hilft, Einsicht in die eigene Erkrankung zu erlangen.

2. Nach der Reha

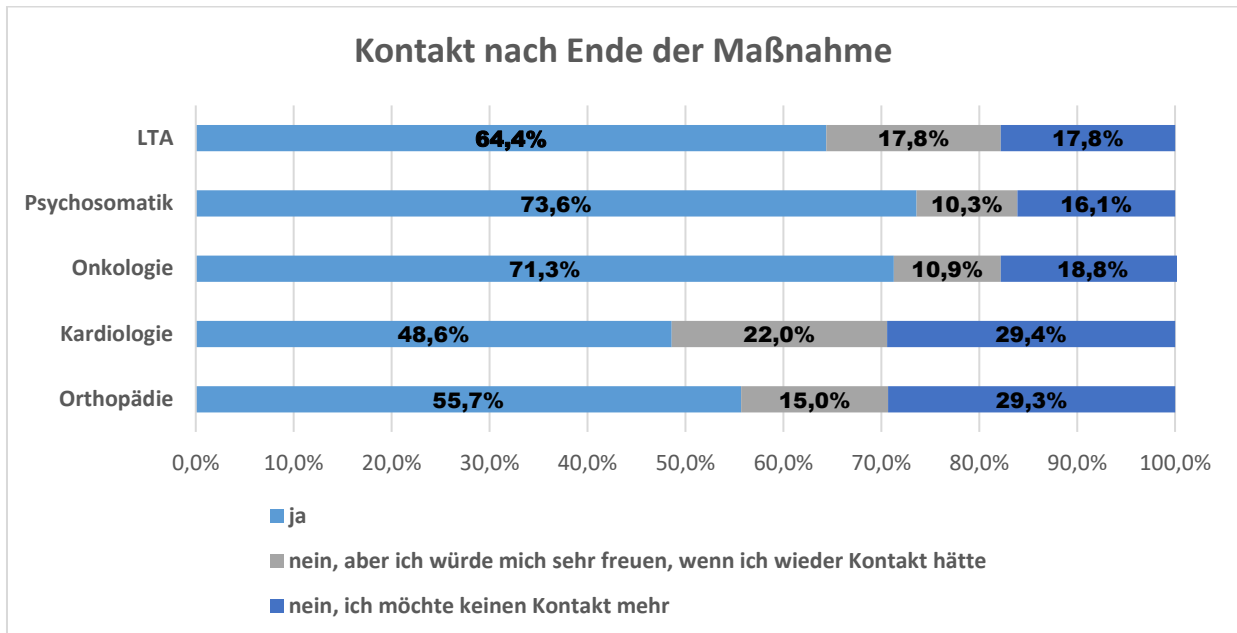


Abbildung 9 Kontakt nach Ende der Maßnahme (Quelle: eigene Darstellung)

Insgesamt 25% der Rehabilitanden lehnen den weiteren Kontakt mit Mitrehabilitanden ab, vor allem aus den Diagnosegruppen Orthopädie und Kardiologie. Allerdings wünscht sich auch der größte Anteil der kardiologischen Rehabilitanden eine erneute Kontaktaufnahme zu (Mit-) Rehabilitanden. Eine mögliche Erklärung wäre das Auftreten unerwarteter Problemlagen nach der Rückkehr in Alltag und Beruf.

Der Kontakt wird hauptsächlich Online über Facebook und WhatsApp gehalten und durch Telefonate und persönliche Treffen ergänzt. E-Mail oder Briefe spielen eine untergeordnete Rolle. Neben den Mitrehabilitanden haben nach Ende der Maßnahme überwiegend Partner und Familie sowie Freunde soziale Unterstützung geleistet. Aber auch Ärzte und Therapeuten werden immer wieder genannt.

5.2.4 Erfahrungen mit Angeboten der Selbsthilfe

Nutzung und Nutzungsform

Immerhin 20% unserer Stichprobe gaben an, *Erfahrungen mit Selbsthilfe* gemacht zu haben (182 Personen); wie aus Abb. 10 deutlich wird, sind hier verschiedene Formen der Selbsthilfe angesprochen, also nicht allein die „klassische“ Selbsthilfegruppe. Bei den kardiologischen Rehabilitanden waren es 10%, bei den orthopädischen 16,5% und bei den onkologischen 20%. Bei den psychosomatischen Rehabilitanden waren es sogar 25% und bei den beruflichen 33%. Damit liegt der Anteil derer, die im Laufe ihrer Lebensgeschichte an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen deutlich über den Gesamtwert für Deutschland mit 9% der über 18-Jährigen (Hundertmark-Mayser et al., 2004). Selbst der Wert für Personen mit erhöhtem Bedarf wie behinderte und chronisch kranke Menschen liegt mit 13% unter dem unserer Stichprobe (ebd.). Eine Erklärung neben den gesundheitlichen Belastungen könnte der Altersdurchschnitt der teilnehmenden Rehabilitanden liefern. Laut einer Befragung der Bertelsmann-Stiftung sind insbesondere Personen zwischen 50 – 59 Jahren in Selbsthilfegruppen vertreten (NAKOS, 2020).

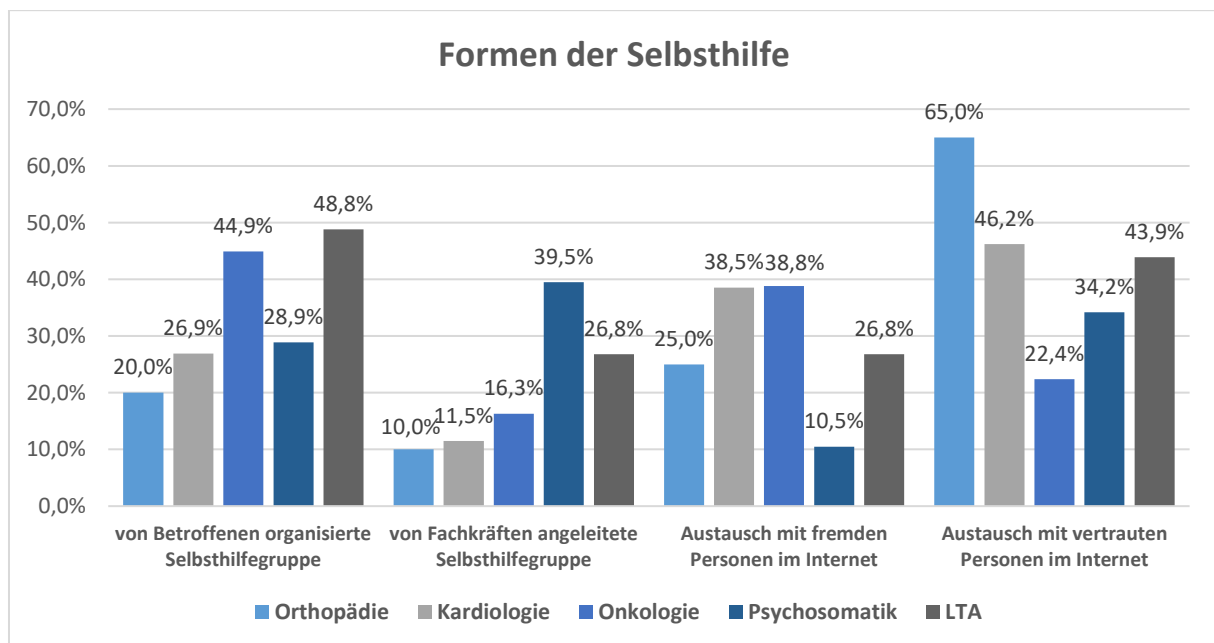


Abbildung 10 Formen der Selbsthilfe (5 Zielgruppen; Quelle: eigene Darstellung)

Rehabilitanden mit Herz-Kreislauf- oder orthopädischen Erkrankungen tauschen sich dabei vorwiegend über das Internet mit vertrauten oder fremden Personen aus, erst danach folgen

von Betroffenen organisierte und von Fachkräften angeleitete Selbsthilfegruppen. Bei den anderen Gruppen spielt die klassische Selbsthilfegruppe eine größere Rolle, in der Psychosomatik sind insbesondere fachlich angeleitete Selbsthilfegruppen in Anspruch genommen worden, möglicherweise aufgrund eines höheren Unterstützungsbedarfs. Auffällig zeigen sich die onkologischen Rehabilitanden, die sich im Gegensatz zu allen anderen Rehabilitanden statt mit vertrauten Personen überwiegend mit Fremden im Internet austauschen. In den Fokusgruppen zeigte sich hier der Wunsch nach einer möglichst genauen Passung der Diagnosen, die im direkten Umfeld ggf. nicht zu finden ist, was eine Erklärung für dieses Verhalten liefern würde. Allerdings ist die Stichprobe an dieser Stelle sehr klein, weswegen die Aussagen nur begrenzte Gültigkeit aufweisen.

Subjektiver Nutzen

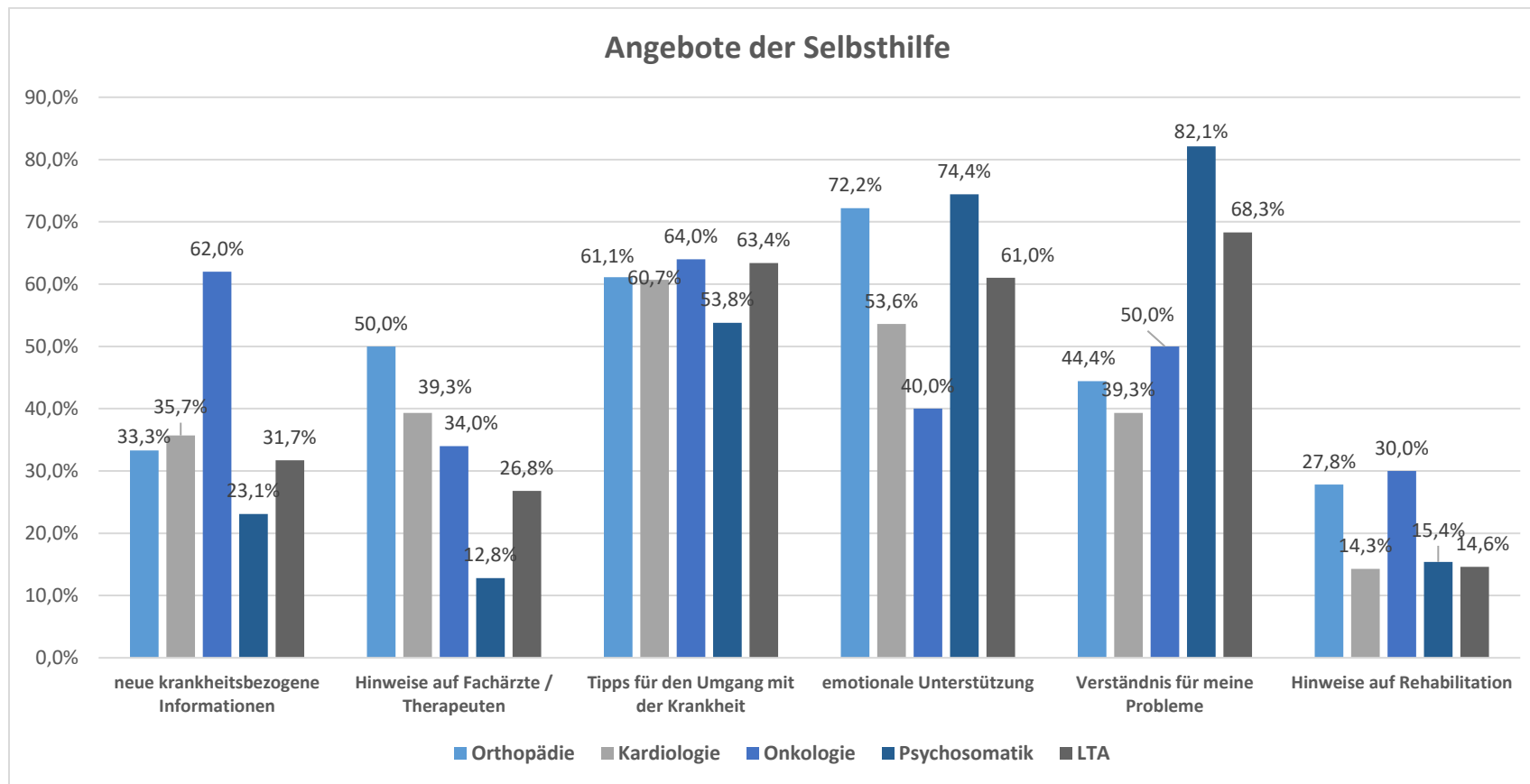


Abbildung 11 Angebote der Selbsthilfe (5 Zielgruppen; Quelle: eigene Darstellung)

Durchgehend für alle Gruppen gilt, dass die die Rehabilitanden von der Selbsthilfe profitieren, vor allem durch Tipps für den Umgang mit der Krankheit, emotionale Unterstützung und Verständnis für ihre Probleme. Die orthopädischen und kardiologischen Rehabilitanden erhielten zudem nützliche Hinweise zu Fachärzten und Therapeuten, während die onkologischen Rehabilitanden einen Nutzen aus neuen krankheitsbezogenen Informationen ziehen konnten. Dieser Sachverhalt bestätigte sich in den Fokusgruppen und Experteninterviews.

Bewertung und zukünftige Nutzung

90% der medizinischen und immerhin noch 78% der beruflichen Rehabilitanden bewerten ihre Erfahrungen mit der Selbsthilfe als überwiegend positiv. 77% der medizinischen und 72% der beruflichen Rehabilitanden gaben basierend auf ihren bisherigen Erfahrungen an, zukünftig weiterhin Selbsthilfeangebote nutzen zu wollen.

5.2.5 Onlinenutzerverhalten

Nutzungsdauer, -inhalte und -medium

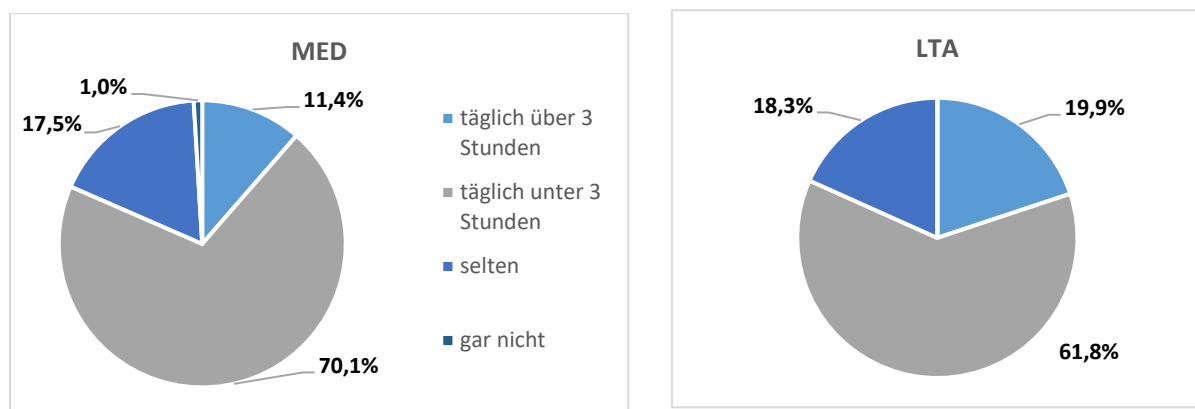


Abbildung 12 Dauer der privaten Internetnutzung MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

Der Großteil der Befragten nutzt das Internet für private Zwecke täglich unter 3 Stunden. Lediglich 7 Personen (alle aus der onkologischen Rehabilitation) nutzen es gar nicht, d.h. 99,2% nutzen das Internet zumindest ab und zu. Diese Angaben decken sich in etwa mit der generellen Internetnutzung in Deutschland (s. Kap. 2.1.1). 11,4% der medizinischen Rehabilitanden und fast 20% der beruflichen Rehabilitanden nutzen es sogar über 3 Stunden. Das betrifft vorwiegend die Teilnehmer der Altersgruppe 20-29 Jahre.

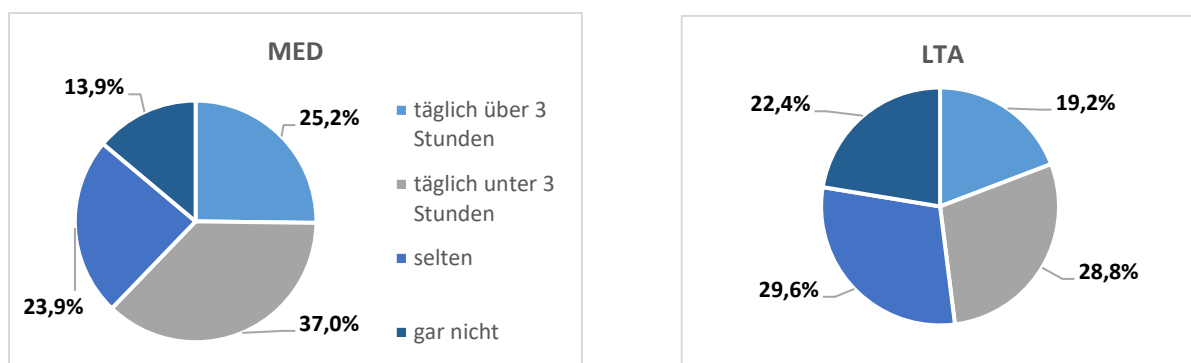


Abbildung 13 Dauer der beruflichen Internetnutzung MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

Im Vergleich dazu unterscheidet sich die berufliche Internetnutzung deutlich. 25% der medizinischen Rehabilitanden nutzen das Internet täglich über 3 Stunden, 37% unter 3 Stunden, 24% selten und 14% gar nicht. Bei den beruflichen Rehabilitanden waren es 19% über 3 Stunden, 29% unter 3 Stunden, 30% selten und 22% gar nicht; dies dürfte bei dieser Gruppe auch am höheren Anteil der Arbeitslosen liegen.

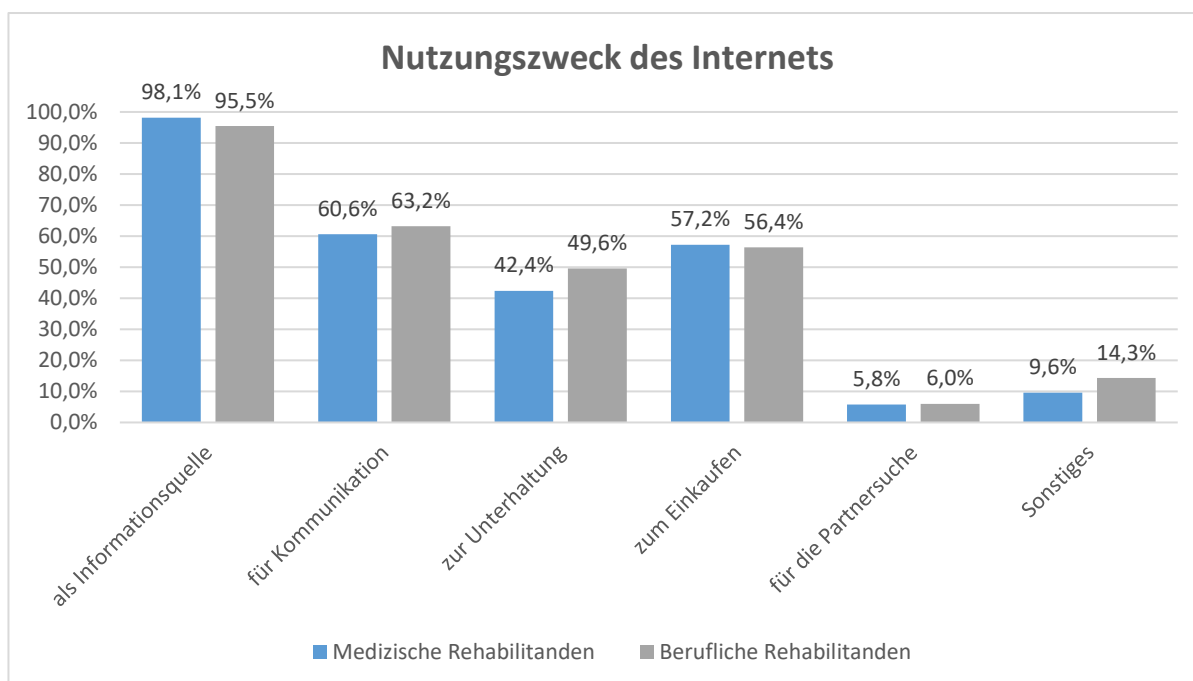


Abbildung 14 Nutzungszweck des Internets MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

Die Suche nach *Informationen* steht für fast alle Befragten (98%) an erster Stelle der privaten Internetnutzung. Danach folgt die *Kommunikation* mit 61%, Online-Käufe mit 57% und Unterhaltung haben 42% der Befragten angekreuzt. Diese Werte spiegeln sich in den einzelnen Gruppen wider, nur die psychosomatischen und beruflichen Rehabilitanden nutzen das Internet für die Unterhaltung etwas mehr, was mit der höheren Arbeitslosigkeit in diesen Gruppen zusammenhängen könnte.

Genutzt werden von den Rehabilitanden vorwiegend Smartphone/Tablet (89,7%) vor PC/Notebook (82,6%). Fernsehen und Spielkonsole spielen dagegen eine untergeordnete Rolle (15,5% und 0,7%).

Gesundheitsspezifische Onlineangebote

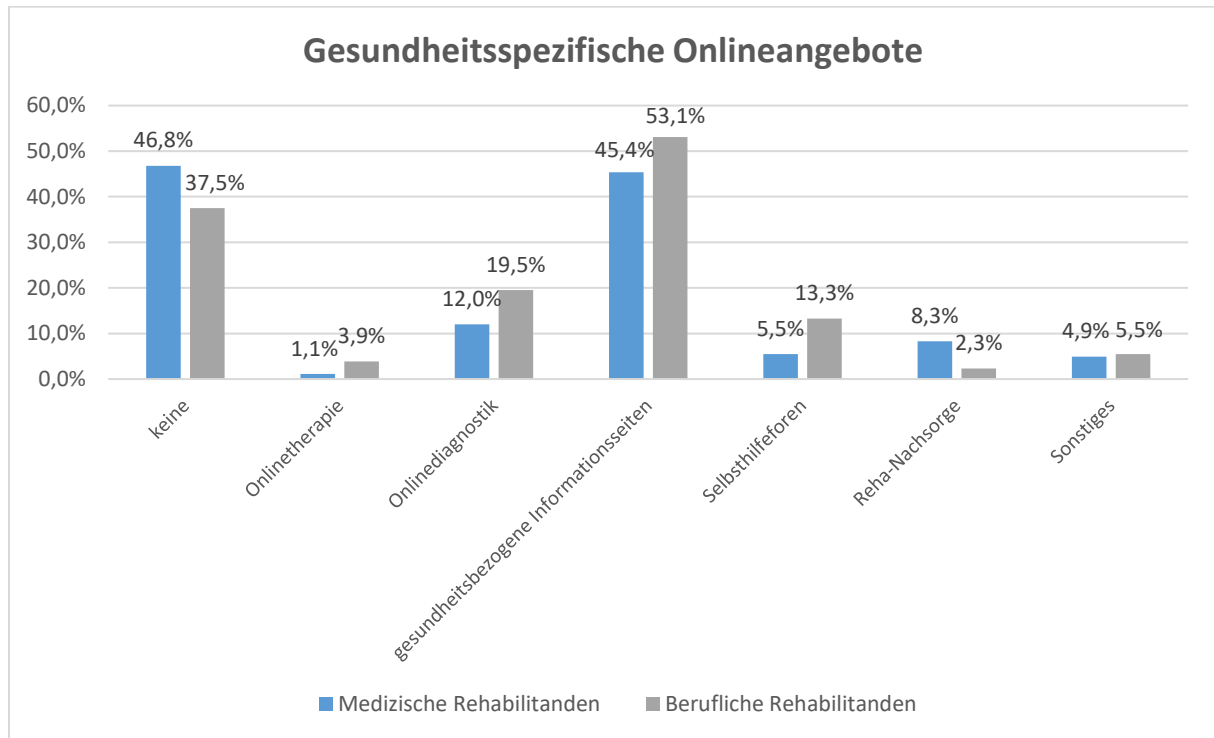


Abbildung 15 Gesundheitsspezifische Onlineangebot MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

Die meisten Befragten besuchten gesundheitsbezogene Informationsseiten. Erstaunlich viele Befragte gaben aber auch an, bisher keine gesundheitsspezifischen Onlineangebote in Anspruch genommen zu haben (46,8% der medizinischen und 37,5% der beruflichen Rehabilitanden). Ein kleiner Teil nutzte Onlinediagnostik, wobei dazu auch Tests zur Selbsteinschätzung gehören. In den einzelnen Diagnosegruppen sind die Werte vergleichbar. Die beruflichen Rehabilitanden haben mehr Erfahrungen bei der Onlinediagnostik gemacht und sind aktiver in Selbsthilfeforen v.a zur Klärung rechtlicher Fragen. Die medizinischen Rehabilitanden nutzten Angebote der Reha-Nachsorge Online.

5.2.6 Einschätzung der Onlineplattform

Nutzungsabsicht

Tabelle 12 Prozentuale Verteilung der Gruppen bzgl. der Nutzung einer Onlineplattform

	Ja	Nein	Weiß nicht
Gesamt	39,7%	20,0%	40,3%
Orthopädie	35,1%	21,4%	43,5%
Kardiologie	39,7%	20,1%	40,2%
Onkologie	41,0%	17,5%	41,5%
Psychosomatik	45,8%	18,7%	35,5%
LTA	36,1%	24,1%	39,8%

40% der Befragten aus der Fragebogenerhebung gaben an, dass sie eine Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden nutzen würden, 40 % sind sich noch unentschieden und 20 % sehen für sich keinen Bedarf. Starkes Interesse zeigen vor allem onkologische und psychosomatische Rehabilitanden, während orthopädische und berufliche Rehabilitanden weniger Interesse zeigen. Das gleiche Bild ergibt sich auch bei der Ablehnung der Plattform.

Themen und Angebote

Besonders interessieren sich die Rehabilitanden für Informationen über weitere Rehabilitationsmöglichkeiten (68,7%) und den Austausch über den Umgang mit Alltags- und Lebensproblemen (66,2%). Weiterhin hoch im Kurs stehen Informationen zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten (56,7%), Kontakte mit anderen Menschen mit ähnlichen Beschwerden (56,3%) und die Teilnahme an gemeinsamen Unternehmungen (53,4%).

Innerhalb der Diagnosegruppen der medizinischen Rehabilitanden bzw. der beruflichen Rehabilitanden, die angegeben haben die Onlineplattform nutzen zu wollen (n=345), zeigen sich folgende Themen als relevant:

Tabelle 13 Prozentuale Verteilung der Gruppen bzgl. der Nutzung einer Onlineplattform

Onlineangebote	Orthopädie	Kardiologie	Onkologie	Psycho-so- matik	LTA
Für Kontakt mit meinen Ärz- ten/Therapeuten aus der Reha	71,2%	74,6%	51,0%	70,4%	54,2%
Für Kontakt mit meinen ehema- ligen Mitrehabilitanden	67,8%	60,6%	64,6%	77,5%	68,8%
Für Kontakt mit anderen Men- schen mit ähnlichen Beschwer- den knüpfen	67,8%	84,5%	68,8%	70,4%	75,0%
Zum Austausch über das Thema Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit	64,4%	66,2%	56,3%	54,9%	81,3%
Zum Austausch über andere Be- rufe, die besser zu meiner ge- sundheitlichen Einschränkung passen	23,7%	19,7%	20,8%	39,4%	58,3%
Zum Austausch über den Um- gang mit gesundheitlichen Problemen in der Familie	28,8%	39,4%	46,9%	49,3%	45,8%
Zum Austausch über Möglich- keiten mit meinen Alltags-und Lebensproblemen besser umzu- gehen	67,8%	83,1%	82,3%	85,9%	68,8%
Für Aktivitäten: eigene Ange- bote für gemeinsame Unter- nehmungen initiieren	22,0%	28,2%	31,3%	33,8%	18,8%
Für Aktivitäten: an bestehen- den Angeboten für gemein- same Unternehmungen teilneh- men	59,3%	73,2%	64,6%	73,2%	60,4%
Im Rahmen einer weitergehen- den Behandlung bzw. Diagnos- tik: Kontrolle medizinischer Werte	45,8%	76,1%	51,0%	39,4%	41,7%
Im Rahmen einer weitergehen- den Behandlung bzw. Diagnos- tik: Tagebuch	32,2%	39,4%	29,2%	50,7%	31,3%

Im Rahmen einer weitergehenden Behandlung bzw. Diagnostik: Erinnerungshilfe	27,1%	43,7%	40,6%	36,6%	39,6%
Informationen über weitere Rehabilitationsmöglichkeiten	86,4%	78,9%	85,4%	81,7%	70,8%
Informationen über vorhandene Rehabilitationseinrichtungen oder Fachärzte / Therapeuten	64,4%	60,6%	59,4%	57,7%	64,6%
Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten ²³	67,8%	54,9%	65,6%	60,6%	66,7%
Informationen über Medikamente	28,8%	52,1%	49,0%	35,2%	43,8%
Informationen über regional ansässige Selbsthilfegruppen	28,8%	47,9%	40,6%	47,9%	43,8%
Informationen über Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Rehabilitation	42,4%	42,3%	45,8%	49,3%	56,3%
Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei Anträgen	57,6%	52,1%	61,5%	53,5%	62,5%
Informationen über Angebote der Arbeitgeber	28,8%	33,8%	26,0%	36,6%	68,8%
Informationen über den regionalen Arbeitsmarkt für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen	22,0%	21,1%	28,1%	38,0%	79,2%

Hier kristallisieren sich, wenn auch mit unterschiedlichen Gewichtungen vor allem die Informationen über weitere Rehabilitationsmöglichkeiten, Kontakte mit ehemaligen Mitrehabilitanden bzw. anderen Menschen mit ähnlichen Beschwerden zum Austausch über den Umgang mit Alltags- und Lebensproblemen als Hauptinteressen heraus. Weiterhin können sich viele Rehabilitanden vorstellen, an gemeinsamen Aktivitäten teilzunehmen, wobei die wenig-

²³ Aufgrund fehlender Ausdifferenzierung im Fragebogen ist unklar, worauf sich die Rehabilitanden beziehen. Weitere Medizinische Angebote und Sport sind genauso möglich wie Handauflegen oder Hypnose.

tens solche selber aktiv initiieren würden. Die kardiologischen Rehabilitanden bilden eine Ausnahme, da sie sich im Rahmen einer weitergehenden Behandlung bzw. Diagnostik die Kontrolle ihrer medizinischen Werte wünschen. Sonderfunktionen wie ein Tagebuch oder Erinnerungshilfen sind dagegen kaum relevant.

Erwartungsgemäß stehen bei den beruflichen Rehabilitanden berufliche Aspekte im Vordergrund. Sie sind interessiert an einem Austausch über das Thema Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit, Informationen zum regionalen Arbeitsmarkt und Angebote von Arbeitgebern, wohingegen ein Bedarf an diesen Informationen bei den medizinischen Rehabilitanden eher in den Hintergrund treten, nicht zuletzt deshalb, weil die meisten wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren.

Die ungeschlüssigen Befragten interessieren sich überwiegend für dieselben Themen. Selbst bei denen, die die Onlineplattform nicht nutzen würden -dann aber doch Angebote ankreuzten- zeigt sich ein vergleichbares Bild.

Finanzieller Beitrag

Da es sich bei der Onlineplattform um eine zusätzlich von den Kliniken angebotenes und ggf. von ihnen und der Rentenversicherung gemeinsam finanziertes „Add-on“ handelt, wollten wir wissen, ob sich die potenziellen Nutzer ggf. mit einem Eigenbeitrag an einem derartigen Angebot beteiligen würden.

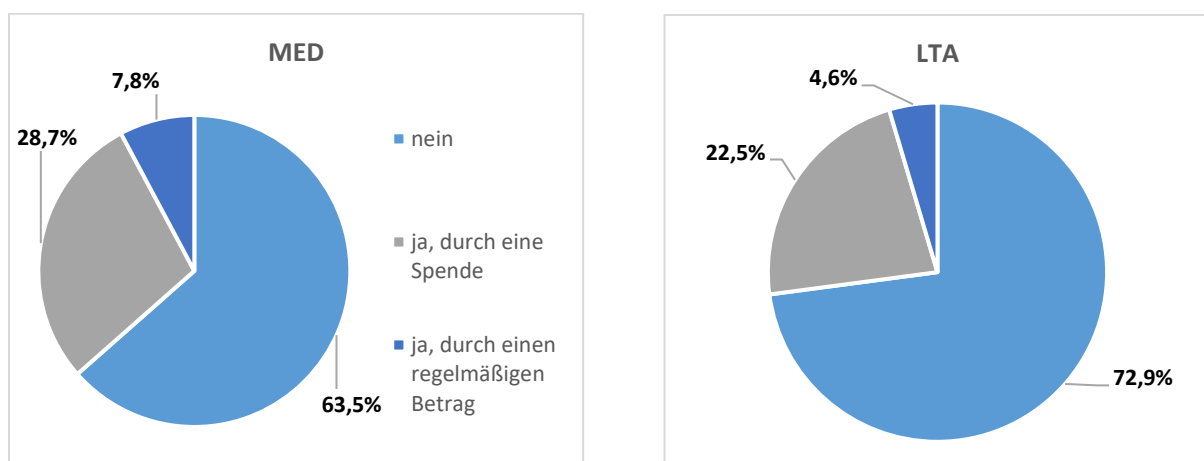


Abbildung 16 Finanzieller Beitrag MED und LTA (Quelle: eigene Darstellung)

2/3 der medizinischen Rehabilitanden lehnen die finanzielle Unterstützung bei dauerhafter Nutzung der Plattform ab, bei den beruflichen Rehabilitanden sogar 3/4, was auf die Bedeutung eines kostenfreien Angebots hinweist. Allerdings wären auch 1/3 der medizinischen Rehabilitanden bzw. 1/4 der beruflichen Rehabilitanden zu finanzieller Unterstützung bereit; 8% sogar zu einem regelmäßigen Beitrag (LTA: 5%), weshalb die Einrichtung eines freiwilligen Spendenkontos einen kleinen Teil der laufenden Kosten decken könnte.

5.3. Zusammenhänge mit der Nutzung der Onlineplattform

Um abschließend mögliche signifikante Zusammenhänge zwischen verschiedenen unabhängigen Variablen und der Nutzung der Plattform als abhängige Variable zu eruieren wurden Chi²-Tests berechnet.

Dabei ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 14 Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen und der Nutzung der Plattform

Kein Zusammenhang	Schwacher Zusammenhang
<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Haushalt • Wohnort • Bildungsabschluss • Berufsabschluss • Erwerbsstatut • Einkommen • Diagnose • Internetnutzung • Zeitraum nach der Reha 	<ul style="list-style-type: none"> • subjektiver Gesundheitszustand • Kontakterfahrungen • Kontaktwunsch • zukünftige Selbsthilfenutzung

Wie in Tabelle 4 zu sehen ist, gibt es lediglich vier Variablen, die zumindest einen schwachen Zusammenhang (vgl. Cohen, 1988) mit der potenziellen Nutzung der Plattform zeigen: der *subjektive Gesundheitszustand* ($\chi^2(20) = 67.977$, $p < 0.001$, $V = 0.139$), die *bisherigen Kontakterfahrungen* ($\chi^2(20) = 89.250$, $p < 0.001$, $V = 0.160$), der *Wunsch in Kontakt zu bleiben* ($\chi^2(16) = 68.466$, $p < 0.001$, $V = 0.140$) und die *zukünftige Selbsthilfenutzung* ($\chi^2(20) = 33.333$, $p = .031$, $V = 0.097$).

Diese Ergebnisse sind wenig erstaunlich, da die Plattform auf die Kontakterhaltung abzielt und dabei Verbindung mit Eigenaktivität in Form der Peer-Unterstützung/ Selbsthilfe aufweist. Bezüglich des subjektiven Gesundheitsempfindens äußerten die Befragten häufiger den Wunsch die Onlineplattform zu nutzen, je schlechter sie ihre eigene Gesundheit einschätzten. Demzufolge erkennen sie einen möglichen Zugewinn durch den Austausch bei der Krankheitsbewältigung.

Mögliche Erklärungen für fehlende Zusammenhänge, die erwartet wurden:

- Da die Internetnutzung der Stichprobe bei nahezu 100% liegt sind das Alter und Geschlecht für die Nutzung der Onlineplattform irrelevant. Tendenziell zeigen sich Befragte, welche das Internet privat über 3 Stunden täglich nutzen am stärksten interessiert.
- Bei der Annahme, dass Alleinlebende vermehrt Interesse an der Plattformnutzung haben, wurde außer Acht gelassen, dass sich diese Personen dennoch in einer Partnerschaft befinden können bzw. über Familie und Freunde gut sozial eingebunden sind.
- Entgegen der These, dass Rehabilitanden aus ländlichen Regionen besonderes Interesse an der Nutzung zeigen, ist es tendenziell eher umgekehrt, was sich möglicherweise durch eine stärkere Anbindung in die Dorfgemeinschaft und die starke Anonymität in den Ballungsräumen erklärt.
- Der geringe Anteil an Hauptschülern in der Stichprobe verschleiert unter Umständen einen Zusammenhang, da sich abzeichnet, dass sie tendenziell seltener bereit zur Nutzung sind. Demgegenüber sind höher gebildete Rehabilitanden der Plattform tendenziell eher zugeneigt.
- Thematisch interessieren sich die Rehabilitanden für vielfältige Inhalte und Angebote auch außerhalb beruflicher Kontexte, weswegen weder der Erwerbsstatus noch das damit zusammenhängende Einkommen eine Rolle spielen. Ebenso könnte das den fehlenden Zusammenhang bzgl. der Indikationsgruppen erklären.
- Auch wenn es keinen Zusammenhang gibt, besteht das größte Interesse für die Plattform im ersten Befragungszeitraum (4 Wochen) und scheint mit der Zeit abzunehmen. Eine Ausnahme bilden hier die psychosomatischen Rehabilitanden, die

im zweiten Zeitraum (6 Monate) das größte Interesse geäußert haben. Nach gewisser Zeit geht erwartungsgemäß die Nachfrage zurück, wird aber durch nachrückende Rehabilitationskohorten immer neu aufgefüllt.

5.4. Zusammenfassung

In Hinblick auf die Stichprobe fällt auf, dass ein hoher Anteil an Frauen, Personen mit hohen Bildungs- und Berufsabschlüssen und guten Einkommen aus eher dörflichen Regionen an der Befragung teilgenommen haben; dies verweist auf einen in fast allen Befragungen vorhandenen Bias, zugleich deutet sich ein spezifisches potenzielles Nutzerinteresse gerade bei diesen Gruppen an. Auch wenn sich *keine Zusammenhänge zur (potenziellen) Nutzung der Plattform* ergeben haben, spiegeln diese Stichprobenmerkmale die Nutzergruppen von gesundheitsbezogenen Angeboten im Internet wider (vgl. Kap. 2.1.2). Inwieweit es bei Implementierung der Onlineplattform durch einen vermehrten Zugriff von Personen mit dieser Charakteristik kommt oder ob auch andere Nutzergruppen erreicht werden können, bleibt abzuwarten. Insbesondere einkommensschwache Gruppen können durch ein kostenfreies Angebot involviert werden, auch wenn die *Einrichtung eines Spendenkontos* zur Deckung eines Teils der laufenden Kosten empfehlenswert ist.

Ein Großteil der Befragten (ca. 67%) bewertet den *subjektiven Gesundheitszustand*, trotz häufig auftretender Komorbiditäten (70%) positiv. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass ca. 1/3 ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen und je schlechter die eigene Gesundheit eingeschätzt wurde, desto größer war das Interesse an der Nutzung einer Peer-Onlineplattform zur Unterstützung. Es kann angenommen werden, dass die *überwiegend positiven Kontakterfahrungen* im Austausch mit Mitrehabilitanden zu dieser Entscheidung führten: Ca. 80% bewerten den Kontakt als freundschaftlich und haben (62,7%) oder wünschen sich weiteren Kontakt (15,2%), wobei von den Mitrehabilitanden als emotionale Stütze oder als Informationsgeber profitiert wurde.

Ebenfalls haben viele Befragte *Erfahrungen mit Selbsthilfe* gemacht (ca. 20%). Diese überwiegend positiven Erlebnisse (84%) und vor allem das Interesse an einer zukünftigen Nutzung (74,5%), spiegeln sich im Interesse an der Onlineplattform wider. Zusätzlich kann die Plattform aber umgekehrt auch einen *Einstieg in die Selbsthilfe* bieten, wenn auf regionale Angebote aufmerksam gemacht wird.

99,2% der Befragten nutzen das Internet zumindest selten; vorwiegend zu Informations- (91%) und Kommunikationszwecken (61%). Dennoch gab es innerhalb der Stichprobe *kaum Erfahrungen mit gesundheitsspezifischen Onlineangeboten* -mit Ausnahme von gesundheitsbezogenen Informationsseiten (ca. 50%), die ebenfalls Teil der Konzeption der Onlineplattform sind.

Bezüglich der Nutzungsabsicht der Onlineplattform zeigt sich eine *vorwiegend positive oder abwartende Haltung*. Ob die Plattform genutzt wird, liegt letztendlich in ihrer Ausgestaltung und ob sie die Erwartungen der Rehabilitanden erfüllt. Immerhin 40% geben ein hohes Interesse bezüglich einer Nutzung an. Weitere 40% sind unentschlossen; dies scheint entsprechend der Ergebnisse der Fokusgruppen darauf zurückzuführen, dass zwar ein Interesse besteht, aber über die tatsächliche Nutzung erst in der Praxis entschieden werden kann. Eine rein theoretische Einschätzung fällt diesen Menschen schwer. Das macht eine Erprobungsphase umso erforderlicher, damit hier empirisch gehaltvolle Aussagen getroffen werden können.

Besonders vielfältige Informationsmöglichkeiten und der Austausch über den Umgang mit Alltags- und Lebensproblemen sowie der Kontakt zu anderen Betroffenen stießen auf reges Interesse. Aber auch der *Übergang von virtuell zu real* im Rahmen von gemeinsamen Unternehmungen ist denkbar. Die beruflichen Rehabilitanden zeigen sich erwartungsgemäß zusätzlich an Inhalten zum Thema Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit interessiert. Auch wenn die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen marginal sind, zeigen sich insbesondere die *psychosomatischen Rehabilitanden als vielversprechende Nutzergruppe*, die von dem Angebot profitieren könnte. Als *Kontrastgruppe* bieten sich aufgrund ihrer Angebotsinteressen und -gewichtungen die *beruflichen Rehabilitanden* an.

6. Qualitative Ergebnisse

6.1. Fokusgruppen

6.1.1 Fokusgruppen Phase 1

Die ersten fünf Fokusgruppen beschäftigten sich mit den Nachsorge- und Rückkehrerfahrungen der kardiologischen, onkologischen, psychosomatischen, orthopädischen und beruflichen Rehabilitanden. Weiter ging es um den Austausch mit anderen Rehabilitanden, den Auswirkungen von Corona, der Internetnutzung und der Nutzung des Internet sowie ihrer Vorstellungen zu einer Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden. Als weiteres Thema griffen die Rehabilitanden Veränderungen im Reha-System auf. Die Ergebnisse der Fokusgruppe 6, in der das Layout der Onlineplattform diskutiert wurde, werden im Kapitel 7.2 dargestellt.

Nachsorge nach der Reha

Die genutzten Nachsorgeangebote sind vielfältig und richten sich nach den individuellen Bedarfen, die aus dem Entlassungsbericht der Klinik hervorgehen. Dennoch erforderte die Teilnahme an Nachsorgeprogrammen Eigeninitiative, so dass einzelne Teilnehmer auch keine Angebote in Anspruch nahmen, obwohl Bedarf bestand bzw. auf nicht institutionelle Angebote, wie in der Reha erlernte Entspannungsverfahren, auswichen. Die Bedeutung der Eigeninitiative wird von den Teilnehmern betont und zieht sich durch den gesamten Reha-Prozess: *„Wenn dann musste ich selber schön dranbleiben. Wenn ich mich selber nicht drum gekümmert hätte, hätte es niemanden gegeben, der das aufgegriffen hätte“* (Frau Photon²⁴). Dabei wird zweierlei deutlich: Erstens müssen die Rehabilitanden ihre gewünschten Behandlungen aktiv einfordern und zweitens wünschen sie sich als Unterstützung dafür eine Art *Nachsorgecoach*, der sie an die Hand nimmt und leitet, so wie es in der Klinik geschieht: *„Da werde ich geführt, da werde ich geleitet, da werde ich an die Hand genommen, da werden Fragen beantwortet“* (Herr Schneider).

Ein *fließender Übergang* in die Nachsorge ist den Rehabilitanden nach Klinikentlassung besonders wichtig, war aber aufgrund von vollen Gruppen, terminlichen Schwierigkeiten oder weiten Entfernungen nicht immer möglich. Als Alternative und Ergänzung zu PsyReNa wurde von

²⁴ Bei allen Namensangaben handelt es sich um Pseudonyme.

den psychosomatischen Rehabilitanden vorwiegend Psychotherapie im Einzelsetting in Anspruch genommen. Zu PsyRena zeigten sich ambivalente Ansichten. Während einigen das Gruppensetting sehr guttat, lehnten andere es ab oder empfanden die Zeit der Gruppennachsorge als zu kurz, um nachhaltige Veränderungen zu erzielen. IRENA wurde nur von einem Teilnehmenden besucht und aufgrund von zwischenmenschlichen Problemen mit den Anbietern negativ bewertet. Einige orthopädische Rehabilitanden nahmen an T-Rena teil, aber der überwiegende Anteil der Rehabilitanden befindet sich in Reha-Sportgruppen bzw. die kardiologischen Rehabilitanden in Herzsportgruppen. Die onkologischen Rehabilitanden bemängelten, dass es keine passenden Nachsorgeangebote für sie gab. Für die beruflichen Rehabilitanden, die an der Fokusgruppe teilnahmen, waren Nachsorgeangebote der Einrichtungen nicht interessant, da alle Teilnehmer direkt im Anschluss zurück in Arbeit kamen.

Rückkehrerfahrungen nach der Reha

Bei der Rückkehr in den Alltag aus der Rehaeinrichtung berichten die Rehabilitanden von einer *Verschiebung der Prioritäten* weg vom Rehaalltag voller Selbstsorgeaktivitäten hin zu familiären und beruflichen Verpflichtungen, weswegen alte Muster wieder zurückkehrten und das Erlernte in den Hintergrund trat. Eine dauerhafte Übertragung in den Alltag fällt schwer, da die vorherigen familiären und beruflichen Belastungen wieder da sind und die „*Schutzhaube*“ (Frau Staub), die während der Reha bestand, nicht mehr greift, obwohl die psychischen und physischen Beeinträchtigungen weiterhin bestehen.

Wenn es überhaupt zu Veränderungen bei der Rückkehr in Arbeit kam, bezogen sie sich bei den medizinischen Rehabilitanden im Großen und Ganzen auf eine zeitweilige oder längerfristige Stundenreduktion mit einhergehender Aufgabenverschiebung, wobei die weiblichen Rehabilitanden teilweise bereits vorher in Teilzeit tätig waren. Während einige es kaum erwarten konnten, wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren: „*Weil zuhause zu sitzen, war noch schlimmer, als auf Arbeit zu stehen.*“ (Frau Fischer), war es für andere, die sich eine Übergangszeit gewünscht hätten, noch zu früh, weswegen erneut Krankschreibungen oder Urlaubsanträge geltend gemacht wurden.

Ein Aspekt der nach der Reha für die psychosomatischen Rehabilitanden längerfristig erhalten blieb, war eine *Einstellungsveränderung* gegenüber der Arbeit. Sie berichten von einem positiveren Grundtonus, der zu mehr Gelassenheit und weniger Druck führte.

Während die medizinischen Rehabilitanden im Umgang mit ihren Kollegen durchgehend von positiven Erfahrungen hinsichtlich erlebter Unterstützung, Verständnis und Rücksichtnahme erzählen, sind die Erfahrungen mit den Vorgesetzten ambivalent. Dabei bestanden die Probleme überwiegend bereits vor der Reha bzw. haben sogar dazu geführt und manifestieren sich nun weiterhin.

Die beruflichen Rehabilitanden erlebten Veränderungen aufgrund der Aufnahme einer neuen Arbeit, die von allen als durchweg positiv betrachtet wird. Herr Bruch bringt das kurz und knapp in der Fokusgruppe auf den Punkt: *„man bekommt, was man verdient.“*

Austausch mit anderen Rehabilitanden und Soziale Unterstützung

Bereits während der Reha-Maßnahme fanden die Teilnehmenden weitestgehend Anschluss an Mitrehabilitanden. Dabei schreiben sie den Gesprächen *Selbsthilfecharakter* zu: *„Die Gemeinschaft in der Reha war geprägt durch gegenseitiges Verständnis und tiefen Austausch von Gleichgesinnten.“* (Frau Riedel). Von den beruflichen Rehabilitanden wird diese gegenseitige Unterstützung als Voraussetzung zum Bestehen der Prüfungen angesehen. Es kommt zur intensiven Hilfestellung und Lerngruppen in denen Konkurrenzgedanken selten Raum einnehmen. Das steht im Kontrast zu den Ergebnissen des Fragebogens, in dem die Themen Konkurrenz und Leistungsdruck untereinander aufgegriffen werden. Jedoch wurden auch von den Teilnehmenden der Fokusgruppen negative Erfahrungen zur Destruktivität einiger Mitrehabilitanden gemacht, von denen sie sich aus Selbstschutz distanziert hatten.

Weitere Probleme bestanden beim Finden „passender“ Kontakte. So wünschten sich die onkologischen Rehabilitanden Kontakt zu Mitrehabilitanden mit dem gleichen Krankheitsbild, was nicht immer gelang: *„Ich habe niemanden gefunden, mit dem ich mich hätte austauschen können.“* (Frau Photon). Bei den psychosomatischen Rehabilitanden standen dagegen nicht das Vorhandensein gleicher Diagnosen im Zentrum, sondern vielmehr ähnlich gelagerte Probleme z.B. mit dem Partner, über die gemeinsam gesprochen werden konnte.

Nach der Reha setzt sich der Kontakt zunächst fort, nimmt im Laufe der Rekonvaleszenz und Rückkehr in den Alltag jedoch stetig ab. Für die Rehabilitanden, die noch weiterhin Kontakte haben bietet er Rückhalt: *„Wenn ich die Mädels nicht hätte, ich wäre aufgeschmissen.“* (Frau Staub). Dabei halten die Rehabilitanden vorwiegend Kontakt über WhatsApp und ergänzen diesen durch Telefonate oder auch über persönliche Treffen.

Die Inhalte der Nachrichten über WhatsApp bleiben zumeist oberflächlich (Geburtstagsgrüße, Urlaubsfotos) oder dienen der Terminabsprache für persönliche Treffen. Tiefergehende Probleme werden u. a. aufgrund von Unsicherheiten bzgl. der Datensicherheit nicht besprochen: *„Über Probleme wird selten diskutiert, auch aufgrund der Unsicherheiten WhatsApp betreffend.“* (Herr Schneider). Eine Teilnehmerin lehnte WhatsApp deswegen komplett ab. Eine andere Teilnehmerin berichtet vom dauerhaften Verlust der Kontakte nach Wechsel des Smartphones. Das Fazit der Rehabilitanden ist, das WhatsApp *„zum Kontakthalten sehr gut nutzbar [ist]. Tiefergehende Gespräche werden persönlich geführt.“* (Frau Nabel). Diese sind jedoch durch große Entfernungen zueinander nicht immer umsetzbar.

Die Teilnehmer der Fokusgruppen verfügen zudem über ein gutes Netz an Freunden und Familie, durch das sie Unterstützung erfahren. Zusätzlich werden Selbsthilfegruppen oder Psychotherapie in Anspruch genommen.

Internetnutzung

Die Recherche nach Gesundheitsthemen im Internet ist bei allen Rehabilitanden üblich. Dabei werden verschiedene Quellen genutzt u.a. auch Selbsthilfegruppen. Die Suche wird als zeitaufwändig beschrieben und teilweise fällt es den Rehabilitanden schwer die Seriosität der Informationen einzuschätzen.

Gesundheitsspezifische Onlineangebote wurden bis auf eine Ausnahme von den Rehabilitanden nicht genutzt. Eine Teilnehmerin nutzte ein unbegleitetes Onlineselbsthilfeprogramm ihrer Krankenkasse, welches ihr zumindest anfangs half: *„Die Grenzen wurden schnell ersichtlich.“* (Frau Liebig). Entscheidend für diese Einschätzung ist dabei die fehlende Begleitung.

Auswirkungen von Corona

Corona wirkt in alle Lebensbereiche der Rehabilitanden hinein. Die Reha-Maßnahme selbst war zwar bei allen bereits abgeschlossen, aber die Nachsorge, Arbeit, soziale Kontakte und das Onlineverhalten betroffen. Wir haben diesen Aspekt auch aufgegriffen, weil die inzwischen ein Jahr andauernde Erfahrung zunehmender Online-Nutzung (Home-Office, Terminvereinbarungen, etc.) sich wahrscheinlich auf das zukünftige Nutzungsverhalten von Online-Angebote auswirken dürfte und die Kompetenzen und Routinen im Umgang mit dem Netz stärker in Alltagsgewohnheiten übergehen dürften. Das dürfte auch auf die bislang weniger

netzaffinen Gruppen zutreffen, wäre aber auch ein Aspekt, der in der Erprobungsphase zusätzlich berücksichtigt werden könnte.

Während sämtliche Sportgruppen zum Leidwesen der Rehabilitanden komplett eingestellt wurden, konnten PsyRena und Psychotherapie nach einer gewissen Umstellungszeit zumindest online fortgeführt werden.

Bezüglich der Arbeit kam es bei einigen zu Unsicherheiten aufgrund von betriebsinternen Umstrukturierungen und Kurzarbeit. Rehabilitanden, die im Home Office arbeiten konnten, waren der Doppelbelastung durch die fehlende Kinderbetreuung ausgesetzt. Andere erlebten den Lockdown eher als Entlastung, da Reisen und Arbeitswege wegfielen.

Die sozialen Kontakte zu Mitrehabilitanden änderten sich. Persönliche Treffen entfielen; vermehrt wurden Videokonferenzen zur Kontakterhaltung abgehalten und Online-Seminare besucht.

Nutzung einer Onlineplattform für Rehabilitanden

Der Großteil der Teilnehmenden sieht für sich oder andere einen Bedarf für eine Onlineplattform: *„Bevor man ganz alleingelassen ist und keinen Ansprechpartner hat und so ein Angebot da ist, es ist ja kein Zwang dahinter, man kann es ja einfach mal ausprobieren.“* (Herr Ernst). Interessant ist dabei die Möglichkeit eines schnellen Austauschs mit Gleichgesinnten vor allem wenn die Krankheitsbewältigung noch andauert. Während sich die Rehabilitanden der Psychosomatik-, Onkologie- und Kardiologie-Fokusgruppen einstimmig für eine Onlineplattform für Rehabilitanden aussprachen und starken Bedarf an einem Austausch zeigten, gab es in den Fokusgruppen der orthopädischen und beruflichen Rehabilitation auch Gegenstimmen. Diese Teilnehmer lehnen das Konzept nicht an sich ab, sehen aber für sich selbst aufgrund guter sozialer Einbindung und der Bevorzugung von persönlichen Kontakten aber keinen Bedarf: *„Mir fehlt es an nichts. Wenn ich Information brauche, dann suche ich sie im Internet oder frage meinen Arzt, der mir weiterhilft.“* (Frau Fischer). Zudem haben sie im Vorfeld negative Erfahrungen mit Selbsthilfe oder anderen Mitrehabilitanden gemacht und könnten aufgrund dessen skeptisch sein.

Die Rehabilitanden sprechen sich für eine *Einführung der Plattform bereits während der Reha-Maßnahme* aus, um sich bereits damit auseinandersetzen und ggf. anmelden zu können. Dann

können bereits in der Einrichtung erste Gruppen entstehen und nach der Reha darauf zurückgegriffen werden. Zumindest eine Broschüre mit den Inhalten sollte jeder persönlich erhalten. Zusätzlich könnte Werbung über die DRV-Zeitung gemacht werden.

Bezüglich der Plattform äußerten die Rehabilitanden eine Vielzahl an Erwartungen, Wünschen und Gestaltungsideen, aber auch Bedenken.

Die *Erwartungen* der Rehabilitanden beziehen sich auf eine einfache Kontakterhaltung und Kontaktfindung – gerne auch regional. Einen Gewinn im Vergleich zu WhatsApp-Gruppen sehen sie durch die Vielzahl an Personen, Themen, Regionen und damit Austauschmöglichkeiten und Informationen.

Eine *Moderation* im offenen Bereich wird dabei als nötig und wichtig empfunden, um bei Konflikten oder Mobbing einzugreifen oder ggf. an Fachpersonal zu verweisen oder ins Einzelgespräch zu gehen. Ob die Moderation von Fachpersonal oder erfahrenen Peers durchgeführt wird, ist irrelevant für die Rehabilitanden, insofern sich die Moderatoren mit der Thematik auskennen und Moderationsfähigkeiten aufweisen, d.h. empathisch und vermittelnd eingreifen, wo es erforderlich ist.

Fachliche Ansprechpartner werden als hilfreich angesehen. Dabei sind den Rehabilitanden die Grenzen des Personals durchaus bewusst. Ein Mitlesen in den Foren durch Fachpersonal ist für sie nicht nötig, da sie sich als kompetent einschätzen, selbst zu erkennen, wann der Bedarf an einem fachlichen Ratschlag besteht. Wichtig ist das Vorhandensein eines bestehenden Netzwerks aus fachlichen Ansprechpartnern mit verschiedenen Schwerpunkten, um Nachfragen stellen zu können, die dann von den Rehabilitanden selbst wieder in die Foren getragen werden. Auch wenn sie eine *Anbindung an das Personal der eigenen Reha-Einrichtung* positiv und wünschenswert empfinden, ist den Rehabilitanden bewusst, dass das in der Realität nicht umsetzbar ist. Die Peers werden als Hauptansprechpartner angesehen, da der persönliche Austausch im Vordergrund steht.

Als weitere *Wünsche* wurden *geschützte Gruppen* und Bereiche genannt, wie sie konzeptionell bereits vorgesehen sind. Es „*braucht Sicherheit, einen geschützten Bereich mit Passwörtern und Legitimationen.*“ (Herr Schneider).

Ebenfalls konzeptionell im Entwurf der Plattform schon berücksichtigt ist die *Bereitstellung vielfältiger Informationen*. Gewünscht werden medizinische Inhalte, aktuelle Forschungser-

gebnisse und Weiterentwicklungen, sozialrechtlichen Inhalte, Zuständigkeiten und ergänzende Inhalte zu den Impulsen aus der Reha-Einrichtung z. B. Entspannungsverfahren. Die bisherigen Recherchen empfanden die Rehabilitanden als sehr zeitaufwändig und manchen fiel es schwer seriöse Inhalte von unseriösen zu unterscheiden. Insbesondere die onkologischen Rehabilitanden zeigen einen hohen Informationsbedarf und legen großen Wert auf gut aufbereitete und gebündelte Informationen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der *Übergang* von der *virtuellen* Onlineplattform in die *reale* Welt. Wenn auch nicht von allen als persönlich wichtig erachtet, finden die Rehabilitanden die Möglichkeit interessant, Kontakte in ihrem Umfeld zu finden und bei Sympathie treffen zu können: „*Ich fände das sehr schön, da die meisten meiner Mitrehabilitanden weit entfernt wohnen.*“ (Frau Riedel). Damit wären auch persönliche Gespräche möglich. Ein erster Schritt könnte vom schriftlichen Austausch über Videogespräche erfolgen, womit die *technische Einbindung von Videokonferenzen* folgerichtig ist. Vorteile von Videokonferenzen wären weiterhin das Transportieren nonverbaler Signale und die Nutzung einer Kontaktform, die während des Lockdowns zunehmend an Bedeutung gewann.

Insbesondere bei den onkologischen Rehabilitanden trat der Wunsch auf, bereits *vor der Reha* auf die Onlineplattform zugreifen zu können:

„Ich finde, dass es sinnvoll und hilfreich ist, eine Onlineplattform vor der Reha zu haben. Weil ich eigentlich mehr Schwierigkeiten vor der Reha hatte z.B. Was soll man denn tun mit dieser Erkrankung? Was für Möglichkeiten gibt es denn? Wo kriegt man Unterstützung? Worauf muss ich achten? Weil man das erste Mal mit dieser Krankheit erkrankt und zum ersten Mal mit diesen Fragen konfrontiert ist. Und man hat keine Idee dazu. Es ist viel Internetrecherche nötig. Deswegen fände ist es super, wenn es ein Forum vor der Reha und nach der Reha gibt, wo man sich austauschen und Fragen stellen kann, bei den alten Hasen.“ (Frau Nabel).

Erweiternd zum ursprünglichen Konzept könnte dieser Bereich ergänzt werden.

Als *Gestaltungsideen* wurden von den Rehabilitanden genannt, dass unterschiedlichste Übungen zur Achtsamkeit oder Entspannung mit eingebunden werden können. Weiterhin sollte schnell ersichtlich sein, was die Plattform anbietet und inwiefern die Rehabilitanden davon profitieren können. Eine Führung durch die Plattform mittels Tutorials, insbesondere für unerfahrene Nutzer wäre von Vorteil. Ein ergänzendes Angebot zur Bereitstellung von Informationen wären *Online-Seminare zu verschiedenen Themen*, welche von einem Referenten vorgelesen und anschließend gemeinsam diskutiert werden, etwa zur Schmerzbewältigung oder

anderen medizinischen und beruflichen Themen. Alternativ ist auch die Bereitstellung von Vorträgen mit Informationsinhalten aus der Reha zur Auffrischung oder eine wöchentliche Videokonferenz mit Moderator und 6-10 Teilnehmer zu einem bestimmten Thema im Sinne einer Selbsthilfegruppe für die Nutzer sinnvoll.

Weitere wichtige Punkte die von den Rehabilitanden genannt wurden sind die *Übersichtlichkeit und die Einteilung der Bereiche*. Dabei sollte es zuerst eine Einteilung in die großen Oberbereichen *Informationen, offene Foren* und *geschlossene Gruppen* geben. Bei der Einteilung der offenen Foren wird eine *Aufteilung in medizinische und berufliche Rehabilitanden* präferiert. Während die beruflichen Rehabilitanden eine weitere Unterteilung nach arbeitsbezogenen Themen bevorzugen, da die Krankheit bei ihnen nicht mehr im Vordergrund steht, sondern vielmehr der Umgang mit der Krankheit bei der Arbeit, wünschen sich die medizinischen Rehabilitanden eine Einteilung nach Diagnosegruppen.

Bedenken bzgl. der Plattform kamen vor allem im Bereich Datenschutz auf. Die Rehabilitanden sind durch die Medien sensibilisiert und fordern größtmögliche Transparenz, was mit ihren Daten passiert. Teilweise bestehen große Unsicherheiten aber auch Unwissenheit. Die Nähe zur DRV als seriöse Institution wird dabei als positiv wahrgenommen: *„Die DRV kann es sich nicht leisten ein Problem mit dem Datenschutz zu haben“* (Herr Richter). Wenn die Plattform durch Datensicherheit und Seriosität überzeugt, könnten auch Personen angesprochen werden, die sozialen Plattformen eher ablehnend gegenüberstehen. Die Teilnehmenden befürchteten jedoch den Ausschluss älterer, nicht internetaffiner Personen.

Ein *Name* konnte mithilfe der Fokusgruppen noch nicht gefunden werden, auch wenn es bereits mehrere Vorschläge gab wie z.B. *„Station Zukunft“* (Frau Nabel), *„ForRe(h)a“* (Herr Richter), oder etwas das im Subtext der Klinik steht, an denen sich die Rehabilitanden vermehrt untereinander ausgetauscht haben z.B. *„Station 8“* (Herr Förster) für die Kantine. Es müsste dafür aber ein übergreifender Ort gefunden werden, der für alle Rehabilitanden funktioniert. Als mögliche Idee könnte eine Ausschreibung bzw. Umfrage unter den Rehabilitanden durchgeführt werden. Im Projektteam wurde der Arbeitstitel **„RehaTalk“** präferiert.

Veränderungen im Reha-System

Auch wenn die Rehabilitanden dankbar über die Möglichkeit einer Reha-Maßnahme waren, gab es Verbesserungsvorschläge.

Dabei wurde von den kardiologischen Rehabilitanden kritisiert, dass die Rehakliniken das Entlassmanagement zu wenig fokussieren. Eine Idee zur Ergänzung des Reha-Entlassungsberichts war, dass es Standard in allen Kliniken sein sollte auch ungefragt konkrete individuelle Empfehlungen zur Nachsorge zu bekommen.

Weiterhin kritisierten die kardiologischen und onkologischen Rehabilitanden die „Zerstückelung“ (Frau Photon) je nach Fachpersonal. Wobei die Reha-Maßnahme in ihrer Gesamtheit als ganzheitlicher wahrgenommen wurde, als der Aufenthalt in der Akutklinik und die Behandlung im Nachgang. Vor allem die Behandlung beim Facharzt sei nur noch auf die Medikation bezogen. Darüber hinaus bezieht sich die Ganzheitlichkeit jedoch auch auf das gesamte Gesundheitssystem, in dem z.B. eine erneute Kontaktaufnahme mit Ansprechpartnern aus der Rehaklinik nicht vorgesehen ist und der Reha-Aufenthalt lediglich als „Reparatur“ (Herr Münster) verstanden wird. Insbesondere die kardiologischen Rehabilitanden wünschten sich mehr Einbezug der Psyche z.B. durch psychologische Einzel- oder Gruppengespräche.

Bei den beruflichen Rehabilitanden kam der Wunsch nach mehr individueller Unterstützung während der Maßnahme auf. Das bezieht sich hauptsächlich auf die Suche nach Arbeitsplätzen und Praktika. Die Rehabilitanden berichten von einer anfänglichen Unterstützung, die schnell nachließ. Eventuell vorhandene pädagogische Ansätze wurden nicht offen kommuniziert. Auch Zukunftsperspektiven des neuen Berufs wurden nicht thematisiert.

6.1.2 Zusammenfassung

In den Fokusgruppen zeigte sich eine *grundsätzlich positive Einstellung* gegenüber einer Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden. Auch wenn einzelne für sich aufgrund einer abgeschlossenen Krankheitsbewältigung oder hoher sozialer Einbindung persönlich keinen Nutzen darin sehen, *überzeugt das Konzept* insgesamt. Dabei stehen neben den üblichen Vorzügen von Online-Angeboten wie Orts- und Zeitunabhängigkeit *Alleinstellungsmerkmale der Plattform* im Mittelpunkt:

- vielfältige, gebündelte Informationen mit Verweisen auf weitere Fachseiten, was eine langwierige Recherche vermeidet und die Rehabilitanden bei der Suche nach weiterführenden Informationen unterstützt,
- eine Vielzahl an Kontakten auch zu anderen Rehabilitanden im Nachgang der Reha oder die Kontaktwiederaufnahme zu bereits bekannten ehemaligen Mitrehabilitanden, wodurch der Verlust von Kontakten minimiert und die Passung bzgl. Diagnosen oder Problemlagen maximiert wird
- sowie begleitend Moderatoren und ergänzend fachliche Ansprechpartner bei gleichzeitig kostenfreier und zeitlich unbegrenzter Nutzung.

Weiterhin bietet die Plattform die Möglichkeit *Wartezeiten* bis zum Beginn von PsyRena und weiteren Nachsorgeangeboten *zu überbrücken*, da die Rehabilitanden bereits auf der Plattform in Kontakt zu anderen Rehabilitanden treten, Probleme diskutieren und Unterstützung suchen können. Dies kann auch zu einem späteren Zeitpunkt geschehen, wenn die Rehabilitanden direkt im Anschluss an die Reha noch keinen Bedarf an Nachsorge erkennen können.

Auch wenn ein *Nachsorgecoach* im gewünschten Umfang in unserer Onlineplattform konzeptionell nicht vorgesehen ist, können andere Rehabilitanden unterstützend auftreten und bereitstehende Informationen zu regionalen Nachsorgeangeboten die Rehabilitanden *animieren selbst aktiv zu werden*. Diese Unterstützung setzt sich fort bei *der längerfristigen Übertragung des Erlernten in den Alltag*, sei es durch Angebote der Plattform wie bereitstehende Übungen oder Videos als Auffrischkurse mit den Inhalten aus der Reha oder auch mit weiterführenden Themen, als auch durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Rehabilitanden, die als Vergleichsfolie dienen, bis hin zu gemeinsamen Aktivitäten z.B. einer Laufgruppe. Damit kann *langfristig die Nachhaltigkeit der Reha-Maßnahme gesteigert* werden.

Ob eine *dauerhafte Nutzung* erreicht werden kann, liegt dabei an der Ausgestaltung und den Funktionen der Webseite, die im laufenden Betrieb weiter ausgebaut und angepasst werden können z.B. ergänzende Online-Seminare oder eine Videochatfunktion. Eine weitere Ergänzung, die auch im Zuge der Experteninterviews genannt wurde, ist die Möglichkeit bereits *vor* der Reha auf die Plattform zugreifen zu können.

Ein entscheidender Faktor für eine dauerhafte Nutzung ist die *Seriosität und Qualität* der Plattform, sowohl bei der Aufmachung, den Inhalten, den Betreibern als auch bei Datenschutzaspekten. Dabei wurde der bisherige Designentwurf überwiegend positiv aufgenommen und

entsprechend den aufkommenden Veränderungswünschen angepasst. Die *Einhaltung höchster Datenschutzbestimmungen* kann auch für unerfahrene Internetnutzer einen sicheren Einstieg in die Plattform bieten.

Sonstige Empfehlungen, die über das Forschungsvorhaben hinausgehen:

- Eine befristete Schonzeit nach der Reha, wenn die Rehabilitanden das wünschen.
- Standardisierter Erhalt von individuellen Nachsorgeempfehlungen in den Kliniken.
- Möglichkeiten der begrenzten Kontaktaufnahme zum Klinikpersonal nach Beendigung der Reha-Maßnahme.
- Fokussierung auf die Prävention und Vernetzung über Sektorengrenzen hinweg.
- Einbezug psychologischer Einzel- und Gruppengespräche auch bei Indikationen außerhalb der Psychosomatik.
- Vermehrte individuelle Unterstützung bei der beruflichen Zukunftsplanung der beruflichen Rehabilitanden.

6.2. Experteninterviews

6.2.1 Experteninterviews zu Bedarf und Akzeptanz

Akteure der Rehabilitationsnachsorge (n=8)

Die *bestehenden Nachsorgeangebote* werden von allen Indikationsgruppen je nach Lage der medizinischen Rehabilitationseinrichtung gut genutzt bzw. die Rehabilitanden an wohnortnahe Anbieter weitergeleitet. Bei PsyRena überwiegt der Frauenanteil, ansonsten sind die Gruppen durchmischt. Die Drop-Out Rate liegt nach Einschätzung der Experten bei ca. 10%. Als mögliche Gründe dafür werden die zusätzliche Belastung neben der Arbeit, die Entfernung zum Wohnort oder Unwissenheit über ein Ausscheiden aus dem Programm bei zu langen Fehlzeiten genannt. Teilweise kommt es zu Problemen bei der Abstimmung zwischen Klinik und Nachsorgeeinrichtung, weswegen eine Aufnahme der Nachsorge durch die Rehabilitanden nicht erfolgte. Die aktuelle Vergütung wird von den ambulanten Anbietern als unzureichend wahrgenommen. Demgegenüber ist die Nachfrage an Nachsorge in den beruflichen Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der hohen Vermittlungsquoten eher gering. Inhaltlich bezieht sie sich zumeist auf Bewerbungsstrategien.

Der *Austausch* der Rehabilitanden untereinander wird von den Experten als wichtiger Faktor für die Krankheitsbewältigung und die Rückkehr in Arbeit wahrgenommen: „*Wenn jemand nur darüber spricht, ist es etwas anderes als wenn der andere es selbst erlebt hat.*“ (EXP1.12). Bereits in der Klinik oder während der beruflichen Rehabilitation finden sich Rehabilitanden zusammen. Im Anschluss befördern ihren Einschätzungen nach PsyRena und IRENA den Austausch weiter, während T-Rena zumeist im Einzelsetting durchgeführt wird.

Die *Themen*, über die ein Austausch stattfindet, sind sehr divergierend, lassen sich im Wesentlichen aber zusammenfassen zu:

- Fragen zur Erkrankung, Folgeerkrankungen, Therapiemöglichkeiten und Medikation
- Umgang mit Symptomen in Alltag und Arbeit
- Erfahrungen mit Therapien, Medikamenten und Anbietern des Gesundheitssystems
- Finden von seriösen, regionalen Unterstützungsangeboten zur Nachsorge und Selbsthilfe
- Fragen der Gesunderhaltung z.B. Work-Life-Balance, Stressfaktoren oder Entspannungsübungen
- Sozialrechtliche Fragen zur finanziellen Absicherung, Stufenweiser Wiedereingliederung, Fördermöglichkeiten, Beantragung von Schwerbehindertenausweis, weiteren Reha-Maßnahmen oder EM-Rente
- Umgang und Erfahrungen mit Krankheit im Bewerbungsprozess und am Arbeitsplatz bzw. bei Arbeitslosigkeit
- Umgang und Erfahrungen mit Krankheit und Partnerschaft/Familie

Eine spezielle *Zielgruppe* kristallisierte sich in den Interviews nicht heraus. Allerdings werden vor allem kontaktscheue oder ängstliche Personen, Personen mit Mobilitätseinschränkungen, Personen, die in ländlichen Regionen wohnen (wobei es dort zu Schwierigkeiten bei der Netzabdeckung kommen kann) und Personen mit Abhängigkeitserkrankungen o.ä. schambehafteten Themen als Teilnehmer gesehen, die besonders von einem Onlineangebot angesprochen werden und davon profitieren können. Tendenziell gehen die Experten davon aus, dass jüngere Rehabilitanden verstärkt darauf zurückgreifen werden. Allerdings gleiche sich die Internetaffinität und -nutzung an: „*Sie können im Moment 70-jährige haben, die sich im Netz gut bewegen und sie haben die 20-jährigen, die sagen, ich mache jetzt mal Digital Detox.*“ (EXP1.9).

Der *Bedarf* nach einer Onlineplattform, die den Austausch von ehemaligen Rehabilitanden in den Fokus stellt, ist nach Meinung der Experten schwierig einzuschätzen und hängt davon ab, ob ein *Mehrwert* für die Rehabilitanden erkennbar ist: „*Muss man ausprobieren. Angebot schaffen.*“ (EXP1.11). Dieser sollte nicht nur im gegenseitigen Austausch in einem geschützten Rahmen liegen, sondern auch durch die Bereitstellung von umfangreichen Informationen und Leitfäden bzw. Verlinkungen zu den entsprechenden Stellen bereits vor der Reha und der Kontaktmöglichkeit zu Ärzten, Psychologen, Reha-Beratern oder Sozialarbeitern sichergestellt werden. Ergänzend zu anderen, bereits bestehenden Nachsorgeangeboten ist eine Onlineplattform niedrighschwelliger und kann durch eine zeitliche Unbegrenztheit die Nachhaltigkeit der Rehabilitation weiter steigern.

Problematisch sehen die Experten das besonders in der Psychosomatik auftretende Thema der *Suizidalität*, welches einen Handlungsleitfaden mit Notfallnummern und Ansprechpartnern nötig mache (Berger, 2015). Da eine lückenlose Überwachung im Zuge der Anonymität nicht gewährleistet werden kann, ist eine Absicherung über die AGBs notwendig. Triggerwarnungen²⁵ können entsprechend in der Netiquette verlangt werden (Brunner et al., 2011).

Damit eine Übersichtlichkeit der Themen, die Wahrung der Fachlichkeit, die Einhaltung einer Netiquette und ein adäquater Umgang mit Suizidalität gewährleistet werden, war für alle befragten Experten eine *begleitende Moderation* unabdingbar. Diese könnte durch Fachpersonen unter Einbezug von Teilzeitkräften, Studierenden und Auszubildenden passender Fachbereiche, Rentner oder geschulte Peers²⁶ ausgeübt und angemessen vergütet werden. Kapazitäten bei sich selber sahen die Befragten jedoch nicht. Zudem fehle es bezüglich der technischen Fähigkeiten an Know-how, was eine Schulung der Moderation erforderlich mache.

Die *Mitwirkungsbereitschaft* für die Vergabe von Zugangscodes, Werbung für die Plattform bei den Versicherten oder als telefonischer Ansprechpartner -indikationsbezogen und regional- ist dagegen hoch und kann nach Aussagen der Experten gut in den bestehenden Arbeitsalltag integriert werden, benötigt aber ggf. auch eine Schulung für die Akteure. Die Zu-

²⁵ Bei Triggerwarnungen handelt es sich um Warnhinweise auf mögliche Auslösereize, die in den Beiträgen vorhanden sein können. Sie werden jeweils am Beginn der Posts platziert. Mit ihr soll ein Leser, der ggf. selbst Lebensbedrohliches erlebt hat, vor einer ungewollten Erinnerung an die belastende Situation durch die Berichte anderer gewarnt werden.

²⁶ Bezüglich des Einbezugs von Peers für die Moderation gehen die Meinungen auseinander und reichen von völliger Ablehnung aufgrund von Bedenken zur Fachlichkeit, aber auch der Gefahr von Flashbacks oder dem „Verstecken“ in der virtuellen Welt bis hin zu positiven Einschätzungen als sinnstiftende Tätigkeit.

gangscodervergabe sollte dabei so unbürokratisch wie möglich erfolgen und die Rehabilitationseinrichtung ein Kontingent an Codes erhalten, die sie im Zuge von Nachsorge- oder Informationsgesprächen verteilen kann. Während dieser Gespräche kann gleichzeitig eine Vorstellung der Plattform erfolgen. Aber auch nach der Reha-Maßnahme sollten die Rehabilitanden einfach an einen Code kommen können, z.B. über den Rentenversicherungsträger. Weitere *Werbung* könne über Plakate, Flyer und die Klinikhomepage bzw. den Klinik-TV-Kanal erfolgen. Die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation können sich zudem die Durchführung einer Schulung zur Nutzung der Plattform für interessierte Rehabilitanden vorstellen. *Die Bereitschaft an einem Modellprojekt teilzunehmen ist generell vorhanden.*

Als weitere *Gestaltungsideen* schlugen die Experten folgendes vor:

- Berücksichtigung einer intuitiven Bedienbarkeit und Barrierefreiheit
- Organisation der Themen in sinnhafte Strukturen, um Überblick und Übersichtlichkeit zu gewährleisten, ggf. mit Filterfunktion
- Aktualität der Informationsinhalte, ggf. mit Hinweis, wann die letzte Aktualisierung erfolgte
- Erstellung einiger Threads im Vorfeld, damit das Forum nicht leer ist
- Meldefunktion bei Verstoß gegen die Netiquette
- PLZ-Suche für regionale Angebote, ergänzt durch Entfernungsangabe
- Schaffung einer positiven Grundstimmung durch Farben und Ansprache
- Wahrung der Unabhängigkeit, Verbindung zu DRV und anderen Unterstützern aufzeigen um Transparenz zu schaffen
- Erstellung von klinikbezogenen *geschlossenen Gruppen* z.B. für einen bestimmten Zeitraum, um im Nachhinein alte Kontakte wieder- bzw. neue zu finden
- Bereich zur Erstellung gemeinsamer Aktivitäten und gegenseitiger Hilfe
- Einbau von Interventionen wie Stimmungstagebuch, Achtsamkeitsübungen, Reminder für Medikamente oder Termine
- Bereitstellung von Trainingsanleitungen z.B. für Aufmerksamkeit & Konzentration, Bewegung z.B. Rücken Fit, Achtsamkeit & Entspannung
- Idee einer Kolumne mit Fachantworten
- Verweise auf qualitätsgesicherte Portale zur Gesundheitsproblemen (z.B. www.cochrane.de)

- Hinweise auf Jobbörsen bzw. Vernetzung zu Jobbörsen z.B. Integrationsverbund.de als Metasuchmaschine
- Online-Seminare oder Tutorials zu bestimmten Themen mit Möglichkeit zum Diskutieren z.B. über Schreiben des Lebenslaufs zusammengefasst in 10 Minuten
- Angebot Personaler aus der Wirtschaft die Bewerbungen überprüfen zu lassen

Die *Einstellung der Akteure der Rehabilitationsnachsorge* ist insgesamt als *überwiegend positiv zu bewerten* und an den *möglichen Mehrwert für die Rehabilitanden geknüpft*. Es ist allerdings naheliegend, dass vorwiegend Experten zu Interviews bereit waren, die dem Vorhaben gegenüber aufgeschlossen sind.

Akteure aus der Wissenschaft (n=10)

Die *aktuellen Arbeitsthemen im Bereich E-Health und E-Mental-Health* der befragten Experten reichen von der Erstellung und Betreuung von Online-Informationsseiten, Klinikforen, Trainingsapps für die Rehabilitationsnachsorge in der Orthopädie und Psychosomatik über den Aufbau einer Diagnostik- und Interventionsplattform bis hin zu Schulungen zur Medienkompetenz. Bei allen Projekten wird sichtbar, dass sich trotz hoher Nutzerzahlen vor allem drei Herausforderungen ergeben:

1. der Datenschutz und die Einhaltung von Datenschutzvorgaben,
2. die Einbettung in die Praxis und
3. eine nachhaltige Finanzierung.

1. Datenschutz

Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) führte bei den einzelnen Projekten zu weitreichenden Folgen, insbesondere da Gesundheitsdaten besonders sensibel behandelt werden (Art. 9 EU-DSGVO). So war ein erhöhter personeller Aufwand notwendig, um die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu gewährleisten. Vor allem Online-Selbsthilfegruppen wurden eingestellt. Neue Projekte hatten Schwierigkeiten ein Datenschutzvotum zu bekommen. Zur Vereinfachung dieser Problematik kam der Wunsch auf, dass bundesweit eine IT-Lösung zum Datenaustausch durch einen Anbieter geschaffen wird, der eine Grundstruktur bereitstellt. In Kanada, Australien, Großbritannien oder Dänemark haben sich dafür zentralisierte Nachsorgestellen etabliert, die von den Patienten gut angenommen werden (z.B. psykiatriensyddanmark.dk/wm493497 oder mindspot.org.au). Des Weiteren sind die Nutzer durch die

mediale Aufmerksamkeit größtenteils für das Thema Datenschutz sensibilisiert, benötigen aber weitreichende Schutzmaßnahmen, da es dennoch zu Veröffentlichung sensibler Daten wie Telefonnummern oder Adressen kommen kann. Diese sollte durch die Moderation umgehend entfernt werden. Eine Anbindung an die DRV als seriösen und bekannten Träger, wird als positiv angesehen, insofern die Foreninhalte nicht mitgelesen werden.

2. Einbettung in die Praxis

Für eine Einbettung der Projekte in die Praxis, müssten einerseits das Fachpersonal und andererseits die Nutzer selbst überzeugt werden. Es zeigte sich, dass das Fachpersonal dabei die größeren Vorbehalte hat, die sich neben dem eigenen Desinteresse an technischen Lösungen auf mögliche Risiken wie Fehlinformationen, falschen Erwartungen der Nutzer oder gar der Einstellung von Face-to-Face Angeboten beziehen (vgl. Naslund et al., 2016, S. 113). Um das Fachpersonal zu überzeugen und die Nutzer zu schützen, empfiehlt sich neben der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen und Vorgaben der Datensicherheit die Beachtung inhaltlicher Qualitäts- und Gütekriterien. Allerdings liegen bis dato noch keine verbindlichen Kriterien vor, sondern lediglich Empfehlungen der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde*, dem *Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen* oder der *Bundespsychotherapeutenkammer*. Daher empfiehlt sich eine Zertifizierung der Onlineplattform entweder als Medizinprodukt oder über kostengünstigere Alternativen, wie der *Health on the Net Foundation* (HON-Code), dem *Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem e.V.* oder der *Stiftung Gesundheit* sowie eine regelmäßige wissenschaftliche Begleitung der Angebote (Stiftung Health On the Net, 2017; Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem e. V., 2019; Stiftung Gesundheit, 2021b).

Weiterhin ist eine enge Verzahnung mit der Vor-Ort-Behandlung notwendig, damit potenzielle Nutzer bereits während der Reha-Maßnahme auf das Angebot aufmerksam gemacht werden, einen Zugangscode und bestenfalls eine Schulung zum Umgang erhalten (vgl. Röhr et al., 2017). Das erfordert Überzeugungsarbeit in den Einrichtungen, damit diese das Vorhaben mittragen. Auch die Akteure aus der Wissenschaft halten eine Begleitung der Onlineplattform durch Moderatoren für notwendig, allerdings sollte dies nicht über therapeutisches Fachpersonal abgedeckt werden, da keine Kapazitäten dafür gesehen werden. Etwaige Haftungsprobleme bei einer Moderation müssten abgeklärt werden.

3. Nachhaltige Finanzierung

Die Finanzierung der Projekte erfolgte während des Aufbaus der Angebote zumeist aus Fördergeldern. Nach Abschluss der Forschungsphase entfallen diese und wenn keine Einbindung in den Regelbetrieb erfolgt, droht die Einstellung der Projekte. Die Finanzierung der laufenden Kosten wurde - wenn vorhanden- aus eigenem Unternehmenskapital bestritten oder über die Akquisition von Sponsoren. Nach Einschätzung der Experten muss die dauerhafte Finanzierung im Vorfeld geklärt sein: „*Bevor man es anfängt, muss man wissen, wie es weitergeht, sonst muss man es nicht anfangen.*“ (EXP1.1). In dieser Antwort spiegelt sich die allgemein verbreitete Erfahrung mit vielen interessanten, innovativen und auch erfolgreichen Modellprojekten sowohl in der medizinischen wie der beruflichen Reha wider, die nach Abschluss der Modellförderung nicht in eine Regelförderung übernommen werden. Im Anschluss an eine Machbarkeitsstudie müsste bei Erfolg eine Regelfinanzierung in Aussicht gestellt werden. Die Kosten sollten dabei nicht zu niedrig angesetzt werden, da der technische Support, Serverkosten, die Wartung und Aktualisierung der Angebote, die Zertifizierung und die personelle Vergütung von Fachpersonal permanent aufgebracht werden müssen: „*Es gab Leute, die dachten, weil es online ist, ist es billig.*“ (EXP1.6). Langfristig halten sich vor allem Projekte die KTL-fähig sind, was eine entsprechende theoretische Fundierung notwendig macht. Als Alternative wurde die Gründung eines gemeinnützigen Vereins vorgeschlagen, da darüber Stiftungs- und Förderungsgelder erworben werden können. Ein Projekt ist direkt an die Professur gekoppelt. Da konzeptionell der Selbsthilfegedanke eine wichtige Rolle spielt, könnten eventuell auch über die Förderung von digitalen Selbsthilfekzepten Fördermittel eingeworben werden. Ergänzend von unserer Seite wäre hier auch an die Beteiligung der Krankenkassen, zumindest für die medizinische Rehabilitation, auf Basis des § 20 im SGB V anzudenken.

Einen *Bedarf* an einer Online Peer-Nachsorge-Plattform sehen die Experten als vorhanden an, insofern sich ein *Mehrwert* erkennen lässt. Dieser sollte für die Rehabilitanden sofort nach Aufrufen des Angebots ersichtlich werden und umfasst den Informationsaustausch, soziale Anbindung und Unterstützung, aber auch Spaß, wenn motivationspsychologische Erkenntnisse genutzt werden z.B. über Verstärker, Feedback oder positiven Wettkampf.

Die *Einstellung der Akteure aus der Wissenschaft* ist ambivalent. Während ein Teil dem Vorhaben positiv gegenüber steht, zeigen sich andere Experten skeptisch, aber grundsätzlich interessiert, insofern die Plattform als technisch und inhaltlich wachsendes System angelegt

wird, welches in der Lage ist, eine Eigendynamik aus sich selbst heraus zu entwickeln. Auch dies ist nur einer Erprobungsphase empirisch zu testen.

6.2.2 Experteninterviews zur technischen Umsetzung

Während sich die ersten beiden Interviews mit der Erstellung eines sogenannten branchenüblichen Lastenheftes und den Maßnahmen zur Datensicherheit befassten, wurden nachfolgend drei Firmen innerhalb der IT-Branche mit dem Ziel angesprochen, die Umsetzbarkeit der im Lastenheft beschriebenen Funktionen einzuschätzen und eine Kostenkalkulation zu erstellen. Darüber hinaus wurde Kontakt zu Anbietern von Digitalen Gesundheitsanwendungen aufgenommen (DiGa), um den Personalaufwand abschätzen und kalkulieren zu können.

Die *Umsetzbarkeit* der gewünschten Inhalte und Funktionen ist technisch möglich. Das *Vorgehen* ist in allen Firmen gleich und beginnt mit der Durchführung eines Workshops, bei dem die Inhalte des Lastenhefts besprochen und präzisiert werden. Anschließend erfolgen die Programmierung der Inhalte und eine umfangreiche Testphase, bei der alle Akteure mit eingebunden und ggf. entstehende Anpassungen umgesetzt werden. Nach finaler Abnahme der Onlineplattform beginnt der reguläre Betrieb. Es empfiehlt sich vor Bereitstellung der Plattform eine Prüfung der Datensicherheit durch einen Sachverständigen für Internetrecht (etwa: mueller.legal.de). Während Firma 2 und 3 sich mit der Erstellung von medizinischen Apps beschäftigen und über vielfältige Kooperationspartner verfügen, weißt Firma 1 bislang keine *Referenzen* in diesem Bereich auf.

Folgende Tabelle fasst eine Übersicht der *Kosten und Entwicklungsdauer* zusammen.

Tabelle 15 Übersicht Entwicklungsdauer und Kostenkalkulation

	Firma 1	Firma 2	Firma 3
Entwicklungsdauer	3-4 Monate	Ca. ½ Jahr	1,5 Jahre
Kostenkalkulation²⁷			
Entwicklungskosten ²⁸	69.050€ - 108.600€	134.000€	218.000€
Laufende Kosten ²⁹	Ab 600€/Monat	Ab 1750€/Monat	Keine Einschätzung
Serverkosten	-	500€/Monat	100-1000€/Monat ³⁰

²⁷ zzgl. Mehrwertsteuer

²⁸ Eine Umsetzung als App ist in diesen Kosten noch nicht enthalten

²⁹ In Abhängigkeit von der Useranzahl und der Supportanfragen

³⁰ inkl. Hosting

Es zeigt sich eine große Spannweite bzgl. der anfallenden Entwicklungskosten und -dauer, wobei 69.000€ als absolutes Minimum bei ca. 4 Monaten Entwicklungsdauer anzusehen sind und 218.000€ als Maximum bei 1,5 Jahren Entwicklungsdauer. Diese Spannbreite entsteht vor allem aufgrund von Unschärfe im Lastenheft Version 0.3 (s. Tätigkeitsbericht vom 30.03.2020) und betrifft die Punkte Datensicherheit, Barrierefreiheit und Zusatzfunktionen. Während die Datensicherheit oberste Priorität hat, kann die Barrierefreiheit zunächst auf die relevantesten Inhalte reduziert werden³¹. Weiterführende zeitaufwändige und damit kostenintensive zusätzliche Funktionen können zu Gunsten einer Preisanpassung erst einmal zurückgestellt werden. Zudem fließen teilweise die Erstellung eines Designentwurfs und von Textinhalten mit ein, die aber bereits vorliegen bzw. durch die wissenschaftliche Begleitung erstellt werden. Eine Kostenkalkulation von 130.000 € (netto) erscheint demnach realistisch. Auf Grundlage der Interviews wurde das Lastenheft aktualisiert und es wurden Prioritäten eingearbeitet (Anhang 11.6). Auf Basis des Lastenhefts kann nun direkt mit der Ausschreibung begonnen werden. Dabei sollten nicht alleine die Preise bei der Auswahl der Firma berücksichtigt werden, sondern als weitere Kriterien:

- eine Entwicklungsdauer bis zu maximal einem halben Jahr, damit im 2. Jahr der Umsetzungsphase mit dem laufenden Betrieb begonnen werden kann,
- ein ca. 4-6-stündiger Workshop im Vorfeld, damit klare Absprachen getroffen werden und Nachverhandlungen vermieden werden,
- ein Einbezug des gestalteten Designentwurfs,
- Ausschöpfung der technischen Möglichkeiten zur Datensicherheit
- eine enge Zusammenarbeit mit kurzen Kommunikationswegen, um Fehlprogrammierungen zu vermeiden und Änderungen zügig aufzunehmen,
- eine weitere Zusammenarbeit über die Entwicklungszeit hinweg, um die Aktualisierung der Onlineplattform und den technischen Support fortzuführen.

Eine ebenso große Spannweite zeigt sich bei den *laufenden Kosten*. Eine verbindliche Aussage konnten die Firmen nicht treffen, da sich die Kosten v. a. aus den Useranfragen und -zahlen ergeben. Die Schätzungen beziehen sich auf 1000 User, von denen 5% eine Anfrage haben, die jeweils in 15 Minuten erledigt werden kann.

³¹ Derzeit kann eine vollständige Barrierefreiheit aus Kostengründen nicht realisiert werden. Dies würde wenn von der DRV gewünscht in Auftrag gegeben werden und betrifft vor allem Gebärdenspracheinbindung und Braillezeile.

Die Kostenabschätzung für das benötigte Personal und den Personalaufwand ist ebenfalls offen, da unklar ist, wie viele Anfragen tatsächlich gestellt werden und wie aufwendig diese in der Bearbeitung sind. Das Aufkommen an Anfragen bei den befragten Digitalen Gesundheitsanwendungen liegt bei 1 pro 20 Nutzern in der Woche. Allerdings unterscheiden sich die Konzepte stark von unserem, so dass eine direkte Vergleichbarkeit nicht gegeben ist. Die Moderation wird dabei in der Umsetzungsphase durch die wissenschaftliche Begleitung übernommen.

6.2.3 Experteninterviews zur dauerhaften Finanzierung

Im Rahmen der Finanzierung wurde mit verschiedenen Kostenträgern gesprochen. In Abhängigkeit vom potenziellen Nutzen der Onlineplattform für ihre Versicherten und ihren finanziellen Möglichkeiten signalisierten die erreichten Kostenträger eine Bereitschaft zur Finanzierung oder lehnten sie ab. So äußerte sich etwa die *Bundesagentur für Arbeit* direkt ablehnend, da kein Mehrwert gesehen wurde und eine Rechtsgrundlage zur Finanzierung des Projekts fehlt.

Demgegenüber waren die befragten Kliniken und die Krankenkasse dem Vorhaben gegenüber aufgeschlossen und an einem gemeinsam wachsenden Projekt mit der DRV interessiert. Es zeigte sich, dass das Vorhaben auf Zustimmung stieß, da diese Akteure bei Kundenbefragungen bereits den Wunsch nach einer solchen Austauschplattform ermitteln konnten. Auch die DRV Berlin-Brandenburg ist dem Vorhaben gegenüber aufgeschlossen und könnte sich eine Finanzierung aus dem Bereich Prävention vorstellen. Dafür wäre eine Erweiterung für Rehabilitanden *im Vorfeld der Reha-Maßnahme* für sie entscheidend. Eine Idee, die bereits in den Fokusgruppen angesprochen wurde und sich mit den Ergebnissen von (Schury et al., 2018) deckt, wonach ein großer Informationsbedarf bereits *vor* der Reha besteht. Ebenso zeigte sich die DRV Nord interessiert, besonders bzgl. einer *Einbindungsmöglichkeit von bereits bestehenden Nachsorgeangeboten* wie PsyRena-Gruppen. Jedoch wurde auf die Konzeption des Projekts auf Bundesebene hingewiesen, welches in die finanzielle Zuständigkeit von DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See fällt. Für die Krankenkasse stieß hingegen ein ergänzendes Angebot *zum Austausch vor und nach Mutter-Kind-Kuren* auf Interesse.

Innerhalb der DGUV gab es kein einstimmiges Ergebnis, da sie ihre Versicherten einerseits auf professioneller Ebene für sehr gut versorgt, den Peer Gedanken aber grundsätzlich unterstützt. Diesbezüglich unterhält die DGUV bereits eigene Projekte, die jedoch hohe Zugangsbarrieren aufweisen, was die Nutzung begrenzt. Für eine beteiligende Finanzierung ist u.a. relevant, ob die teilnehmenden Kliniken von der DGUV belegt werden. Der übergreifende Ansatz ist für sie zusätzlich interessant. So könnte neben der medizinischen und beruflichen Reha auch die *soziale Teilhabe* einbezogen werden. Darüber wäre die Einbindung weiterer Träger denkbar z.B. die Integrationsämter. Zudem erscheint der DGUV ein *Austauschangebot für Angehörige* denkbar.

Insgesamt wurde deutlich, dass es für die Zustimmung der Träger notwendig ist, eine konkrete Beschreibung der Kosten, des Aufwands sowie des Nutzungsverhaltens vorzulegen. Das alles ist jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht einschätzbar und bedarf der Durchführung einer Modellphase. Sobald die nötigen Daten vorliegen, berufen sich die Experten auf eine gemeinsame Gesprächsrunde zur Eruiierung eines gemeinsamen Konzepts zur Finanzierung. Zur Einbindung der verschiedenen Rentenversicherungsträger empfiehlt sich die Kontaktaufnahme zur *Arbeitsgruppe Reha-Nachsorge*.

Neben der Finanzierung sind auch andere Formen der Kooperation denkbar. So wurden von der Krankenkasse und der DGUV angeboten, Ansprechpartner für die Onlineplattform bereitzustellen, die Fragen der Rehabilitanden beantworten. Die Klinken sehen keine Möglichkeit der finanziellen Unterstützung, sind aber an einer Kooperation interessiert. Das betrifft neben der Zugangssteuerung und Begleitung auch die technische Umsetzung in eigenen Start-Ups.

Zusätzlich wurde mit einer Stiftung korrespondiert. Relevant für eine finanzielle Unterstützung ist die Erfüllung der jeweiligen Voraussetzung. In diesem Fall muss der Förderantrag von einem gemeinnützigen Verein gestellt werden. Weitere Fördermittel könnten z.B. über die Bundesministerien für Bildung und Forschung, Gesundheit oder Arbeit und Soziales (Reha-Pro) eingeworben werden.

6.2.4 Zusammenfassung

In den bisher durchgeführten Experteninterviews lässt sich überwiegend eine positive, wengleich kritische Grundhaltung erkennen. Die Experten befürworten mehrheitlich eine Umsetzungsphase, insofern im Anschluss an eine erfolgreich evaluierte Testphase eine

dauerhafte Finanzierung sowie der Datenschutz gewährleistet werden können. Aus ihrer Sicht wird der Austausch der Rehabilitanden als wichtiger Faktor für die Krankheitsbewältigung und die Rückkehr in Arbeit wahrgenommen und die Onlineplattform als wichtige Ergänzung zu den üblichen Nachsorge-Apps, die sich ausschließlich auf die Einhaltung der Zielvereinbarungen aus der Reha (oft körperliche Aktivität) beziehen und zeitlich begrenzt sind, z.B. Depressionen, Adipositas, Rheuma oder Brustkrebs (vgl. Schmädeke et al., 2018; Stoye et al., 2020; H. Fischer et al., 2019; Deck & Rutsch, 2020).

Eine Mitwirkungsbereitschaft bei der Zugangssteuerung via Zugangscodevergabe und der Begleitung als fachliche Ansprechpartner ist bei den Experten der Rehabilitationsnachsorge grundsätzlich vorhanden. Eine begleitende Moderation der Onlineplattform wird von den Experten zwar empfohlen, aber das Fachpersonal sich von dieser Aufgabe überfordert. Eine Umsetzung durch das wissenschaftliche Begleitteam erscheint zunächst zielführend, um den Aufwand und die Anforderungen zu untersuchen.

Während die Kliniken sich bezüglich einer Kooperation verhalten äußerten, zeigen die Träger beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen ein außerordentliches Interesse. Es wird von ihrer Seite allgemein geraten, die Plattform als wachsendes System anzulegen und in der Umsetzungsphase mit einem einzelnen Indikationsbereich anzufangen. Potenzial wird dabei vor allem im Bereich der Psychosomatik gesehen.

Von verschiedenen Anbietern wurde eine technische Umsetzbarkeit des Projekts auf Basis des IT-Lastenhefts bestätigt und die Kosten grob kalkuliert. Entwicklungskosten von 130.000€ bei einer Entwicklungszeit von einem halben Jahr unter Einbezug des vorhandenen Designentwurfs erscheinen nach der Präzisierung in einem gemeinsamen Workshop zur Priorisierung der Inhalte und ihrer Ausgestaltung als realistisch. Daneben konnten die laufenden Kosten zum Betrieb der Webseite und Personalkosten nicht eruiert werden, da sie sich in Abhängigkeit vom Nutzeraufkommen und -anfragen befinden.

Zur Frage der Finanzierung signalisierten einzelne Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Unfallkassen, Rehabilitationskliniken und Stiftungen Interesse und Bereitschaft. Dabei wurden vielfältige Erweiterungsmöglichkeiten angesprochen z.B. Austauschmöglichkeiten für Mutter-Kind-Kuren oder Angehörige. Eine Zustimmung zur Finanzierung erfordert jedoch eine konkrete Kostenkalkulation und Nutzerzahlen. In einer gemeinsamen Expertenrunde könnte dann über Finanzierungskonzepte diskutiert werden. Eventuell kommt eine Erprobung im

Rahmen von Reha-Pro in Frage. Alternativ können auch Fördermittel oder Stiftungsgelder eingeworben werden, wenn die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind.

Sonstige Empfehlungen, die über das Forschungsvorhaben hinausgehen:

- Nachbesserung bei den bestehenden Nachsorgeangeboten durch eine Anpassung der Vergütung, die Aufnahme von Wassergymnastik in den Leistungskatalog von T-Rena und die Konzeption von T-Rena in Gruppensettings.
- Schaffung einer Grundstruktur zur Datensicherung für gesundheitsbezogene Daten inklusive der Bereitstellung eines Servers.
- Schaffung einer zentralisierten Nachsorgestelle mit Nachsorge-Coaches innerhalb Deutschlands nach internationalem Vorbild.
- Erstellung inhaltlicher Qualitäts- und Gütekriterien für internet- und mobilbasierte Interventionen und ggf. eines eigenen Prüfsiegels.
- Schaffung von finanziellen Förderkonzepten über die Projektdauer hinaus, zur Sicherstellung der dauerhaften Finanzierung von Onlineangeboten.
- Überarbeitung der Homepage zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und Ergänzung um eine Informationsseite für Arbeitgeber, deren Inhalt die Unterstützungsangebote der DRV systematisch darstellen.
- offener Zugang zu Abschlussberichten der von der DRV geförderten Projekte.

7. Entwurf der Webseite

Die Verlängerung des Projekts wurde u.a. dazu genutzt, auf Basis der Ergebnisse aus dem Forschungsstand, den Experteninterviews und den ersten Fokusgruppen ein Design für die Onlinenplattform auszuarbeiten und den Rehabilitanden vorzustellen. Zusätzlich diente der Entwurf als ergänzendes Anschauungsmaterial zum Lastenheft für die befragten Programmierer.


7.1. Darstellung Entwurf

Der aktuelle Entwurf basiert auf den Beurteilungen der vorherigen Entwürfe durch die Rehabilitanden (s. Kap. 7.2).

Startseite

Der Einstieg in die Plattform erfolgt über die Startseite auf der neben den statischen Reitern „News“ (z.B. Neuigkeiten zur Seite, interessante Vorträge o.ä.), „Netiquette“ (Verhaltenskodex), „FAQ“ (häufige Fragen und deren Antwort z.B. Wie kann ich mich registrieren?), „Über uns“ (kurze Vorstellung des Projekts und des Teams), „Suche“ und „Anmeldung“ ein Notfallbereich hinterlegt wurde. Hier werden Telefonnummern und E-Mail-Adressen hinterlegt, falls sich jemand in einer für ihr ausweglosen Situation befindet. Neben dem Rettungsdienst wird auf die Telefonseelsorge verwiesen sowie auf regionale Kontaktadressen³². Weiterhin befinden sich an prominenter Stelle der Willkommenstext zum Mehrwert der Plattform und ein Hinweis auf die Förderer. Dazu können alle Angebote auf einem Blick erfasst werden. Danach werden die fünf Bereiche „Infobereich“, „Forum“, „Gruppen“, „Aktivitäten“ und „Chats“ mit einer kurzen Beschreibung der jeweiligen Inhalte aufgeführt. Der Infobereich erfordert keine Registrierung und ist von allen Interessierten einzusehen. Hier wird neben bundesweiten Angeboten auch ein regionaler Bezug hergestellt. Der Name „**RehaTalk**“ wurde als Arbeitstitel festgelegt und ist noch nicht als endgültig anzusehen. Im unteren Bereich sind weitere statische Reiter hinterlegt, die zur Kontaktaufnahme dienen und rechtliche Absicherungen anführen. Zudem werden hier Hinweise zum Datenschutz transparent dargestellt.

³² zu finden unter <https://www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote/adressen/>





[News](#)
[Netiquette](#)
[FAQ](#)
[Über uns](#)
[Notfall](#)

[Anmelden](#)

Herzlich Willkommen auf unserer **Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden.**


Diese Plattform möchte Sie zum wechselseitigen Erfahrungsaustausch anregen, Sie dazu motivieren, wichtige Informationen weiterzugeben und zu erhalten, das Verständnis füreinander stärken und zur gegenseitigen emotionalen Unterstützung beitragen. Persönliche Kontakte, die Sie in der Reha geknüpft haben, können sie hier weiter pflegen bzw. neue aufbauen. Damit wird Ihnen die Möglichkeit gegeben, Ihre Gesundheit gemeinsam mit anderen Betroffenen nach einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zu stabilisieren und weiter zu verbessern.


Gefördert durch die  Deutsche Rentenversicherung





Zeitlich unbegrenzte Ergänzung zur Reha-Nachsorge


Was diese Seite Ihnen bietet.


-  Regionale und überregionale **Kontakte** zu ehemaligen (Mit-)Rehabilitanden/-innen in persönlichen Gruppen, persönlichen Nachrichten oder im Video-Chat


 **Erfahrungsaustausch** mit ehemaligen Rehabilitanden/-innen in offenen Foren mit fachlicher Moderation

 Gebündelte **Informationen und Leitfäden** zur Rehabilitation und Zugang zu regionalen Unterstützungsangeboten

 **Fachliche Ansprechpartner/-innen** bei konkreten Fragen per Mail oder telefonisch

 Anregungen und Möglichkeiten für **Aktivitäten** gemeinsam mit anderen

 **Anpassung der Seiteninhalte** nach Wünschen aus Ihren Reihen (etwa: Erstellung eigener Foren, neuer Themen etc.)

 **Sicherheit Ihrer persönlichen Daten** entsprechend den aktuellen Datenschutzbestimmungen und den aktuellen Datensicherheitskonzepten



Infobereich

Hier finden Sie eine Vielzahl an Informationen zum Reha-Prozess, Leitfäden und weiterführende Links u. a. zu regionalen Unterstützungsangeboten

[Zum Infobereich →](#)



Forum

Hier können Sie gezielte Nachfragen stellen und sie im Austausch mit anderen Rehabilitanden/-innen unter fachlicher Anleitung klären oder Ihre Erfahrungen und Erfolgsgeschichten teilen.



Gruppen

Hier können Sie sich persönlich austauschen und unterstützen. Sie können bereits bestehenden Gruppen beitreten oder eigene erstellen und verwalten.



Aktivitäten

Sie wollen Ihre Ziele gemeinsam erreichen z.B. über die Teilnahme an einer regionalen Laufgruppe? Dann schauen Sie bei Aktivitäten rein und lassen sich inspirieren und motivieren oder rufen eine eigene ins Leben.



Chats

Für einen privaten Austausch untereinander können Sie im Chatbereich persönliche Nachrichten schreiben oder einen Videochat starten.

Nach dem Einloggen

Als ein möglicher persönlicher Einstieg werden täglich wechselnde Übungen eingeblendet. Weitere Übungen können im entsprechenden Bereich eingesehen werden. Diese Funktion kann der Nutzer auch abschalten.

RehaTalk News Netiquette FAQ Über uns Notfall

Karsten M.

Hallo Karsten M., willkommen zurück.

Neue Nachrichten

5 Meine Chats

34 Meine Gruppen

ACHTSAMKEITSÜBUNG DES TAGES

Übungen für einen ruhigen Geist in turbulenten Zeiten.

Der Coronavirus hat unsere Gedanken fest im Griff. Wir möchten dir drei einfache Übungen zeigen, mit denen du deinen Geist in stressigen Momenten beruhigen kannst. Bring deine Gedanken zur Ruhe.

Übung ansehen → später ✕

Über mich Alles anzeigen

Mitglied seit: 18. Sep 2018
Beiträge: 5
Letzte Aktivität: 21. Jan 2021

Freunde Alle anzeigen

Rita L. Vanessa H. Hartmuth E. Anne N. Gabi D.

Infobereich

Hier finden Sie eine Vielzahl an Informationen zum Reha-Prozess, Leitfäden und weiterführende Links u.a. zu regionalen Unterstützungsangeboten

Zum Infobereich →

Sie brauchen Unterstützung?

Frag den Doc
Zur Liste mit Ärzten →

Frag den Therapeuten
Zur Liste mit Therapeuten →

Frag den Moderator
Zur Liste mit Moderatoren →

Frag den Techniker
Hinweise zur Benutzung der Seite →

Gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung

AGB Kontakt Datenschutz Impressum

© Design: Doreen Wienholz – maxmodus.de, 2020

Hinweis: Das Menü bleibt immer im Sichtfeld des Benutzers. Das heißt, dass nur der Inhaltsbereich scrollt, das Menü bleibt fix. Dies kann hier leider nicht simuliert werden.

Übersichtsseite nach dem Einloggen

Die Übersichtsseite bietet einen schnellen Überblick über alle Angebote z.B. „Meine Gruppen“, die jeweils entsprechend ausgeklappt und detailliert betrachtet werden können.

Im Seitenmenü wird mit denselben Piktogrammen gearbeitet, was einen schnellen Wechsel in die verschiedenen Bereiche ermöglicht und ebenfalls erfasst, wenn neue Nachrichten oder Beiträge eintreffen. Hilfreich ist diese Funktion vor allem dann, wenn der Nutzer sich nicht auf seiner Übersichtsseite befindet.

The screenshot displays the RehaTalk user interface. At the top, there is a navigation bar with the RehaTalk logo, a search icon, and the user's name 'Karsten M.'. Below this is a sidebar menu with options like 'Übersicht', 'Über mich', 'Freunde', 'Infobereich', 'Forum', 'Chats', 'Gruppen', 'Aktivitäten', 'Online-Seminare', and 'Übungen'. The main content area features a welcome message, a 'Neue Beiträge' section with dropdowns for 'Meine Foren', 'Meine Aktivitäten', 'Meine Online-Seminare', and 'Meine Übungen', and a 'Freunde' section. There is also an 'Infobereich' section with a 'Zum Infobereich' button. At the bottom, there are four green buttons for 'Frag den Therapeuten', 'Frag den Moderator', and 'Frag den Techniker', each with a 'Zur Liste mit...' link. The footer contains the logo of Deutsche Rentenversicherung, links for 'AGB', 'Kontakt', 'Datenschutz', and 'Impressum', and a copyright notice for Doreen Wienholz.

Hinweis: Das Menü bleibt immer im Sichtfeld des Benutzers. Das heißt, dass nur der Inhaltsbereich scrollt, das Menü bleibt fix. Dies kann hier leider nicht simuliert werden.

Im Bereich „Über mich“ wurde die Tagebuchfunktion subsummiert, die über den Button „alles anzeigen“ eingesehen und bearbeitet werden kann. Zusätzlich kann über den ausklappbaren Pfeil neben dem Namen am rechten Bildrand ein Menü aufgerufen werden, unter denen sich bearbeitbare Profilinformationen und Einstellungen (z.B. zur Privatsphäre) befinden und Filter für die Themenbereiche, die den Nutzer interessieren. Damit kann er die die Plattform auf seine persönlichen Bedürfnisse zuschneiden.

Am unteren Bildrand befinden sich die möglichen Ansprechpartner unterteilt nach Profession. Je nach Auswahl kommt man zu einer Liste, die Angaben zu Namen, Telefonnummern und E-Mail-Adressen mit der jeweiligen Erreichbarkeit und Region enthält.

Bei Problemen mit der Webseite, werden die Nutzer vorerst an eine Unterseite mit Hinweisen zur Benutzung der Seite via Tutorialvideos oder Beschreibungen weitergeleitet, damit bestehende Probleme möglichst selbstständig gelöst werden können, bevor ein Techniker involviert wird.

Hinweis: Das Menü bleibt immer im Sichtfeld des Benutzers. Das heißt, dass nur der Inhaltsbereich scrollt, das Menü bleibt fix. Dies kann hier leider nicht simuliert werden.

RehaTalk News Netiquette FAQ Über uns Notfall

Karsten M.

Hallo Karsten M., willkommen zurück.

Neue Nachrichten

- 5 Meine Chats
- 34 Meine Gruppen

Neue Beiträge

- 15 Meine Foren
- 2 Meine Aktivitäten
- Meine Online-Seminare
- Meine Übungen

Über mich Alles anzeigen

Mitglied seit: 18. Sep 2018
Beiträge: 5
Letzte Aktivität: 21. Jan 2021

Freunde Alle anzeigen

Rita L. Vanessa H. Hartmuth E. Anne N. Gabi D.

Infobereich

Hier finden Sie eine Vielzahl an Informationen zum Reha-Prozess, Leitfäden und weiterführende Links u.a. zu regionalen Unterstützungsangeboten

Zum Infobereich →

Sie brauchen Unterstützung?

- Frag den Doc
Zur Liste mit Ärzten →
- Frag den Therapeuten
Zur Liste mit Therapeuten →
- Frag den Moderator
Zur Liste mit Moderatoren →
- Frag den Techniker
Hinweise zur Benützung der Seite →

Gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung

AGB Kontakt Datenschutz Impressum

© Design: Doreen Wienholz – maxmodus.de, 2020

Beispielhafter Forenverlauf aus einer geschlossenen Gruppe

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie sich ein möglicher Gesprächsverlauf im Gruppenbereich entwickeln könnte und dabei hilfreiche Unterstützung seitens der Online-Peers erhalten werden kann. Am rechten Seitenrand werden Angaben zu den ausgewählten Themenbereichen, Gruppen und Forenthemen angezeigt, auswählbar in „neueste“ und „populärste“ sowie „aktive“, also die, an denen der Nutzer teilnimmt.

News Netiquette FAQ Über uns Notfall

🔍 👤 Karsten M. ▾

Startseite > Forum > Meine Gruppen > Depressive Radfahrer Köpenick > Probleme mit Arbeitgeber

- ☰
- 🏠
- 👤
- 📄
- 📄 15
- 📄 5
- 👤 34
- 📄 2
- 📄
- 📄

MEINE GRUPPE: Depressive Radfahrer Köpenick

Probleme mit Arbeitgeber

Karsten M.
03. JUN 2020, 17:50

Hey ihr Lieben. Ich hatte heute ein Gespräch mit meinem Chef. Ihr wisst ja, dass ich mich eigentlich ganz wohl fühle in meinem Job. Aber nun spreche ich den schon seit der Reha an, dass ich in diesem Großraumbüro nicht klar komme. Die vielen Monate meiner Bemühungen haben aber nichts geholfen. Er gibt mir einfach kein eigenes Büro. Was kann ich eurer Meinung nach noch machen? Ich denke schon wieder drüber nach, meinen Job zu kündigen. Der begreift einfach nicht, wie schwer das für mich ist... 😞

#1

Rita L.
03. JUN 2020, 18:11

Hey Karsten, ach mensch, das klingt ja nicht so gut und vor allem geht das ja jetzt auch schon wieder ewig. Persönlich fände ich es schade, einen Job zu kündigen, der an sich toll ist, nur weil der Chef sich verweigert und dann müsste ja auch ein neuer her. Habt ihr einen Betriebsrat in der Firma, der dir helfen könnte?

#1

Karsten M.
03. JUN 2020, 18:18

Das weiß ich gar nicht. Man wird ja immer so allein gelassen.

#2

Vanessa H.
03. JUN 2020, 18:28

Hey du, schön dich mal wieder hier zu sehen wie war dein Italienurlaub? Du, weißt ja sicherlich noch, dass ich ein ähnliches Problem hatte. Mir hat die Schwerbehindertenvertretung in meiner Firma da sehr weitergeholfen, die hat super vermittelt

#3

Rita L.
03. JUN 2020, 18:35

Das wäre auch noch eine Möglichkeit, falls das auf dich zutrifft. Frag doch am besten mal deine Kollegen, ob ihr so etwas habt. Vielleicht gibt es ja einen Flyer oder so.

#4

Hartmuth E.
03. JUN 2020, 18:28

Gut gemeinter Rat, wenn du seit längerer Zeit kein Feedback bekommst, deine Wünsche und dein Zustand nicht berücksichtigt werden, suche dir einen neuen Job und spare dir den Stress. Mir hat's geholfen.
VG Hartmut

#5

Anne N.
03. JUN 2020, 18:27

Ja, ein guter Vorschlag. Ich finde auch, wenn die Probleme mit deinem Chef und dem Büro lange Zeit nicht gelöst wurden, suche dir doch einen neuen Job. Aber was du jedoch nicht ignorieren kannst, ist, dass du in deinem zukünftigen Job möglicherweise immer noch auf dieselben oder ähnliche Probleme stoßen kannst. Ich habe es auch einmal erlebt.

Ich schlage dir daher vor, wenn du wirklich deinen Job kündigen möchtest, ist es am besten, im Voraus privat mit deinen Kollegen zu sprechen und deren Vorschläge anzuhören. Wenn du die Möglichkeit hast, wende dich am besten an dem Betriebsrat, damit du in der Zukunft schneller eine cleverere und bequemere Lösung finden kannst, wenn du wieder auf eine ähnliche Situation stößt. 😊

#6

Karsten M.
04. JUN 2020, 21:09

Ich war heute wieder auf der Arbeit und hab mich mal umgehört. An den Betriebsrat komme ich nicht ran. Der sitzt gleich im Nachbarbüro von meinem Chef. Ich traue mich da gerade nicht mal in die Nähe. Ich habe aber mit Rolf gesprochen. Der sitzt gleich neben mir und wir verstehen uns gut. Der meint, er würde mich unterstützen. Ich möchte ihn da aber nicht mit reinziehen. Was soll ich nun tun? Zum Glück ist ja morgen erstmal Wochenende. Ich würde gern mal wieder schön Kaffee trinken gehen ... und einen Eisbecher essen. 😊 Meine Frau ist da ja leider nicht so für. Aber die versteht mich in letzter Zeit ja sowieso nicht mehr...

#7

1 2 3 ... 6 >

MEINE GRUPPEN

- 4 Brandenburgklinik
- 0 Depressive Radfahrer Köpenick
- 6 Kegelklub Müggelheim
- 2 Wir Abgänger vom Juni 2018
- 15 Depressionstagebuch, hilft es euch?
- 7 IRENA in Berlin

ALLE ANZEIGEN ▾

AUS MEINEN THEMENBEREICHEN

- THERAPIEÜTENSUCHE
- Psychotherapeuten in der Region 12-Berlin
18. JUN 2020
- DEPRESSIONEN
- Umgang mit Depressionen am Arbeitsplatz
29. MAI 2020
- PSYCHOPHARMAKA
- Erfahrungen mit Citalopram
26. MAI 2020

GRUPPEN

NEUESTE
AKTIV
POPULÄR

- Helmholtz-Klinik Neufahrland
VOR 2 TAGEN
- PsyRena Juli bis Oktober 2019 in Spandau
VOR 5 TAGEN
- Leben ohne Psychopharmaka
VOR 1 WOCHE
- magnatur, totate cusas
VOR 2 MONATEN

THEMEN

NEUESTE
POPULÄR

- Probleme mit Arbeitgeber
22.516 ANTWORTEN
- Was soll ich tun? Meine Therapie ...
20.387 ANTWORTEN
- Umgang mit Depressionen am Arbeitsplatz
18.848 ANTWORTEN
- Mein Antrag auf Therapieverläng ...
12.891 ANTWORTEN
- Erfahrungen mit Citalopram
12.891 ANTWORTEN

Sie brauchen Unterstützung?

Frag den Doc

Zur Liste mit Ärzten →

Frag den Therapeuten

Zur Liste mit Therapeuten →

Frag den Moderator

Zur Liste mit Moderatoren →

Frag den Techniker

Hinweise zur Benutzung der Seite →

Gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung

AGB
Kontakt
Datenschutz
Impressum

© Design: Doreen Wienholz – maxmodus.de, 2020

Hinweis: Das Menü bleibt immer im Sichtfeld des Benutzers. Das heißt nur der Inhalt wird gescrollt, das Menü bleibt sichtbar. Dies kann hier leider nicht simuliert werden..

In der folgenden Tabelle kann der restliche Gesprächsverlauf nachvollzogen werden.

Tabelle 16 Forenverlauf „Probleme mit Arbeitgeber“ der geschlossenen Gruppe „Depressive Radfahrer Köpenick“

Rita L.	05. Juni 2020, 14:26 Hallo ihr Lieben, entschuldigt, dass ich mich gestern nicht gemeldet habe! Musste mal wieder zum Arzt und wie immer war das gleich ein Tagesausflug und danach war ich total erledigt. Jedenfalls hab ich den Rüffel bekommen, dass ich mich mehr bewegen soll. Insofern fände ich es total super, wenn wir uns mal wieder treffen, alles besprechen und vielleicht können wir das ja gleich mit einer kleinen Fahrradtour oder einen Spaziergang verbinden?
Anne N.	05. Juni 2020, 14:44 Hallo ihr Lieben, ja, wenn man den ganzen Tag vor dem Computer sitzt, muss man sich natürlich mehr bewegen und entspannen. Vor einiger Zeit litt ich unter Rückenschmerzen aufgrund von Bewegungsmangel. Deshalb habe ich vor kurzem angefangen, jeden Tag 1 Stunde lang Workout zu machen. Übrigens finde ich deinen Vorschlag super, denn das Wetter ist in letzter Zeit sehr gut, wir können uns vielleicht in einem Park treffen. LG
Karsten M.	06. Juni 2020, 11:02 Ja das wäre super. Ich muss echt mal raus hier. Wie sieht es denn bei euch am Sonntag aus? Wir könnten uns im Stadtpark treffen und dann mit dem Rad zu Peppino am See fahren. Dort gibt es das beste Eis. Da können wir dann vielleicht mal etwas quatschen. Was meint ihr? Habt ihr Zeit? Ich würde mich wirklich freuen, euch alle auch mal wiederzusehen.
Rita L.	06. Juni 2020, 12:36 Ich bin dabei! Wie wäre es Sonntag 14 Uhr am großen Springbrunnen?
Anne N.	06. Juni 2020, 12:40 Dann bis dahin. LG
Vanessa H.	06. Juni 2020, 14:12 Ich kann da leider nicht, wünsche euch aber viel Spaß!
Hartmut. E.	06. Juni 2020, 16:53

	Klingt gut, bin dabei.
Karsten M.	06. Juni 2020, 20:18 Super, bis morgen
Karsten M.	08. Juni 2020, 18:45 Hey ihr Lieben. Habt vielen Dank für den schönen Tag gestern. Das hat mir wirklich gut getan. Ich habe heute wie wir es besprochen haben mit Rolf gesprochen. Der ist mit mir gleich zum Betriebsrat und wir haben zusammen beraten, wie wir mit der Situation umgehen. Ein eigenes Zimmer habe ich zwar immer noch nicht, aber ich fühle mich jetzt zumindest verstanden und habe Menschen, die mich unterstützen. DANKE EUCH!!! Vielleicht können wir solche Ausflüge wieder öfter gemeinsam machen, würde mich freuen 😊
Hartmut. E.	09. Juni 2020, 9:30 Hat gut getan mal wieder rauszukommen. War ein schöner Tag. Für unser nächstes Treffen bräuchte ich allerdings ein neues Rad. Ihr habt ja gesehen, wie es mir erging.
Vanessa H.	09. Juni 2020, 12:32 Hallo ihr Lieben, das hört sich nach einem tollen Tag an, Rita hatte mir da schon etwas drüber erzählt. Schade, dass ich nicht dabei sein konnte, aber der Familienausflug war auch sehr schön. @Karsten, schön dass du dich wieder wohler fühlst. Aber immer dran denken, Arbeit ist nicht alles, gönne dir ruhig mehr Auszeiten.
Rita L.	09.06.2020, 18:23 Ja war echt super. Vor allem die Entenfamilie bei Peppino. Jetzt wo du Unterstützung hast, bekommst du bestimmt bald dein Einzelbüro. Kopf hoch!!!
Anne N.	09. Juni 2020, 21:12 Mir hat es auch sehr gut getan, euch mal wieder zu sehen. Ich hatte heute einen echt krasen Tag. Da ist wieder ein Patient im Aufwachraum durchgedreht, weil er nicht wusste, wo er ist. Zum Glück hat er niemanden verletzt. Bei mir hat das aber leider wieder eine Angstattacke ausgelöst.
Vanessa H.	10. Juni 2020, 10:12

7.2. Beurteilung der Entwürfe (Fokusgruppe Phase 2)

Die 6. Fokusgruppe und die 13 E-Mail Rückantworten der Rehabilitanden thematisierten die vorherige Version des Designentwurfs. Dabei zeigt sich ein überaus positives Bild im Allgemeinen: *„Klasse! Respekt! Toller Entwurf.“* (Herr Münster) und *„Einerseits klar und sachlich, sehr anwenderfreundlich, so ausführlich wie nötig und knapp wie möglich formuliert, sodass die wichtigsten Funktionalitäten bestens erkennbar sind.“* (Frau Staub).

Die Farbwahl wird als passend wahrgenommen, auch im Bezug zur Rentenversicherung. Dabei ist einzelnen der gewählte Blauton zu dunkel: *„Der Hintergrund wirkt sehr dunkel, irgendwie anstrengend.“* (Herr Förster). Die Übersichtlichkeit wird als gegeben empfunden und die Aufteilung als gelungen. Ebenso konnten die Bilder überzeugen, wobei die grafische Darstellung positiv wirkt. Einzig das vermutliche Alter der Personen wird für die durchschnittlichen Rehabilitanden als zu jung wahrgenommen und sollte dahingehend ausgetauscht werden. Eine weitere Idee war, dass nach der Anmeldung ein Bild von der letzten Rehabilitationseinrichtung des Rehabilitanden angezeigt wird.

Bei den Texten kam es zu Anmerkungen bzgl. der Wortwahl, z.B. *„stabilisieren“* statt *„verstetigen“* oder *„füreinander“* statt *„wechselseitig“*. Insgesamt wurde die Sprache allerdings als *„einfach, klar verständlich, keine „Amts-/Formularsprache“ wie bspw. in Anträgen“* (Herr Hermann) angesehen. Der Hinweis auf die Kontakterhaltung und das neue Finden von Kontakten fehlte den Rehabilitanden. Die Schriften befinden sich im richtigen Spannungsverhältnis zwischen ernst und verspielt und wirken seriös. Die Ansprache wurde in der gegebenen Form als angemessen wahrgenommen. Während auf der Startseite zuerst das förmlichere „Sie“ verwendet wird, kommt es nach der Anmeldung zur persönlicheren Ansprache mittels Vornamen.

Bei den Anzeigen kam es zu ambivalenten Äußerungen seitens der Rehabilitanden. Für einige wirkten die statischen Rahmen überladen, für andere nicht. Als Kompromiss wurde eine Reduktion mittels einklappbarer Leisten, die sich nur bei Kontakt mit der Maus ausfahren, getroffen vor allem da das Aufrufen von Forum, Gruppen etc. auf allen Seiten gewünscht wird, ohne das auf die Startseite zurückgekehrt werden muss. Das Notfallsymbol wird positiv aufgenommen: *„Das herausstechende Symbol bei „Notfall“ ist auch gut gewählt. Es fällt direkt ins*

Auge ohne aufdringlich zu wirken. Klare Symbolwirkung und Wegweiser bei Notfällen, wo die Orientierung ggfs. eingeschränkt ist.“ (Herr Ernst).

Die Funktionen waren, bis auf die „Pinnwand“, auch ohne weitere Erklärungen verständlich. Da die Tagebuchfunktion lediglich als individuelles Zusatzangebot angesehen wurde und einige Rehabilitanden es ausschließlich privat für sich führen wollen, wird diese in den „Über mich“-Bereich subsummiert. Gewünscht wurde dabei eine Aufschlüsselung in verschiedene Tagebuchformen z. B für Ernährung oder Stimmung oder eine Mischung aus vorgefertigten Fragen und der Möglichkeit des Freitextes.

Als Anmerkung zur Suchfunktion wurde darauf hingewiesen, diese nicht über die Postleitzahl, sondern als Entfernungsangabe vorzunehmen, damit auch wirklich Kontakte und Angebote in der Nähe gefunden werden können.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde der vorherige Designentwurf weitestgehend überarbeitet (s. Kap. 7.1). Lediglich die Bilder der Startseite wurden noch nicht an die Zielgruppe angepasst. Das wird bei Erstellung der Plattform berücksichtigt.

8. Synopse

Wie zu Beginn des Berichts schon thematisiert soll an dieser Stelle nochmals betont werden, dass es eine inhaltliche Differenz zwischen Peer-Unterstützung und Peer-Counseling gibt. Bei letzterem werden Peers von Professionellen geschult und auf ihre Aufgabe im entsprechenden Feld vorbereitet und werden damit zu *geschulten* „Experten in eigener Sache“. Dies ist auf unserer Plattform nicht angestrebt; hier liegt der Fokus vielmehr auf der gegenseitigen Unterstützung ehemaliger Rehabilitanden, die auf einen gemeinsamen Erfahrungsraum zurückgreifen und sich untereinander virtuell (und bei Wunsch auch real) austauschen und unterstützen können. Im weiteren Sinne handelt es sich dabei um eine spezielle Form der Selbsthilfe, der konzeptionelle und inhaltliche Schwerpunkt liegt aber auf der *Nachsorge*, insbesondere auf der Verstetigung in der Reha gelernter Strategien und Handlungsmuster und ihre Überführung in den Alltag. Eine weitere Besonderheit der hier konzipierten Peer-Nachsorge im Unterschied zu den klassischen Selbsthilfegruppen liegt damit darin, dass nicht nur die gemeinsame Betroffenheit durch die Krankheit, sondern auch die gemeinsame Erfahrung der von allen gemeinsam durchlaufenen Rehabilitation und die dabei neu erlernten Bewältigungsmuster eine Verbindung zwischen den ehemaligen Rehabilitanden auf der einen und zur Reha-Klinik bzw. zur beruflichen Rehabilitationseinrichtung auf der anderen Seite herstellen.

Die gegenseitige soziale Unterstützung, das Füreinander-Da-Sein unter den Rehabilitanden (emotionale Unterstützung) und die Gemeinschaft der „Leidensgefährten“ (soziale Einbindung) stellen in Verbindung mit Eigenaktivität in Form der Selbsthilfe/Peer-Unterstützung einen wichtigen und therapiebegleitenden Aspekt bei der nachhaltigen Wirksamkeit der Rehabilitation dar. Dies bestätigt sich auch in den Ergebnissen unserer Konzeptphase und in bereits von uns abgeschlossenen Studien mit beruflichen und medizinischen Rehabilitanden (vgl. Kardorff et al., 2016; Kardorff et al., 2019).

Auch die von uns befragten Experten aus Wissenschaft und Praxis weisen explizit auf die Relevanz der sozialen und emotionalen Unterstützung sowie der sozialen Einbindung für eine gelingende Krankheitsbearbeitung und einen nachhaltigen RTW-Erfolg hin. Aus unserer Fragebogenerhebung geht hervor, dass sich einige medizinische Rehabilitanden und sogar knapp 1/3 der beruflichen Rehabilitanden darüber hinaus seitens der Reha-Einrichtung *Unterstützung beim Austausch mit anderen Rehabilitanden* gewünscht hätten. Dies kann mehrere Ursachen haben, wie etwa das Gefühl, nicht Teil einer Gruppe zu sein, oder auch aufkommende

Konflikte in bestehenden Gruppen; zudem sind die Gruppenangebote in der medizinischen Rehabilitation um einen thematischen Kern zentriert, an dem alle Rehabilitanden teilnehmen sollen, was nicht automatisch die Gruppendynamik systematisch einbezieht. Grundlegend weist der oben zitierte Wunsch auf einen wichtigen Gesichtspunkt der Peer-Unterstützung bereits während der Reha-Maßnahme hin: Soziale Unterstützung zwischen den Rehabilitanden in Eigenregie und ohne externe Rahmung kann an ihre Grenzen stoßen, mitunter zu Marginalisierung einzelner Hilfebedürftiger, insbesondere gesundheitlich stark belasteter Menschen führen. Dadurch entstandene Konflikte können mit Hilfe einer Moderation geschlichtet werden; in den geschlossenen Chatgruppen können die Teilnehmer eine eigene Kommunikationsform finden, in der auch neu auftretenden Probleme in einem geschützten Rahmen besprochen werden können. Die externe Seite der Plattform gibt Anregungen zu Aktivitäten und zur Informationsgewinnung und bietet den Teilnehmenden vielfältige Wahlmöglichkeiten für den Umfang ihres Engagements.

8.1. Bedarf

Insbesondere bei der Aufrechterhaltung der Kontakte und des wechselseitigen Austauschs im Nachgang der Reha wird ein entsprechender Bedarf an einer Peer-Unterstützung bislang vernachlässigt. Zwar können existierende Nachsorgeangebote den Austausch auf einem institutionalisierten und moderierten Weg weiter fortführen; sie sind jedoch zeitlich begrenzt und nicht alle Rehabilitanden finden, z.B. wegen regional fehlender Angebote oder Problemen im Zeitmanagement nach der Reha, einen Zugang zur medizinischen Nachsorge; dies belegen auch die Ergebnisse unserer Konzeptphase. Wenig verwunderlich scheint es daher, dass sich die Rehabilitanden davon unabhängig selbst vernetzen. Vermehrt werden dabei kostenlose soziale Onlinedienste wie WhatsApp oder Facebook genutzt und mit persönlichen Treffen oder Telefonaten ergänzt. Die Möglichkeiten der individuellen Vernetzung stoßen jedoch an bestimmte Grenzen. Zunächst haben zahlreiche Rehabilitanden Bedenken bezüglich des Datenschutzes. Daher erfolgt die Kommunikation meist nur sehr eingeschränkt, um nicht zu viel persönliche oder heikle Informationen – z.B. über den eigenen Gesundheitszustand – preis zu geben. Aufgrund größerer räumlicher Distanz der einzelnen Gruppenteilnehmer sind persönliche Treffen häufig auch nicht möglich, weshalb gewünschte tiefergehende Gespräche nicht stattfinden können. Dies ist für Rehabilitanden insbesondere dann schmerzlich, wenn sie sich

innerhalb ihres sozialen Netzes (Familie, Freunde, Arbeitskollegen) nicht zu gesundheitsbezogenen Themen, zum Arbeiten mit bedingter Gesundheit, zur Verstetigung der in der Reha erlernten Strategien usw. austauschen können bzw. dort auch auf Akzeptanzprobleme oder andere Hemmschwellen stoßen. Zum anderen führen technische Probleme, etwa der Verlust des Smartphones und der Kontaktadressen, zu einem ungewollten und abrupten Kontaktverlust. Weiter lässt sich auch ein allmähliches Ausschleichen des Kontaktinteresses einzelner Gruppenteilnehmer im Laufe der Zeit konstatieren; meist bleiben die Rehabilitanden, die sich gesundheitlich noch stark belastet fühlen, nach ihrer Reha ohne soziale Unterstützung und Einbindung außerhalb der Familie zurück. Diese Personen, wie auch die Rehabilitanden, die es während der Maßnahme versäumt haben, ihre Kontakte in die Zeit nach der Reha zu transferieren (z.B. Austausch der Handynummern), zählen zu der Gruppe unserer Fragebogenerhebung, die angibt sich wieder Kontakt zu anderen Personen mit ähnlichen gesundheitlichen Beschwerden oder beruflichen bzw. privaten Problemlagen zu wünschen. Je nach Indikation sind das zwischen 10,3 und 22% der Befragten.

Die Ergebnisse der Konzeptphase weisen darauf hin, dass die von uns konzipierte Onlineplattform ein wertvolles zusätzliches Instrument zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs sein kann. Die Onlineplattform stellt dabei keine Alternative oder Konkurrenz zu vorhandenen (medizinischen) Nachsorgeangeboten dar, sondern soll vielmehr eine zusätzliche begleitende Maßnahme sein, die die Verstetigung des *Peer-Ansatzes* in den Blick nimmt, der bereits im Rahmen der Reha einen wertvollen begleitenden Effekt für die individuelle Krankheitsbearbeitung und für den RTW besitzt. Der Onlineplattform könnte es dabei gelingen, vorhandene systematische Schwachstellen der bislang gängigen Aufrechterhaltung von Kontakten über kostenlose soziale Netzwerke abzufedern und somit negative Effekte wie Verlust, Ausschluss oder Stigmatisierung zu minimieren. Insbesondere kann der Bezug zur absolvierten Reha-Maßnahme und zu den ehemaligen Mitrehabilitanden (Peers) sowie zu der Einrichtung, in der die Maßnahme stattgefunden hat, aufrecht erhalten werden. Durch diese Rahmung wird zugleich die Verbindung mit den Erfahrungen in der Rehabilitation und dem dort vermittelten Wissen hergestellt.

Die Nutzung der Onlineplattform bietet mit der Verstetigung des *Peer-Ansatzes* etwa die Möglichkeit, verbleibende Vulnerabilitäten und Beeinträchtigungen über den intensiven Austausch mit anderen Personen in ähnlichen Konstellationen abzufedern. Dies bedeutet nicht,

dass mit dem Austausch therapeutische Angebote ersetzt werden könnten oder sollten. Vielmehr stellt die Onlineplattform ein zusätzliches und begleitendes Angebot zur Verfügung, das die Möglichkeit bietet, von anderen Personen in der gesundheitsbelastenden Lage wahr- und ernstgenommen zu werden, sich untereinander austauschen, zu informieren, zu beraten und sich gegenseitig zu ermutigen. Wie anhand unserer Fragebogenerhebung deutlich wird, fällt die Beurteilung des Gesundheitszustands nach der medizinischen Reha bei immerhin 27,7% der Rehabilitanden negativ aus; bei den beruflichen Rehabilitanden trifft dies sogar auf 37,7% zu. Noch weit mehr wird das hohe Potential erneut auftretender vulnerabler Situationen anhand der Zukunftseinschätzung unserer Befragten deutlich. Lediglich 35,2% der medizinischen Rehabilitanden gehen von einer gesundheitlichen Stabilität aus; 29,1% sind sehr unsicher, wie sich ihre weitere gesundheitliche Weiterentwicklung gestalten wird; dies betrifft die beruflichen Rehabilitanden mit 31,8% noch stärker. Die berichteten Unsicherheiten sind stark geprägt von verbleibenden Gesundheitsproblemen und (Ängsten vor) gesundheitlichen Verschlechterungen sowie vor allem von den eigenen Rückkehrerfahrungen aus der Reha, einer Situation in der sich Prioritäten wieder verschieben und auch alte gesundheitsschädigende Muster (etwa Ernährung, Bewegung, Belastungen) erneut wiederkehren. Gerade in dieser Situation kann ein Austausch mit anderen ähnlich belasteten Personen positiv wirken. Insbesondere wenn die soziale Unterstützung in der Familie nicht ausreicht, kann die Kommunikation im Sinne des Peer-Ansatzes positiv auf das eigene Gesundheitserleben wirken, wie die Ergebnisse aus unseren Fokusgruppen nahelegen.

Der Austausch über die Foren und die Informationsseite der Onlineplattform könnte auch in der Kombination zu bestehenden Nachsorgeangeboten positive Effekte entwickeln. So berichten unsere Befragten z.B. davon, dass die in der Klinik vorgestellten Nachsorgeangebote nicht als individuell passend empfunden werden, dass die eigene Recherche bezüglich vorhandener Nachsorgeangebote häufig erfolglos bleibt, weil entweder die Webseiten als nicht vertrauenswürdig bewertet oder ihnen fehlende Seriosität unterstellt wird oder dass ganz einfach zu wenig Wissen über Nachsorgeangebote und -anspruch besteht. Die Onlineplattform kann hier die Möglichkeit anbieten, sich individuell über Nachsorgeangebote auf der Informationsseite zu informieren oder sich mit anderen über vorhandene Angebote auszutauschen. Einen weiteren positiven Effekt kann die Onlineplattform bezüglich der Nachsorge als eine Art Überbrückung und Übergangsschonraum entwickeln. Ein *lückenloser Übergang von der Reha-Einrichtung in ein Nachsorgeprogramm* ist vielen Rehabilitanden sehr wichtig. Dieser wird oft, z.B.

aufgrund von Wartezeiten, als blockiert erlebt, da kein Platz angeboten werden kann oder Terminprobleme bei der Rückkehr in den Alltag das Leben prägen. In der Zeit des Übergangs hält die Onlineplattform die Chance des weiteren Austauschs mit anderen ehemaligen Rehabilitanden bereit, der mit der medizinischen Nachsorge assoziiert ist; damit kann also z.B. die Wartezeit auf IRENA, in der es zu gesundheitlichen Verschlechterungen kommen kann, in ihrer negativen Wirkung auf die Verstetigung des Rehabilitationserfolgs abgemildert werden.

Wie unsere Ergebnisse zeigen, kann die Rückkehr in Arbeit nach der Reha auch mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden einhergehen. So sind lediglich 61,5% der medizinischen und nur 56,4% der beruflichen Rehabilitanden nach ihrer Rückkehr in den Berufsalltag zufrieden mit der eigenen Situation am Arbeitsplatz. Während sich die meisten Befragten von ihren Kollegen gut aufgenommen fühlen, sind es vor allem Konflikte mit den Vorgesetzten und deren oft fehlendes Verständnis für die Situation der Betroffenen, die sich negativ auf die Rückkehrerfahrungen auswirken. Diese Problemlagen deuten auf eine fehlende Angleichung der Arbeitsverhältnisse an die verbliebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz hin. Die Onlineplattform bietet bezüglich solcher negativen Erfahrungen bei der Rückkehr in Arbeit einen Rahmen und die Möglichkeit des Austauschs. Die Kommunikation unter den Rehabilitanden reicht dabei von Verständnis über Ratschläge eines verbesserten Umgangs bzw. der erleichternden Akzeptanz bis hin zu konkreten Vorbildratschlägen (Best Practice) der Veränderung der Verhältnisse am Arbeitsplatz. Darüber hinaus können Betroffene von anderen lernen, wie man aktiv Veränderungswünsche ansprechen kann, etwa neue Pausenregelungen, technische Hilfen am Arbeitsplatz etc. und dazu ermutigt werden. Für einen Teil der beruflichen Rehabilitanden steht auch die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz im Anschluss der Reha im Vordergrund; immerhin sind 30% unserer Befragten zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos, das kann direkt, 6 oder 12 Monate nach dem Ende der Maßnahme der Fall sein. In diesen Fällen können über die Onlineplattform seitens der vernetzten Rehabilitanden konkrete Stellenangebote kommuniziert, aber auch Arbeitgeber empfohlen und Hilfestellungen bei der Bewerbung sowie bei der beruflichen Neuausrichtung gegeben werden. Besonders auffällig ist bei der Rückkehr in Arbeit sowohl bei den medizinischen als auch den beruflichen Rehabilitanden die schon angesprochene verbleibende Unsicherheit, ob die eigene Leistungs- und Belastungsfähigkeit ausreicht, ob die offene Thematisierung von Problemen und Wünschen am Arbeitsplatz angenommen werden kann oder ob es zu Stigmatisierungsprozessen oder sogar zu einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses

kommt. Über ein Drittel der Befragten ist sich bezüglich ihrer beruflichen Zukunft noch unsicher. Der Peer-Ansatz hilft auch hier bei der beruflichen Perspektiventwicklung bzw. -erhaltung (z.B. Vermeidung von Resignation) mit der Möglichkeit, der kommunikativen Aufarbeitung der individuellen Probleme mit anderen Personen in ähnlichen Konstellationen.

8.2. Inanspruchnahme

Die Relevanz und Gewichtung der von Beginn an vermuteten, durch Ergebnisse unserer Berlin-Brandenburg Studie an psychosomatischen Reha-Kliniken (Kardorff et al., 2019) bestätigten förderlichen Faktoren für die Verringerung von Vulnerabilitäten sowie für den RTW spiegeln sich in den Ergebnissen der Konzeptphase wider. Als besonders hilfreich empfinden unsere Studienteilnehmer den Austausch mit anderen Rehabilitanden unter folgenden Aspekten:

- Profitieren von den Erfahrungen der anderen (medizinische Rehabilitanden 69,1%; berufliche Rehabilitanden 58,6%)
- neuen Mut schöpfen (medizinische Rehabilitanden 57,4%; berufliche Rehabilitanden 59,6%)
- Relativierung der eigenen Beschwerden (medizinische Rehabilitanden 66,5%; berufliche Rehabilitanden 42,8%)
- Verbesserter Umgang mit der Krankheit (medizinische Rehabilitanden 61,6%; berufliche Rehabilitanden 54,9%)
- Zugewinn an Selbstvertrauen (medizinische Rehabilitanden 48,8%; berufliche Rehabilitanden 57,2%)
- lernen Alltagsprobleme anzusprechen (medizinische Rehabilitanden 55,7%; berufliche Rehabilitanden 57,3%)

Dementsprechend ist haben die Teilnehmer im Fragebogen bezüglich der eigenen Nutzungsinteressen der konzipierten Onlineplattform angegeben, sie für den Austausch über den Umgang mit Alltags- und Lebensproblemen (66,2%), die Aufrechterhaltung des Kontakts zu anderen Personen mit ähnlichen Beschwerden bzw. in ähnlichen Konstellationen (56,3%) und für die Teilnahme an gemeinsamen Unternehmungen (53,4%) in Anspruch nehmen zu wollen. Das Potential einer virtuellen Unterstützung durch Andere beim Übergang von der Rehabilitation in die alte oder neue Alltags- und Arbeitswirklichkeit scheint dabei für viele als interessante Möglichkeit, nicht zuletzt auch um neue Kontakte zu knüpfen. Aus den Fokusgruppen geht

hervor, dass zwar anfänglich eine gewisse Skepsis gegenüber bis dahin fremden Personen bestehen könnte, diese aber neben den Chats über spätere Telefonate oder Videostreams abgebaut werden könnte. Das Ermöglichen von Videostreams würde das Angebot zudem um die Einbindung von Online-Irena und -PsyRena Gruppen ergänzt werden können; die Plattform könnte damit auch multifunktional genutzt werden.

Vor allem ist es aber die Kommunikation selbst, egal ob nun zu neuen Personen oder bereits bekannten in den Chats und Foren, die als positiv von den Befragten hervorgehoben wird. Sie wird als soziale Unterstützung und als Stärkung sozialer Einbindung wahrgenommen, was sich aus Sicht der Befragten förderlich auf die Gesundheit und auch den RTW bzw. den Verbleib in Arbeit auswirken würde. Seitens der Studienteilnehmer werden vermehrt gesundheitsförderliche Aspekte angesprochen, die sich teils unmittelbar auf das Arbeitsleben auswirken. Dies bestätigen auch die Erfahrungen der Befragten mit Selbsthilfegeboten.

90% der medizinischen und immerhin noch 78% der beruflichen Rehabilitanden bewerten ihre Erfahrungen mit der Selbsthilfe als überwiegend positiv. 77% der medizinischen und 72% der beruflichen Rehabilitanden gaben basierend auf ihren bisherigen Erfahrungen an, zukünftig weiterhin Selbsthilfeangebote nutzen zu wollen. Auch hierbei stehen die Kommunikation, die emotionale Stützung, das entgegengebrachte Verständnis und die wechselseitige Beratung im Vordergrund.

Weiterhin weisen die Befragten ein erhebliches Interesse am *Informationsteil* der Onlineplattform auf. 68,7% möchten sich über weitere Rehabilitationsmöglichkeiten informieren und 56,7% sind an Informationen zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten interessiert. Ein weitere von den Befragten hervorgehobener wichtiger Aspekt ist ihre Kritik an der fehlenden Vertrauenswürdigkeit, Klarheit und dem Nutzen vieler von ihnen besuchter gesundheitsbezogener Informationsseiten im Internet. Hier kann unsere Onlineplattform qualitätsgesicherte Informationsangebote platzieren, etwa Links zu den Cochrane Seiten oder zu Angeboten der Rentenversicherungsträger und Angeboten vor Ort. Die Plattform ist so gestaltet, dass eine Aktualisierung seitens der Kliniken oder von Experten der Rentenversicherung vorgenommen werden kann.

Die Förderung des Peer-Ansatzes über internetbasierte Plattformen, wie das hier diskutierte Onlineangebot, erscheint nicht nur aufgrund der aktuellen Situation mit Corona als sinnvoll. Im Fragebogen haben 99,2% unserer Studienteilnehmer angegeben, das Internet zumindest

hin und wieder zu nutzen; damit ist eine beinahe flächendeckende Ausschöpfung durch die potenziellen Nutzer gewährleistet. Unsere Befragten nutzen das Internet hauptsächlich für die gezielte Suche nach Informationen (98%) und für die Kommunikation (61%); beides sind zentrale Bestandteile der von uns entwickelten Onlineplattform. In der Regel verwenden die Befragten Smartphones und Tablets (89,7%) sowie Notebooks und Desktop PCs (82,6%) als Endgeräte. Für beide Varianten ist ein passgenaues und barrierefreies Design vorgesehen.

8.3. Mitwirkungsbereitschaft

Zur Sicherstellung einer dauerhaften Finanzierung kämen grundsätzlich mehrere Kostenträger in Frage. Neben den Rentenversicherungsträgern könnten auch Krankenkassen, Unfallkassen, Reha-Kliniken, Arbeitgeberverbände und Stiftungen eingebunden werden, die nach der Ermittlung der laufenden Kosten einer Onlineplattform in Kooperation mit Mediendesignern im weiteren Projektverlauf erneut befragt werden sollen. Unter Berücksichtigung des erheblichen Kooperations- und Abstimmungsaufwands ist allerdings zu bedenken, dass mit Blick auf die Rehabilitation vielleicht zunächst nur die Rentenversicherungsträger und ggf. auch die Krankenkassen einzubeziehen wären. Innerhalb der Konzeptphase ergab die Befragung zur finanziellen Mitwirkungsbereitschaft ausgewählt angesprochener Reha-Träger ein durchwachsenes Bild. Die Bundesagentur für Arbeit reagierte ablehnend, da sie erstens keinen Mehrwert für sich erkennen kann und monierte zweitens das Fehlen einer konkreten Rechtsgrundlage, die sie für das Angebot der konzipierten Onlineplattform verpflichten würde. Ebenso schlossen die befragten Kliniken zunächst eine finanzielle Beteiligung aus. Hier sehen wir aber durchaus noch einen Verhandlungsspielraum. Deutliches Interesse signalisierten einige regionale Rentenversicherungsträger, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und eine Krankenkasse. Es fehlen aber aktuell noch konkrete Angaben zu anfallenden laufenden Kosten des Betriebs, zum Aufwand des Betriebs für eigenes Personal sowie über das Nutzungsverhalten – alles Aspekte, die erst in einer Erprobungsphase geklärt werden können. Die hier auf Basis unserer Befragungen gewonnenen Ergebnisse verweisen auf relevante Aspekte, waren jedoch nicht Gegenstand der *Konzeptphase*, sondern müssen Teil der *Umsetzungsphase* sein, da genaue Kennzahlen nur im laufenden Testbetrieb eruiert werden können. Von einer Krankenkasse (Barmer-Ersatzkasse) wurde ein unmittelbares Interesse an der Umsetzung der konzipierten Onlineplattform für einen bestimmten Teilbereich ihrer Rehabilitationsaufgaben artikuliert.

Die Klärung der Mitwirkungsbereitschaft ist nicht nur unter dem Aspekt der Finanzierung zu beachten, weil bereits für die Umsetzungsphase die Kooperation mit Reha-Einrichtungen und die Abstimmung von Detailfragen auf erforderliche Aushandlungsprozesse verweist, die unter Führung der Rentenversicherung vorgenommen werden müsste. Seitens der Rehakliniken ist die Bereitschaft der Teilnahme an der Erprobungsphase sehr hoch. Die Vergabe der Zugangs-codes, die Werbung bei den Versicherten für die Plattform in der Klinik sowie die Bereitschaft als Ansprechpartner – indikationsbezogen und regional – zur Verfügung zu stehen, wurde uns von den befragten Kliniken zugesichert; hierzu zählen unter anderem die Rehakliniken, deren Rehabilitanden die konzipierte Onlineplattform bereits in der Umsetzungsphase im Modellverlauf bereitgestellt wird (Zentrum für ambulante Rehabilitation [ZAR] in Berlin, Seehof Klinik in Teltow, Heinrich-Heine-Klinik in Potsdam Neufahrland, Strandklinik in Boltenhagen, Brandenburg Klinik in Bernau). Entsprechen der Auskünfte der befragten Experten können diese Aufgaben gut in den bestehenden Arbeitsalltag des Klinikpersonals integriert werden, insbesondere wenn mittelfristig eine Aufnahme der entsprechenden Tätigkeiten in die KTL erfolgen würde. Hierzu müsste eine Detailbeschreibung in einem Konsensprozess erarbeitet werden. Noch nachdrücklicher signalisierten die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ihre Kooperationsbereitschaft für die Umsetzungsphase; hier ist der Einbezug der Rehabilitanden des Berufsförderungswerks Berlin-Brandenburg geplant. Während zum Teil Krankenkassen und die DGUV bezüglich der Mitwirkung an der Finanzierung im Anschluss der Erprobungsphase zurückhaltend reagierten, werden von dieser Seite für die Umsetzungsphase andere Mitwirkungsangebote in Aussicht gestellt. So wird angeboten, Ansprechpartner für die Onlineplattform bereit zu stellen, an die sich die Rehabilitanden bei aufkommenden Fragen, z.B. zu bestimmten Therapieangeboten in der jeweiligen Region, wenden können.

8.4. Bedenken und verbleibende Unsicherheiten

Bedenken wurden von verschiedenen Seiten hauptsächlich zum *Datenschutz* aufgeworfen. Für den Betrieb der konzipierten Onlineplattform müssen zwei datenschutzrechtliche Aspekte gewährleistet werden: Erstens muss die Onlineplattform *unabhängig* vom Kostenträger betrieben werden, damit dieser keinen Zugriff auf sensible Nutzerdaten hat. Zweitens muss der Betrieb auf einem sicheren Server erfolgen, um einen Zugriff Dritter zu vermeiden. Hierzu gehören auch die durchgängige Wartung und Aktualisierung des Servers auf neueste Schutzmaßnahmen.

Weitere noch vorhandene Unsicherheiten beziehen sich vornehmlich auf den Mehrwert der Onlineplattform sowie auf das Nutzungsverhalten. Beides sind Aspekte, die *nicht* rein theoretisch vorab in der Konzeptphase geklärt werden konnten. Unserer Ergebnisse weisen zwar darauf hin, dass die Onlineplattform für die Rehabilitanden selbst aber auch für die Rehabilitation insgesamt über die Förderung der Verstetigung des Rehabilitationserfolgs einen Mehrwert erzeugen kann und dass ein hohes Nutzungsverhalten zu erwarten ist, doch lassen sich beide Aspekte konkret erst innerhalb des modellhaften Betriebs in der Umsetzungsphase klären: „*Muss man ausprobieren. Angebot schaffen.*“ (EXP1.11).

Die vorhandenen Unsicherheiten bestehen sowohl bei den Rehabilitanden als auch bei den Experten. Während 39,7% der befragten Rehabilitanden angeben, die konzipierte Onlineplattform gern in Anspruch zu nehmen, sind sich immerhin 40,3% noch unsicher. Diese Unsicherheit lässt sich angesichts der aktuell noch fehlenden Möglichkeit, die Plattform auszuprobieren, auch nicht beseitigen. Ein möglicher Mehrwert kann sich erst aus dem tatsächlichen Betrieb der Onlineplattform ergeben. In einem weiteren Expertengespräch wurde hierzu angeregt in die Erprobungsphase eine Nachbefragung mit einem Vergleich von Nutzern und Nichtnutzern zu integrieren. Hierzu wären etwa Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand, zur Beschäftigungssituation, zu Krankheitsverarbeitung und Alltagsbewältigung, zur beruflichen Leistungsfähigkeit und genutzten Nachsorgeangeboten nach Abschluss der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation zu stellen (vgl. auch Kapitel 9 „Empfehlungen“).

9. Empfehlungen zur Fortführung der zweiten Phase: Erprobungsstudie

Der Zwischenstand unseres Projektes legt eine Fortführung der Entwicklung der Onlineplattform nahe, da

- Ein großes Interesse der Rehabilitanden, vor allem in den Indikationsbereichen Onkologie und Psychosomatik, aber auch bei den anderen Indikationsgruppen (Herz-Kreislauferkrankungen, orthopädische Erkrankten) und insbesondere für berufliche Rehabilitanden besteht,
- eine positive Resonanz vieler Experten und Kliniken vorliegen,
- einige Reha-Träger ihre Bereitschaft zur Finanzierung im Regelbetrieb signalisiert haben und einige weitere eine finanzielle Beteiligung nicht ausschließen, wenn erst einmal die laufenden Kosten und Angaben über das Nutzungsverhalten vorliegen und
- ergänzend zu anderen, bereits bestehenden Nachsorgeangeboten, die Onlineplattform als niedrighschwellige und zeitlich unbegrenzte Maßnahme die Nachhaltigkeit der Rehabilitation weiter steigern kann.

Zur Klärung der Weiterführung des Projekts und der Präsentation der Hauptergebnisse ist bereits ein persönliches Gespräch mit der DRV Bund und anderen Rentenversicherungsträgern im März eingeleitet.

9.1. Modifikationen des ursprünglichen Konzepts

Die ursprünglich geplante Absicht, den Betrieb der Onlineplattform unabhängig von den Kostenträgern durchzuführen, wurde durch die Expertengespräche im Rahmen der Konzeptphase bestätigt und erhärtet. Ausdrücklich wurde dies unter dem Aspekt des Datenschutzes betont. Gleichfalls muss aber eine enge Verbindung zu den Kostenträgern (der Rentenversicherung) sichtbar bleiben, um die Seriosität hervorzuheben und damit den entscheidenden Unterschied zu anderen gesundheitsbezogenen Angeboten im Internet zu markieren, die weder zertifiziert sind noch den Trägervorgaben zum Datenschutz verpflichtet sind. Denkbar wäre die Organisation eines möglichen Regelbetriebs im Anschluss der Erprobungsphase über einen *gemeinnützigen Verein* unter regelmäßiger Datenschutzkontrolle des Trägers / der Träger. Der Be-

trieb über einen Verein würde zudem die Möglichkeit der Anwerbung von Stiftungs- oder Fördergeldern eröffnen. Weiterhin könnte die Chance auf Förderung für digitale Selbsthilfe aus Mitteln des SGB V (§ 20) zumindest für Teilaspekte der Plattform (z.B. geschlossene Gruppen) bestehen. Die Einrichtung eines Spendenkontos zur Finanzierung eines Teilbetrags ist ebenfalls denkbar, feste Mitgliedbeiträge sollten jedoch nicht erhoben werden.

Seitens der Klinikexperten, der regionalen Rentenversicherungsträger sowie von den Rehabilitanden der onkologischen Rehabilitation wurde ein früherer Zugang zur Onlineplattform angeregt, so dass auch die Vorbereitung auf die Rehabilitation bereits zu einer Kontaktaufnahme und zu einem Austausch über Informationen und Erwartungen genutzt werden könnte. Eine Anpassung der Plattform an diese Empfehlung wäre problemlos umsetzbar. Eine Zugangsmöglichkeit bereits vor dem Beginn der Reha-Maßnahme wurde von einem Teil der befragten Experten empfohlen, andere Experten plädierten dafür, den Zugang erst während der Rehabilitation zu ermöglichen. Grundlage der erstgenannten Empfehlungen ist, dass den Rehabilitanden bereits vor der Reha Kontaktmöglichkeiten zu Ärzten, Psychologen, Reha-Beratern oder Sozialarbeitern bereitgestellt werden könnten bzw. dass sich bereits während der Reha die Gruppen der Rehabilitanden auch online austauschen könnten. Wir empfehlen daher für die Umsetzungsphase verschiedene Zugangszeitpunkte zu testen, um den bestmöglichen Zugangsweg für die Zielgruppe zu klären.

Alle befragten Experten haben einstimmig für eine *Moderation der Onlineplattform* plädiert. Zumindest für die offenen Foren sollten Moderatoren/innen bereit stehen, um bei entstehenden Konflikten oder der Verletzung der Netiquette frühzeitig eingreifen zu können. In der Erprobungsphase müsste jede beteiligte Reha-Klinik einen Moderator als auch einen fachlichen Ansprechpartner (z.B. IT, Medizin, Therapie) zur Verfügung stellen. Deren Inanspruchnahme sollte über den Multiplikatoreneffekt gering ausfallen (Antworten auf bestimmte Nachfragen können von den Rehabilitanden mit in die Chats, Gruppen und Foren weitergetragen werden).

Angeregt wurde während der Konzeptphase die Bereitstellung zusätzlicher Angebote auf der Onlineplattform. Von *Experten/innen* wurde z.B. empfohlen, Übungen zur Achtsamkeit oder Entspannung mit einzubinden oder einen Reminder für Medikamente und Termine sowie ein Stimmungstagebuch. In den *Fokusgruppen* trafen diese Zusatzangebote hingegen nur auf begrenztes Interesse. Viel stärker wurde dort die *Einbindung möglicher Videogespräche* favorisiert, die z.B. bei neuen Kontaktaufnahmen in der Plattform einen Übergang von reinen Onlinekontakten in analoge Kontakte (z.B. gemeinsame Freizeitaktivitäten) fördern könnten. Das

Ermöglichen und die Bereitstellung von Videostreams würde das Angebot zudem um die Einbindung von Online-Irena und PsyRena Gruppen ergänzen, insofern das von den Rehabilitanden gewünscht wird.

Die individuelle Gestaltungsmöglichkeit des eigenen Profils bzw. der persönlich in Anspruch genommenen Angebote und die gleichzeitige Übersichtlichkeit ist für viele Teilnehmer der Fokusgruppen ein wichtiges Anliegen. Der von uns entwickelte und über ein aktives Partizipationsverfahren die Wünsche der Befragten einbeziehende Entwurf der Plattform wurde begrüßt und positiv bewertet: nach Meinung der Befragten entspricht er den auch von ihnen formulierten Anforderungen. In der Umsetzungsphase ist es dabei aber zugleich bedeutsam, auf die Bedarfe der unterschiedlichen Zielgruppen differenziert einzugehen. Dabei sollte es zunächst eine Einteilung in die übergreifenden Bereiche *Informationen*, *offene Foren* und *geschlossene Gruppen* erfolgen. Bei der Einteilung der offenen Foren wird eine *Aufteilung in medizinische und berufliche Rehabilitanden* präferiert. Während die beruflichen Rehabilitanden eine weitere Unterteilung nach Themen bevorzugen, da die Krankheit bei ihnen nicht mehr im Vordergrund steht, sondern vielmehr der Umgang mit der Krankheit in der Arbeit, wünschen sich die medizinischen Rehabilitanden eine Einteilung nach Diagnosegruppen.

9.2. Stufenweiser Aufbau der Plattform in der Erprobungsphase

Für die modellhafte Erprobung in der Umsetzungsphase folgen wir den Empfehlungen der Experten, den Betrieb zunächst auf vier ausgewählte medizinische Rehabilitationseinrichtungen zu beschränken und erst im weiteren Verlauf die Plattform für weitere, neue Rehabilitationseinrichtungen sowie Indikationsbereiche zu öffnen. Nach unserer Vorstellung und dem ermittelten besonderen Bedarf soll die Nutzung der Onlineplattform bei zwei bis drei psychosomatischen Reha-Einrichtungen, einer kardiologischen und einer onkologischen Klinik sowie im Verlauf der Studie für berufliche Rehabilitanden an zwei BFWs modellhaft erprobt werden.

Gleichfalls wird auch die Plattform selbst Schritt für Schritt weiterentwickelt, um einerseits Kosten zu sparen und andererseits einen möglichst schnellen Erprobungsbetrieb zu ermöglichen. So werden zunächst die Kernbereiche *Forum*, *Chat* und *Informationsseite* auf Basis unseres Plattformentwurfs vorbereitet und zur Nutzung frei gegeben und zusätzliche Ergänzungen nach und nach implementiert und hinsichtlich der Inanspruchnahme evaluiert. Werden (kostenintensive) Angebote nur selten genutzt, werden sie wieder von der Plattform entfernt. Weiterführende zeitaufwändige und damit kostenintensive zusätzliche Funktionen können zu

Gunsten einer Preisanpassung erst einmal zurückgestellt werden. Weiterhin ist auch die technische Umsetzung in mehreren Schritten vorgesehen. Die Datensicherheit hat oberste Priorität; zudem ist die Webseite möglichst barrierefrei zu gestalten, wobei im Nutzungsverlauf geklärt werden muss, welche Anpassungen und in welchem Umfang (etwa für Blinde oder Gehörlose) schrittweise vorgenommen werden müssen. Eine Kostenkalkulation von ca. 155.000 € inkl. Serverkosten und Mehrwertsteuer erscheint bei der bisherigen Minimalversion realistisch, schließt die Entwicklung einer App aber erst einmal nicht mit ein und erfolgt über eine Ausschreibung mit Berücksichtigung der Entwicklungsdauer unter Einbezug des Designentwurfs, der Durchführung eines vorgeschalteten Workshops, Ausschöpfung der technischen Möglichkeiten zur Datensicherheit und der Sicherstellung einer weiteren Zusammenarbeit. Auf der Basis der Ergebnisse der Konzeptphase können gleichfalls andere vorab geplante Kosten reduziert werden. Es ergeben sich damit Änderungen in der ursprünglichen Kostenkalkulation, die folgende Tabelle veranschaulicht die neue Kostenaufstellung.

Tabelle 17 Kostenkalkulation Umsetzungsphase

Laufzeit: 36 Monate (Beginn 01.04.2021)	2021	2022	2023	2024	Summe
Wiss. Mitarbeiter (TVöD// E13, 50%)	27.750 €	37.000 €	37.000 €	9.250 €	111.000 €
Wiss. Mitarbeiter (TVöD// E13, 50%)	27.750 €	37.000 €	37.000 €	9.250 €	111.000 €
Studentische Hilfskräfte (2 je 40h/M)	6.750 €	9.000 €	9.000€	2.250 €	27.000 €
Personal insgesamt					249.000 €
Verbrauchsmaterialien					2.400 €
Reisekosten					9.000 €
Druckkosten					500 €
Geräte (keine Grundausstattung)					1.000 €

Aufträge Dritte (Erstellung der Plattform ³³ , Expertise, Zertifizierung)	155.000 €
Gesamt	416.900 €
+ 20% Overheadkosten	52.380 €
GESAMTSUMME	469.280 €

Die Kalkulation der konkreten Kosten und des benötigten Personals für einen Regelbetrieb sind Gegenstand der Erprobungsphase. Große Teile dieser Aufgaben werden zunächst von den wissenschaftlichen Mitarbeitern übernommen (z.B. Erstellung von Tutorialvideos oder ggf. Schulung der Rehabilitanden und Leistungserbringer zur Nutzung der Plattform, Aufarbeiten des Informationsteils) und verursachen in der Erprobungsphase geringe Zusatzkosten für die beteiligten Einrichtungen. Die Erprobungsphase dient dazu, den Aufwand eines denkbaren Regelbetriebs einzuschätzen und Leitlinien für zukünftiges Personal zu erarbeiten, unter anderem ein Anforderungsprofil zur Moderation (vgl. z.B. Quenzer, 2018; Brunner et al., 2011; Kühne, 2011; Wolf & Bauer, 2008).

³³ Die Kosten beziehen sich auf Erstellung einer responsiven Webseite, die sowohl am PC als auch am Smartphone benutzt werden kann.

9.3. Durchführung und Inhalte der Umsetzungsphase

Die Umsetzungsphase sollte zeitnah beginnen und würde von der BWS fortgesetzt. Die aktualisierten Zeit- und Kostenpläne beziehen sich auf einen Projektbeginn im April 2021³⁴.

Abbildung 17 Zeitplan Modellphase

2021												2022												2023												2024		
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
Projekt-vorberei-tung			Daten-schutz						Projekt-beirat			Be-richt			Modifikation Onlineplattform						Projekt-beirat			Be-richt			Modifikation Onlineplattform						Projekt-beirat			Endbe-richt		
												Rekrutierung der Nutzer																										
			Workshop & Erstellung der Plattform			Daten-schutz						Testphase			Betrieb der Plattform																							
																								Evaluation														
																								Fokusgruppen						Fokusgruppen								
												Experteninterviews																										
																								Sekundärdatenanalyse														

³⁴ Wir haben hier den Beginn der Umsetzungsphase mit der im Ursprungsantrag vorgesehenen Zeitperspektive mit einem zeitnahen Anschluss versehen; da sich der Beginn einer möglichen zweiten Phase aber aus verschiedenen Gründen verzögert, verschieben sich in der Folge dementsprechend die geplanten Monate für die Ausgabenpositionen aus Tabelle 17 und für die einzelnen Arbeitsschritte aus Abbildung 17. Die einzelnen Arbeitsschritte, der gesamte Zeitbedarf und der Gesamtbeitrag bleiben aber bei einem späteren Beginn identisch.

Da bereits gute Kontakte bestehen, kommen als mögliche Kooperationspartner für die ausgewählten Indikationsgruppen für die psychosomatische Rehabilitation die Heinrich-Heine Klinik Neufahrland in Potsdam, das Zentrum für ambulante Rehabilitation in Berlin (ZAR) oder das Reha-Zentrum Seehof in Frage. Für die kardiologische Rehabilitation bietet sich die Brandenburg Klinik Berlin-Brandenburg an und die Onkologie die Strandklinik in Boltenhagen an. Für den weiteren Verlauf und die Einbindung der beruflichen Rehabilitation ist eine Zusammenarbeit mit dem BFW Berlin Brandenburg vorgesehen, zu dem es bereits Kontakt über frühere Projekte gibt sowie dem BFW Thüringen, das ein starkes Interesse bekundet hat. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen werden im Falle der Bewilligung einer Fortführung des Projekts (Erprobungsphase) umgehend eingeholt.

Für die Kliniken ergeben sich zu Beginn folgende technische und inhaltliche Aufgaben:

- Die Ausgabe des Zugangscodes im Rahmen der stattfindenden Informationsveranstaltungen zur Nachsorge (Zu Beginn sollte das Forscherteam die Vorstellung der Seite evtl. selbst übernehmen oder dem Personal die nötigen Informationen ausgeben.)
- Stellen von medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Ansprechpartnern für Anfragen über Telefon und E-Mail im Rahmen der Klinikmöglichkeiten und zu festen Zeiten.
- Überprüfen der redaktionellen Inhalte im Informationsteil der Plattform bzw. ggf. Beteiligung an der Erstellung der Informationen zu der jeweiligen Reha-Einrichtung.

Für die DRV selbst ergeben sich daran angelehnt ähnliche Aufgaben: die Ausgabe eines Zugangscodes im Nachlauf der Reha-Maßnahme bei Personen, die erst im Nachhinein teilnehmen möchten, Stellen von Personal für die Beantwortung von Fragen und ggf. Überprüfen redaktioneller Inhalte.

Damit können in der Erprobungsphase Verantwortlichkeiten und Ansprechpartner festgelegt werden, die für eine Verstetigung des Projekts notwendig sind. Dabei liegt das Projekt zunächst weiterhin in der (finanziellen) Verantwortung der DRV, die Verlaufsverantwortung jedoch bei den Kliniken, was vor allem dann zum Tragen kommt, wenn keine wissenschaftliche Begleitung mehr stattfindet.

Inhalte der Erprobungsphase sind neben der Erstellung und Testung der Onlineplattform in Zusammenarbeit mit den Kliniken und der Konzeption einer dauerhaften finanziellen Sicherstellung des Projekts die wissenschaftliche Evaluation und Begleitung wie bereits im Antrag erläutert wurde. Insbesondere geht es dabei um die

- Akzeptanz und Nutzung des neuen Angebots,
- Bewertung des subjektiven Nutzens durch die Teilnehmer und
- Weiterentwicklung des Angebots im zeitlichen Verlauf.

Als Zusatzangebot zur Untersuchung der Wirksamkeit, das aus Expertengesprächen mit der DRV entwickelt wurde, schlagen wir vor Effekte der Nutzung über einen Gruppenvergleich von Nutzern und Nicht-Nutzern innerhalb derselben Reha-Einrichtung z.B. nach einer einführenden Infoveranstaltung durch eine vergleichende Nachbefragung zu erheben. Parameter sind dabei die Lebensqualität, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und die subjektive Arbeitsfähigkeit. Für diese zusätzlichen und nicht eingeplanten Erhebungen und Analysen müssten weitere Kosten kalkuliert und veranschlagt werden. Definitiv sollte zumindest eine Zertifizierung des Angebots erfolgen, die bereits kostengünstig zu erwerben ist (z.B. HON-Code).

9.4. Zusätzliche Empfehlungen

Während unserer Gespräche mit den Rehabilitanden und Experten ergaben sich eine ganze Reihe Hinweise von Empfehlungen an die DRV, die über das Forschungsvorhaben hinausgehen und hier noch einmal in gebündelter Form angeführt werden.

- Die Teilnehmer an der medizinischen Rehabilitation wünschten sich eine regelhafte und befristete „Schonzeit“ nach der Reha, ein Regelangebot zu individuellen Nachsorgeempfehlungen in den Kliniken sowie die Möglichkeit eine zeitlich begrenzten Kontaktaufnahmemöglichkeit zum Klinikpersonal nach Beendigung der Reha-Maßnahme. Ebenso wurde der Einbezug psychologischer Einzel- und Gruppengespräche bei Indikationen außerhalb der Psychosomatik gewünscht.
- Die beruflichen Rehabilitanden wünschen sich, auch wenn die Einrichtungen das z.T. bereits machen, eine vermehrte individuelle Unterstützung bei der beruflichen Zukunftsplanung in Hinblick auf Arbeitsmarktchancen und gesundheitlichen Einschränkungen.

- Von den Leistungserbringern der bestehenden Nachsorgeangebote wurden als Verbesserungsvorschläge eine Anpassung der Vergütung für gezielte Nachsorgeangebote, die Aufnahme von Wassergymnastik in den Leistungskatalog von T-Rena und die Konzeption von T-Rena in Gruppensettings genannt.
- Die wissenschaftlichen Experten begrüßen die Schaffung einer Grundstruktur zur Datensicherung für gesundheitsbezogene Daten inklusive der Bereitstellung eines Servers sowie die Schaffung einer zentralisierten Nachsorgestelle mit Nachsorgecoaches innerhalb Deutschlands nach internationalem Vorbild (s. Kap. 6.2.1) sowie die Erstellung inhaltlicher Qualitäts- und Gütekriterien für internet- und mobilbasierte Interventionen und ggf. eines eigenen Prüfsiegels.
- Bzgl. der Sicherstellung einer dauerhaften Finanzierung von Onlineangeboten über die Projektdauer hinaus, wird die Überarbeitung der finanziellen Förderkonzepte empfohlen. Ganz konkret wurde die Homepage der DRV kritisiert. Dabei wurde vor allem die fehlende Übersichtlichkeit der Themen bemängelt. Ergänzend sollten Unterstützungsangebote der DRV für Arbeitgeber systematisch aufgeführt werden und ein offener Zugang zu den Abschlussberichten der geförderten Projekte angelegt werden.

9.5. Fazit

Die Ergebnisse unserer Konzeptphase spiegeln den Wunsch vieler Teilnehmer wider, den Kontakt zu anderen Rehabilitanden aufrechtzuerhalten. Aufgrund der großen Bedeutung des Austauschs und der gegenseitigen sozialen Unterstützung der Rehabilitanden untereinander für die Verstetigung des Rehabilitationserfolgs sowie dem daraus resultierenden positiven Einfluss auf den RTW- und SAW-Erfolg, empfehlen wir eine Umsetzung der konzipierten Onlineplattform als Modellprojekt beschränkt auf zunächst vier bis fünf Kliniken. Die im Rahmen der Konzeptphase entwickelten Modifikationen sollen dabei Berücksichtigung finden. Der Grundgedanke der niederschweligen und barrierefreien Kontaktmöglichkeit zu anderen ehemaligen Rehabilitanden im Sinne der „Peer-Nachsorge“ auf institutionalisiertem Weg sollte dabei weiterhin handlungsleitend bleiben. Das Nachsorgeprojekt Onlineplattform zielt insbesondere auf die Förderung der Eigenverantwortung und die gegenseitige Unterstützung bei der Umsetzung der aus der Reha mitgenommenen Erfahrungen. Eine Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs und der gesundheitlichen Situation nach der Rückkehr aus der Reha in Familie und

Arbeit soll damit gewährleistet werden. Der wechselseitige Erfahrungsaustausch soll das Thema der gesundheitlichen Selbstsorge verstetigen, bestehende Unsicherheiten, Misserfolge oder Probleme thematisiert und ggf. auch durch Rückfragen mit Hilfe der Fachkräfte der involvierten Kliniken bearbeitet werden können.

10. Literaturverzeichnis

- afgis e.V. (6. November 2019). *Transparenzkriterien*. <https://www.afgis.de/qualitaetslogo/transparenzkriterien>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- afgis e.V. (30. April 2020). *Von der Anmeldung zur Prüfung bis zum Qualitätslogo*. <https://www.afgis.de/qualitaetslogo/von-der-anmeldung-zum-pruefverfahren-bis-zum-qualitaetslogo>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem e. V. (2019). *Qualitätslogo*. <https://www.afgis.de/qualitaetslogo>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Koval, P., Rice, S., Cagliarini, D., Valentine, L., D'Alfonso, S., Miles, C., Russon, P., Penn, D. L., Phillips, J., Lederman, R., Wadley, G., Killackey, E., Santesteban-Echarri, O., Mihalopoulos, C., Herrman, H., Gonzalez-Blanch, C., Gilbertson, T., Gleeson, J. F. (2019). HORIZONS trial: protocol for a randomised controlled trial of a moderated online social therapy to maintain treatment effects from first-episode psychosis services. *BMJ open*, *9*, e024104. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024104>
- Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S., Larkin, M., Killackey, E., McGorry, P. D. & Gleeson, J. F. (2012). On the HORIZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia research*, *143–149*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.009>
- American Psychiatric Association. (2019). *App Evaluation Model*. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/mental-health-apps/the-app-evaluation-model>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Ancker, J. S., Carpenter, K. M., Greene, P., Hoffman, R., Kukafka, R., Marlow, L. A. V., Prigerson, H. G. & Quillin, J. M. (2009). Peer-to-peer communication, cancer prevention, and the internet: Workgroup discussion of peer-to-peer communication about primary and secondary prevention, Society of Behavioral Medicine, San Diego, CA, March 26, 2008. *Journal of health communication*(1), *38–46*. <https://doi.org/10.1080/10810730902806760>.
- Angerer, P. (2012). Einflüsse auf die berufliche Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen - Arbeitsbedingungen und Gesundheitsmanagement. *ASUpraxis*, *47*, 165–167.
- ARD/ZDF-Onlinestudie. (2021). *Internetnutzer* in Deutschland 2016 bis 2020 - Soziodemografie*. <https://www.ard-zdf-onlinestudie.de/onlinenutzung/internetnutzer/in-mio/>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Badura, B. (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit: Zum Stand sozialer epidemiologischer Forschung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- BAG-Selbsthilfe. (2016). *Lebensweltorientierte Selbsthilfearbeit: Konzeptpapier*. BKK Dachverband.

- Bandura, A., Verres, R. & Kober, H. (Hg.). (1979). *Konzepte der Humanwissenschaften. Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bauer, C. (2018a). Grundprinzipien des Datenschutzes bei E-Health. In C. Bauer, F. Eickmeier & M. Eckard (Hg.), *E-Health: Datenschutz und Datensicherheit: Herausforderungen und Lösungen im IoT-Zeitalter* (S. 33-43). Springer Gabler.
- Bauer, C. (2018b). mHealth – Datenschutz und Datensicherheit. In C. Bauer, F. Eickmeier & M. Eckard (Hg.), *E-Health: Datenschutz und Datensicherheit: Herausforderungen und Lösungen im IoT-Zeitalter* (S. 131–137). Springer Gabler.
- Bauer, C. & Eickmeier, F. (2018). Zusammenfassung: Umsetzung von Datensicherheit und Datenschutz bei E-Health. In C. Bauer, F. Eickmeier & M. Eckard (Hg.), *E-Health: Datenschutz und Datensicherheit: Herausforderungen und Lösungen im IoT-Zeitalter* (S. 145–157). Springer Gabler.
- Bauer, S. & Kordy, H. (2008). Computervermittelte Kommunikation in der psychosozialen Versorgung. In S. Bauer & H. Kordy (Hg.), *E-mental health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung ; mit 28 Tabellen* (S. 3-12). Springer.
- Bauer, S., Moessner, M. & Wolf, M. (2011). Internetbasierte Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit psychotherapeutischer Behandlungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 12(2), 148–152. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276817>
- Bauer, S., Wolf, M., Haug, S. & Kordy, H. (2011). The effectiveness of internet chat groups in relapse prevention after inpatient psychotherapy. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(2), 219–226. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.547530>
- Baumann, E. & Czerwinsky, F. (2015). Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In J. Böcken, B. Braun & R. Meierjürgen (Hg.), *Gesundheitsmonitor 2015: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen - Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK* (S. 57–79). Bertelsmann Stiftung.
- Baumann, E. & Hastall, M. R. (2014). Nutzung von Gesundheitsinformationen. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (451-466). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Baumann, E. & Link, E. (2016). Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In F. Fischer & A. Krämer (Hg.), *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 385–406). Springer Vieweg.
- Baumel, A., Faber, K., Mathur, N., Kane, J. M. & Muench, F. (2017). Enlight: A Comprehensive Quality and Therapeutic Potential Evaluation Tool for Mobile and Web-Based eHealth Interventions. *Journal of medical Internet research*, 19(3), e82. <https://doi.org/10.2196/jmir.7270>

- BDP. Gütesiegel „Geprüfte Psychologische Online-Intervention“ und "Geprüfte Psychologische App".
<https://www.bdp-verband.de/profession/zertifizierungen/guetesiegel-gepruefte-psychologische-online-intervention.html>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Bendig, E., Bauereiß, N., Ebert, D. D., Snoek, F., Andersson, G. & Baumeister, H. (2018). Internetbasierte Interventionen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt international*, 115(40), 659–665. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0659>
- Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. Fortschritte der Psychotherapie: Band 57*. Göttingen: Hogrefe.
- Bertelsmann Stiftung. (2019). *AppQ: Gütekriterien-Kernset für mehr Qualitätstransparenz bei digitalen Gesundheitsanwendungen*. Studienbericht. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektnachrichten/appq/>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- BfArM. (o.j.). *Das Fast Track Verfahren für -digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V: Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender*.
https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Beratungsverfahren/DiGA-Leitfaden.pdf?__blob=publicationFile&v=1. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Bischoff, C., Schmäddeke, S., Dreher, C., Adam, M., Bencetic, D. & Limbacher, K. (2010). Akzeptanz von elektronischem Coaching in der psychosomatischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 31, 274–287.
- Boes, N. (2016). Nachsorge im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation nach dem neuen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 55(6), 369–373.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-119698>
- BPTK. (o.j.a). *BPTK-Leitfaden für Intertetprogramme im Praxisalltag*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/BPTK-Leitfaden_fuer_Internetprogramme_im_Praxisalltag.pdf. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- BPTK. (o.j.b). *BPTK-Patienten-Checkliste für Internetpsychotherapie*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20170629_patienten-checkliste.pdf. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Brakemeier, E.-L., Marchner, J., Gutgsell, S., Engel, V., Radtke, M., Tuschen-Caffier, B., Normann, C. & Berking, M. (2013). CBASP@home: Ein internetbasiertes Situationsanalysen-Training zur Stabilisierung des Therapieerfolgs nach stationärer Therapie für chronisch depressive Patienten. *Verhaltenstherapie*, 23(3), 190–203. <https://doi.org/10.1159/000354814>
- Brännström, K. J., Båsjö, S., Larsson, J., Lood, S., Lundå, S., Notsten, M. & Taheri, S. T. (2013). Psycho-social work environment among Swedish audiologists. *International journal of audiology*, 52(3), 151–161. <https://doi.org/10.3109/14992027.2012.743045>

- Brunner, A., Engelhardt, E. & Heider, T. (2011). Foren-Beratung. In S. Kühne & G. Hintenberger (Hg.), *Handbuch Online-Beratung: Psychosoziale Beratung im Internet* (S. 79–90). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bülau, N. I., Kessemeier, F., Petermann, F [F.], Bassler, M. & Kobelt, A. (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 55(6), 381–387.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-119897>
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2020). *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte: In absoluten Zahlen und Anteile in Prozent, Inlandskonzept, 1992 bis 2019*. <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61702/sozialversicherungspflichtig-beschaeftigte>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Chinman, M., Preethy, G., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A. & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 65(4), 429–441.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. eds.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Creswell, J. W., Plano C. & Vicki L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Los Angeles, London: Sage.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185.
<https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Deck, R. & Rutsch, M. (2020). *Steigerung der Langzeiteffekte onkologischer Rehabilitation durch eine Nachsorge-App (ReNaApp)*. <https://www.uksh.de/sozialmedizin-luebeck/Forschung>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha ("neues Credo") - ein Erfolgsmodell? *Die Rehabilitation*, 51(5), 316–325. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1291279>
- Deck, R. & Theissing, J. (2016). Nachsorge. In J. Bengel, O. Mittag & Mittag (Hg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S. 252–259). Springer.
- Deutsche Rentenversicherung. (2018). *Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge: Anlage 3 zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation* (Sozialmedizin und Rehabilitation). https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/nachsorge/nachsorge_tele_reha.html
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2018). *Reha-Bericht 2018*.

- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2019a). *Rahmenkonzept zur Nachsorge: für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI* (Sozialmedizin und Rehabilitation). https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.html
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2019b). *Reha-Bericht 2019*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2020). *Erwerbsminderungsrenten im Zeitverlauf 2019: Statistik der Deutschen Rentenversicherung*.
- Döring, N. (2010 // 2019). Sozialkontakte online, Identitäten, Beziehungen, Gemeinschaften. In W. Schweiger & K. Beck (Hg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (2. Aufl., S. 167–194). VS Verl. für Sozialwiss.
- Döring, N. (2014). Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 286-305). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Dragano, N. (2007). *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV).
- Drössler, S., Steputat, A., Schubert, M., Euler, U. & Seidler, A. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Soziale Beziehungen*. BAuA. Dortmund/Berlin/Dresden. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20160713/2b>
- Ebert, D. D. & Baumeister, H. (2016, Januar). Internet- und mobilbasierte Interventionen in der Psychotherapie: Ein Überblick. *Psychotherapeutenjournal*, 23–31.
- Ebert, D. D., Hannig, W., Tarnowski, T., Sieland, B., Götzky, B. & Berking, M. (2013). Web-basierte Rehabilitationsnachsorge nach stationärer psychosomatischer Therapie (W-RENA). *Die Rehabilitation*, 52(3), 164–172. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345191>
- Ebert, D. D., Paganini, S., Sander, L., Lin, J., Schlicker, S. & Baumeister, H. (2019). Wirksamkeit einer Internetbasierten Intervention für Depression im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsbehandlung (WARD-BP): Ergebnisse einer pragmatischen randomisiert-kontrollierten Studie. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Vorsitz), 28. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung* (178-179). Berlin.
- Ebert, D. D., Tarnowski, T., Berking, M. & Sieland, B. (2008). Vernetzung von Psychotherapie und Alltag: Ein webbasiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären Therapieerfolgen. In S. Bauer & H. Kordy (Hg.), *E-mental health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung; mit 28 Tabellen* (S. 251-265). Springer.

- Eickmeier, F. (2018). Der rechtliche Rahmen für Datenschutz bei E-Health. In C. Bauer, F. Eickmeier & M. Eckard (Hg.), *E-Health: Datenschutz und Datensicherheit: Herausforderungen und Lösungen im IoT-Zeitalter* (S. 45–73). Springer Gabler.
- Eng, T. R. (2001). *The eHealth landscape: A terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- Fahr, A. & Ort, A. (2019). Die Bedeutung sozialer Vergleichsprozesse für die Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 269-280). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fischer, F. & Dockweiler, C. (2016). Qualität von onlinebasierter Gesundheitskommunikation. In F. Fischer & A. Krämer (Hg.), *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 407–419). Springer Vieweg.
- Fischer, H., Jolivet, B. & Schäfer, A. (2019). *Rosenberg Reha-Nachsorge (RoReNa 2): Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungsplattform für adipöse Patientinnen und Patienten*. http://www.ifr-norderney.de/forschungsprojekte/detail.html?dieantr_id=12517. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Fraunhofer Fokus. *MEINEREHA®: Telemedizinplattform für Therapieunterstützung*. Fraunhofer-Institut Für Offene Kommunikationssysteme Fokus. https://cdn0.scrvt.com/fokus/7b605a8d5466572a/b399a7964a86/MeineReha-PB_2018.pdf. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Fraunhofer Fokus. *RehaInterAct: Der linteraktive Therapieraum der Zukunft*. Fraunhofer-Institut Für Offene Kommunikationssysteme Fokus. <https://cdn0.scrvt.com/fokus/9ae5ffbfc5b5d8f8/173ab22523703fd195d01443b3f5de6d/RehaInterAct.pdf>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359(1449), 1367–1378. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M. & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: a controlled naturalistic study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(4), 219–225. <https://doi.org/10.1159/000101500>
- Golkaramnay, V., Cicholas, B. & Vogler, J. (2010). Internetgestützte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In F. Petermann (Hg.), *Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation* (S. 91–111). Roderer.
- Gulec, H., Moessner, M., Mezei, A., Kohls, E., Túry, F. & Bauer, S. (2011). Internet-based maintenance treatment for patients with eating disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 479–486. <https://doi.org/10.1037/a0025806>

- HAS. (2020). *Development of good practice guidelines: "Clinical practice guidelines" Method*.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_431294/en/clinical-practice-guidelines-cpg. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Hennemann, S., Beutel, M. E. & Zwerenz, R. (2016). Drivers and Barriers to Acceptance of Web-Based Aftercare of Patients in Inpatient Routine Care: A Cross-Sectional Survey. *Journal of medical Internet research*, 18(12), 1-17. <https://doi.org/10.2196/jmir.6003>
- Hennemann, S., Beutel, M. E. & Zwerenz, R. (2017). „Morbus Google“ vs. e-Health: Qualitative Untersuchung zur Akzeptanz und Implementierung von Online-Nachsorge in der stationären Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 56(1), 1–10. <https://doi.org/10.1055/s-0043-102150>
- Hennemann, S., Farnsteiner, S. & Sander, L. (2019). Internet- und mobilbasierte Nachsorge und Rückfallprävention bei psychischen Störungen: Systematische Übersichtsarbeit und Implikationen für die Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Vorsitz), 28. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung* (176-177). Berlin.
- Hoefsmit, N., Houkes, I. & Nijhuis, F. (2014). Environmental and personal factors that support early return-to-work: a qualitative study using the ICF as a framework. *Work*, 48(2), 203–215.
<https://doi.org/10.3233/WOR-131657>
- Hofreuter-Gätgens, K., Deck, R. & Knesebeck, O. von dem (2016). Soziale Ungleichheit und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 55(6), 374–380. <https://doi.org/10.1055/s-0042-120086>
- Holländare, F., Johnsson, S., Randestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P., Andersson, G [G.] & Engström, I. (2011). Randomized trial of Internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 124(4), 285–294. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01698.x>
- HON. (2. Mai 2017). *Operationelle Definition der HONcode Prinzipien*. https://www.hon.ch/HONcode/Webmasters/Guidelines/guidelines_de.html. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- HON. (5. November 2019). *About the HONcode re-assessment payment process*.
<https://www.hon.ch/HONcode/Webmasters/reassessment.html>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Huckvale, K., Torous, J. & Larsen, M. E. (2019). Assessment of the Data Sharing and Privacy Practices of Smartphone Apps for Depression and Smoking Cessation. *JAMA network open*, 2(4), e192542.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2542>
- Hundertmark-Mayser, J., Möller, B., Balke, K. & Mayser, J. (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes Nr. 23). Berlin. Robert-Koch-Institut.
- Hundertmark-Mayser, J. & Walther, M. (2012). Selbsthilfe im Web 2.0: Zwischenbilanz und Perspektiven. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.), *Selbsthilfegruppenjahrbuch*

- 2012 (S. 95–104). <https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2012/DAGSHG-Jahrbuch-12.pdf>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Istepanian, R. S. H., Pattichis, C. S. & Laxminarayan, S. (2006). Ubiquitous M-Health Systems and the Convergence Towards 4G Mobile Technologies. In R. S. H. Istepanian & S. Laxminarayan (Hg.), *Topics in biomedical engineering. M-health: Emerging mobile health systems* (S. 3–14). Springer.
- Johannes Gutenberg-Universität Mainz. (o.j.). *Informationen zum Projekt GSA-Online plus*. <https://gsa-online-plus.unimedizin-mainz.de/about>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- John, M. & Einhaus, J. (2017). Telemedizinische Assistenzsysteme in der Rehabilitation und Nachsorge. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 33, 188–196.
- Kacher, C., Wiest, A. & Schumacher, N. (2000). E-Health: Chancen und Risiken für Ärzte, Patienten und Kostenträger. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 76, 607–613.
- Kardorff, E. von. (1996). Gesundheitsbewegung - eine Utopie im Rückspiegel. In Gesundheitsakademie (Hg.), *Macht - Vernetzung - Gesund* (S. 15–43).
- Kardorff, E. von. (2010). Soziale Netzwerke in der Rehabilitation und im Gesundheitswesen. In C. Stegbauer & R. Häußling (Hg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (S. 715–724). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kardorff, E. von, Meschnig, A. & Klaus, S. (2016). *Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem: Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografi-schen und strukturellen Bedingungen*. Berlin. Humboldt-Universität zu Berlin. <https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2016/10/Abschlussbericht.pdf>
- Kardorff, E. von, Meschnig, A. & Klaus, S. (2019). *Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg: gefördert von DRV Berlin/Brandenburg*. Berlin. Humboldt-Universität zu Berlin. <https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2020/01/Abschlussbericht.pdf>
- Kardorff, E. von, Meschnig, A. & Klaus, S. (2021). Nutzungsformen psychosomatischer Rehabilitation: Eine Studie zur Bedeutung der individuellen Situation beim Eintritt in die medizinische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1300-9086>
- Kardorff, E. von, Ohlbrecht, H., Meschnig, A., Bartel, S. & Kasten, Y. (2013). *Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontext-bezogenen Ursachen.: Gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund*. Berlin. Humboldt-Universität zu Berlin. <https://bws-institut.de/referenzen/abbrueche-beruflicher-qualifizierungs-massnahmen-in-der-rehabilitation/>
- Kelle, U. (2019). Mixed Methods. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 159–172). Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Kemp, V. & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(4), 337–340. <https://doi.org/10.2975/35.4.2012.337.340>
- Klaus, S., Meschnig, A. & Kardorff, E. von (2017). Verlaufskurven der Wiedereingliederung beruflicher Rehabilitanden: (berufs)biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren. *Berufliche Rehabilitation*(2), 90–105.
- Klein, J. P., Gerlinger, G., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Meisenzahl, E., Kersting, A., Röhr, S., Riedel-Heller, S. G., Sprick, U., Dirmaier, J., Härter, M., Hergerl, U., Hohagen, F. & Hauth, I. (2016). Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen : Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1185–1193. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0217-7>
- Klein, J. P., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Ebert, D. D., Gerlinger, G., Günther, K., Jacobi, C., Löbner, M., Riedel-Heller, S. G., Sander, J., Sprick, U. & Hauth, I. (2018). Internetbasierte Selbstmanagementinterventionen: Qualitätskriterien für ihren Einsatz in Prävention und Behandlung psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 89(11), 1277–1286. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0591-4>
- Knöppler, K., Neisecke, T. & Nölke, L. (2016). *Digital-Health- Anwendungen für Bürger: Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive Entwicklung und Erprobung eines Klassifikationsverfahrens*. Gütersloh.
- Kofahl, C., Haack, M., Nickel, S. & Dierks, M.-L. (Hg.). (2019). *Wirkungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe*. LIT-Verlag.
- Köllner, V. (2016). Rehabilitation bei depressiven Störungen. *Die Rehabilitation*, 55(6), 395–410. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118307>
- Kools, J. P. (2002). *Peer work: Principles, practice and opportunities*. Trimbo's Institute. https://www.unodc.org/documents/balticstates/EventsPresentations/PrisonConference_1-2June10/Kools_1_june.pdf. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Kordy, H., Theis, F. & Wolf, M. (2011). Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in der Rehabilitation. Mehr Nachhaltigkeit durch Internet-vermittelte Nachsorge. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(4), 458–464. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1248-7>
- Kühne, S. (2011). Aus- und Weiterbildung in der Online-Beratung. In S. Kühne & G. Hintenberger (Hg.), *Handbuch Online-Beratung: Psychosoziale Beratung im Internet* (S. 231–240). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666401541.231>
- Leppert, F. & Greiner, W. (2016). Finanzierung und Evaluation von eHealth-Anwendungen. In F. Fischer & A. Krämer (Hg.), *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 101–124). Springer Vieweg.

- Link, E. (2019). Gesundheitskommunikation mittels Gesundheitsportalen und Online- Communitys. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (159-169). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Lucius-Hoene, G., Adami S. & Koschack, J. (2015). Narrative matters and narratives that matter: Illness stories in the third place of qualitative interviewing. In F. Gygax & M. A. Locher (Hg.), *Narrative Matters in Medical Contexts across Disciplines* (S. 99–116). John Benjamins Publishing Company.
- Macauley, C. (2011). Peer Support and Trauma Recovery. *feature/ the journal of ERW and mine action*, 15(1), 14–16.
- Marr, M. & Zillien, N. (2010 // 2019). Digitale Spaltung. In W. Schweiger & K. Beck (Hg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (2. Aufl., S. 283–306). VS Verl. für Sozialwiss.
- Marstedt, G. (2018). *Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen?*
<https://doi.org/10.11586/2017052>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Maton, K. I. (1988). Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. *American journal of community psychology*, 16(1), 53–77. <https://doi.org/10.1007/BF00906072>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim; Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim; Basel: Beltz.
- McCashen, W. (2005). *The strengths approach: A strengths-based resource for sharing power and creating change*. BT Press.
- Meschnig, A., Bartel, S. & Kardorff, E. von (2015). Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. *Die Rehabilitation*, 54(3), 184–189.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1394452>
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005). Expertinneninterviews —vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hg.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2. Aufl., S. 71–94). VS Verl. für Sozialwiss.
- Moessner, M. (2010). *Internet-basierte Nachsorge nach multimodaler Therapie chronischer Rückenschmerzen: Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie* [Inaugural-Dissertation]. Technische Universität Darmstadt, Darmstadt.
- Moessner, M., Aufdermauer, N., Baier, C., Göbel, H., Kuhnt, O., Neubauer, E., Poesthorst, H. & Kordy, H. (2013). Wirksamkeit eines Internet-gestützten Nachsorgeangebots für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47–53.
<https://doi.org/10.1055/s-0033-1351266>

- Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A. & Hoving, C. (2013). A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of medical Internet research*, 15(4), e85.
<https://doi.org/10.2196/jmir.1933>
- Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation*. München; Stuttgart: Reinhardt; UTB GmbH.
- NAKOS. (2019). *Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO): Umsetzungshilfe für Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und für digitale Anwendungen in der Selbsthilfe*. <https://www.nakos.de/publikationen/key@7128>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- NAKOS. (2020). *Selbsthilfe in Deutschland: Verbreitung von Selbsthilfegruppen*. Bertelsmann Stiftung. <https://www.nakos.de/informationen/fachwissen/deutschland/>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A. & Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(2), 113–122. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>
- NHS. (13. Oktober 2020). *Digital Assessment Questions Beta: BETA - Service design standards*. <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital/our-work/nhs-digital-data-and-technology-standards/framework/beta---service-design-standards>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Nielsen, K. & Randall, R. (2012). The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. *Work and stress*, 26(2), 91–111.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2012.682721>
- Nittel, D. (2011). Die Aneignung von Krankheit: Bearbeitung lebensgeschichtlicher Krisen im Modus des Lernens. *Der pädagogische Blick*, 4, 80–89.
- Nøst, T. H., Steinsbekk, A., Riseth, L., Bratås, O. & Grønning, K. (2017). Expectations towards participation in easily accessible pain management interventions: a qualitative study. *BMC health services research*, 17(1), 712. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2668-3>
- Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G. & Gather, J. (2020). Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 29(3), 289–295.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581349>
- Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L. & Tucker, D. C. (2004). Use of the internet for information and support: disclosure among persons with breast and prostate cancer. *J. Behav Med.*, 27(5), 491–505. <https://doi.org/10.1023/b:jobm.0000047612.81370.f7>

- Pagliari, C., Sloan, D., Gregor, P., Sullivan, F., Detmer, D., Kahan, J. P., Oortwijn, W. & MacGillivray, S. (2005). What is eHealth (4): a scoping exercise to map the field. *Journal of medical Internet research*, 7(1), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e9>
- Pereira, D. & Elfering, A. (2014). Social stressors at work, sleep quality and psychosomatic health complaints--a longitudinal ambulatory field study. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30(1), 43–52. <https://doi.org/10.1002/smi.2494>
- Pfautler, S., Hoberg, E. & Benninghoven, D. (2015). Internetbasierte Nachsorge für Patienten nach multimodaler orthopädischer Rehabilitation – Machbarkeit und Akzeptanz. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25(2), 81–89. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396817>
- Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Algeri, D., Mazzucchelli, L., Carella, A., Pagnini, F. & Castelnuovo, G. (2015). Facebook Use as Access Facilitator for Consulting Psychology. *Australian Psychologist*, 50(4), 299–303. <https://doi.org/10.1111/ap.12139>
- Preiß, H. (2012). Virtuelle Selbsthilfe: Schwacher Ersatz für Selbsthilfegruppen? Ausverkauf von Solidarität? In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.), *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2012* (S. 105–113).
- Quenzer, B. (2018). Virtuelle Selbsthilfe - geht das überhaupt? In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.), *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2018* (S. 38–44).
- Quirk, H., Crank, H., Harrop, D., Hock, E. & Copeland, R. (2017). Understanding the experience of initiating community-based physical activity and social support by people with serious mental illness: a systematic review using a meta-ethnographic approach. *Systematic reviews*, 6(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0596-2>
- Riessmann, F. (1965). The "Helper" Therapy Principle. *Social Work*, 10(2), 27–32.
- Röhr, S., Stein, J., Luck, T. & Riedel-Heller, S. (2017). Internetbasierte Interventionen: Das bieten deutsche Krankenkassen an. *Psychiatrische Praxis*, 44(08), 476–478. <https://doi.org/10.1055/s-0043-116809>
- Rosenbrock, R. (2015). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem – Funktionen und Perspektiven. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. (Hg.), *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015* (S. 165–175). <https://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2015/DAGSHG-Jahrbuch-15-Rosenbrock.pdf>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Rossmann, C. & Karnowski, V. (2014). eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 271-285). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

- Rossmann, C. & Krömer, N. (2016). mHealth in der medizinischen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Fischer & A. Krämer (Hg.), *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 441-456). Springer Vieweg.
- Rossmann, C., Lampert, C., Stehr, P. & Grimm, M. (2018). *Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen: Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden*. Gütersloh.
- Rossmann, C. & Stehr, P. (2010 // 2019). Gesundheitskommunikation im Internet: Erscheinungsformen. In W. Schweiger & K. Beck (Hg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (2. Aufl., S. 393–413). VS Verl. für Sozialwiss.
- Rozmovits, L. & Ziebland, S. (2004). What do patients with prostate or breast cancer want from an Internet site? A qualitative study of information needs. *Patient Education and Counseling*, 53(1), 57–64. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00116-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00116-2)
- Rubeis, G. & Steger, F. (2019). Internet- und mobilgestützte Interventionen bei psychischen Störungen : Implementierung in Deutschland aus ethischer Sicht. *Der Nervenarzt*, 90(5), 497–502. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0663-5>
- Ruland, C. M., Andersen, T., Jeneson, A., Moore, S., Grimsbø, G. H., Børøsund, E. & Ellison, M. C. (2013). Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial. *Cancer nursing*, 36(1), 6–17. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824d90d4>
- Schaeffer, D., Vogt, D. & Gille, S. (2019). *Gesundheitskompetenz: Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung*. Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Schemer, C. & Schäfer, S. (2019). Die Bedeutung der sozial-kognitiven Theorie für die Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 321-333). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schmädeke, S. & Bischoff, C. (2015). Wirkungen smartphonegestützter psychosomatischer Rehabilitationsnachsorge (eATROS) bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie*, 25(4), 277–286. <https://doi.org/10.1159/000441856>
- Schmädeke, S., Kockler, T. & Olbrich, D. (2019). DE-RENA - Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patienten: Ergebnisse zur Akzeptanz und Wirksamkeit. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Vorsitz), 28. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung* (S. 383-387). Berlin.

- Schmädeke, S., Olbrich, D., List, S. & Kockler, T. (2018). *DE-RENA - Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patienten: Erste Ergebnisse zur Akzeptanz bei Behandlern und Patienten* [Abstract]. https://www.median-kliniken.de/fileadmin/user_upload/median-global/pdf-median-global/Abstract_Schm%C3%A4deke.pdf. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Schug, S. H., Schmücker, P., Semler, S. C. & Seidel, C. (Hg.). (2016). *TELEMED - Nationales Forum für Gesundheitstelematik und Telemedizin - Jahresbericht. E-Health-Rahmenbedingungen im europäischen Vergleich: Strategien, Gesetzgebung, Umsetzung*. Akademische Verlagsgesellschaft AKA.
- Schury, K., Beutel, M. E., Gerzymisch, K., Schattenburg, L., Sipmann, M., Schmädeke, S. & Zwerenz, R. (2018). *Erwartungen und Informationsbedarf von Rehabilitanden bezüglich stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Eine qualitative Untersuchung*. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Schütz, A. (2016). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt: Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Seltrecht, A. (2006). *Lehrmeister Krankheit? Eine biographieanalytische Studie über Lernprozesse von Frauen mit Brustkrebs*. Zugl.: Frankfurt (Main), Univ., Diss., 2006. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Shaw, W. S., Kristman, V. L. & Veizan, N. (2013). The work disabled patient. In P. Loisel & J. R. Anema (Hg.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (S. 163–183). Springer.
- Stamm-Balderjahn, S., Bartel, S., Wilke, K. & Spyra, K. (2018). Entwicklung und Evaluation des Online-Portals herzwegweiser.de - Ein Informationsangebot für die Nachsorge kardiologischer Rehabilitanden und deren Behandler in Berlin-Brandenburg. *Die Rehabilitation*, 57(1), 31–37. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103503>
- Stamm-Balderjahn, S. & Rossek, S. (o.j.). *KardioApp - eine mobile elektronische Anwendung für die Nachsorge von Patient*innen mit Herz-Kreislaufkrankungen*. Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften. https://www.herzwegweiser.de/fileadmin/Dateien/user_upload/Kardio-App-Studie.pdf. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Statistisches Bundesamt. (2020a). *1. Quartal 2020: Starker Anstieg bei der Nutzung von Videochats und Online-Telefonie*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/08/PD20_302_639.html. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Statistisches Bundesamt. (2020b). *Daten aus den Laufenden Wirtschaftsrechnungen (LWR) zur Ausstattung privater Haushalte mit Informationstechnik: Ausstattung privater Haushalte mit Informations- und Kommunikationstechnik im Zeitvergleich Deutschland*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Ausstattung-Gebrauchsgueter/Tabellen/a-infotechnik-d-lwr.html>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021

- Statistisches Bundesamt. (2020c). *Verteilung der Einwohner in Deutschland nach Gemeindegrößenklassen (Stand 31.12.2019)*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161809/umfrage/anteil-der-einwohner-an-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-gemeindegroessenklassen/>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Statistisches Bundesamt. (2020d). *Voll- und Teilzeitbeschäftigte: Abhängig Erwerbstätige nach Beschäftigungsumfang und Geschlecht, in absoluten Zahlen, Teilzeitquote in Prozent, 1993 bis 2018*. Zahlen und Fakten. <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61705/teilzeitbeschaeftigte>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Stegbauer, C [C.]. (2002). *Reziprozität: Einführung in soziale Formen der Gegenseitigkeit*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Stiftung Gesundheit. (2021a). *Die Stiftung Gesundheit zertifiziert Websites: Es gibt sie nicht, DIE eine Formel für einen erfolgreichen Internetauftritt*. <https://www.stiftung-gesundheit.de/zertifizierung/zertifizierte-websites.htm>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Stiftung Gesundheit. (2021b). *Zertifizierung*. <https://www.stiftung-gesundheit.de/zertifizierung.htm>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Stiftung Gesundheit. (2021c). *Die Zertifizierung gesundheitsbezogener Websites: Das gutachterliche Prüfungsverfahren hinter der „Geprüften Website“*. <https://www.stiftung-gesundheit.de/zertifizierung/pruefverfahren.htm>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Stiftung Health On the Net. (2017). *Qualität und Vertrauenswürdigkeit von medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen im Internet*. http://www.hon.ch/HONcode/Webmasters/Visitor/visitor_de.html. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Storm, V. (2016). *RENATA: Reha-Nchsorge bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen für einen optimalen Transfer in den Alltag: Reha-Update*. Jacobs University Bremen. https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/08_institute/qm/sozmed/RFV/RehaUpdate/RehaUpdate2016_02/RehaUpdate_Storm.pdf. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Stoyanov, S. R., Hides, L., Kavanagh, D. J., Zelenko, O., Tjondronegoro, D. & Mani, M. (2015). Mobile app rating scale: a new tool for assessing the quality of health mobile apps. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(1), e27. <https://doi.org/10.2196/mhealth.3422>
- Stoye, A., Genth, E., Mallau, M., Vorbrüggen, W., Fricker, A. & Mau, W. (2020). *Die RheVITAL-App: Empowerment von Rheumakranken zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und sozialen Teilhabe* [Conference Paper]. *Die-RheVITAL-App-Empowerment-von-Rheumakranken-zum-Erhalt-der-Erwerbsfaehigkeit-und-sozialen-Teilhabe.pdf*

- Strauss, A. L. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Fink.
- Terhorst, Y., Rathner, E.-M., Baumeister, H. & Sander, L. (2018). «Hilfe aus dem App-Store?»: Eine systematische Übersichtsarbeit und Evaluation von Apps zur Anwendung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie*, 28(2), 101–112. <https://doi.org/10.1159/000481692>
- Toker, S., Shirom, A., Melamed, S. & Armon, G. (2012). Work characteristics as predictors of diabetes incidence among apparently healthy employees. *Journal of occupational health psychology*, 17(3), 259–267. <https://doi.org/10.1037/a0028401>
- Trepte, S. & Reinecke, L. (2010 // 2019). Unterhaltung online: Motive, Erleben, Effekte. In W. Schweiger & K. Beck (Hg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (2. Aufl., S. 231–255). VS Verl. für Sozialwiss.
- Tucker, I. & Goodings, L. (2015). Social Media and Austerity: Online Peer Support in Mental Health Communities. *Working Papers of the Community & Culture Network+*, 6 (Follow on Project Final Report).
- Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Utschakowski, J. (2013). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hg.), *Fachbuch. Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 14–21). Psychiatrie-Verl.
- Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T. & Winter, A. (Hg.). (2016). *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie* (1. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Walther, M. & Hundertmark-Mayser, J. (2011). *Virtuell ist auch real - Selbsthilfe im Internet: Formen, Wirkungsweisen und Chancen* (NAKOS Extra). NAKOS. <https://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2012/NAKOS-EXTRA-38.pdf>. Zuletzt geprüft am 12.02.2021
- Welker, M. (2010 // 2019). Computer- und onlinegestützte Methoden für die Untersuchung digitaler Kommunikation. In W. Schweiger & K. Beck (Hg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 531–572). VS Verl. für Sozialwiss.
- Wellmann, H. (2015). Konfliktmanagement und Mediation zur Unterstützung von RTW. In A. Weber, L. Peschkes & W. de Boer (Hg.), *Return to work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration* (S. 555–568). Genter Verlag.
- WHO. (2009). *Global Observatory for eHealth*. <http://www.who.int/goe/en/>. Zuletzt geprüft am 19.02.2021
- Wolf, M. & Bauer, S. (2008). Die Perspektive von Teilnehmern an technikbasierten Angeboten. In S. Bauer & H. Kordy (Hg.), *E-mental health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung ; mit 28 Tabellen* (S. 269-287). Springer.

- Wolf, M., Maurer, W.-J., Dogs, P. & Kordy, H. (2006). E-mail in der Psychotherapie--ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 56(3-4), 138–146. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915340>
- Zimmer, B., Moessner, M., Wolf, M., Minarik, C., Kindermann, S. & Bauer, S. (2015). Effectiveness of an Internet-based preparation for psychosomatic treatment: Results of a controlled observational study. *Journal of psychosomatic research*, 79(5), 399–403. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.09.008>
- Zwerenz, R., Baumgarten, C., Becker, J., Tibubos, A., Siepmann, M. & Beutel, M. E. (2019). Stabilisierung depressiver Symptome nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation durch Online-Selbsthilfe: Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Vorsitz), 28. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung* (S. 184-187). Berlin.
- Zwerenz, R. & Beutel, M. E. (2017). Online-Interventionen zur Behandlung psychischer Erkrankungen und Belastungen: Welche aktuellen Ansätze gibt es und wie wirksam sind diese? *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 52, 452–460.

11. Anhang

11.1. Fragebogen medizinische Rehabilitation

Fragebogen

Medizinische Rehabilitation

<p>HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN</p> <p style="font-size: small;">Institut für Rehabilitationswissenschaften Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff Invalidenstraße 110, 10099 Berlin</p>  <p>„Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation (InterNa-Reha) – Ein Modellprojekt zur Stärkung gegenseitiger Unterstützung von Rehabilitanden“</p>

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

zu Beginn möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Wir möchten Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihrer *Person*, zu Ihrer abgeschlossenen *Rehabilitation*, zu Ihrer *Gesundheit* und zu Ihren Erfahrungen mit der *Selbsthilfe* sowie zu Ihrer *Internetnutzung* bitten.

Wie bereits im beiliegenden Informationsschreiben zugesichert, werden Ihre Antworten für die Auswertung auf der Grundlage der Regelungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes anonymisiert, so dass Dritte – insbesondere die Rentenversicherung – keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen können.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens.

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir sind an Ihrer ganz persönlichen Einschätzung interessiert.

Bitte machen Sie keine Kreuze zwischen den Kästchen oder handschriftliche Kommentare außerhalb der dafür vorgesehenen Felder.

Beispiel	
3. Welches ist Ihr <u>höchster</u> Bildungsabschluss?	
<input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule	<input type="radio"/> Abitur / Hochschulreife
<input checked="" type="radio"/> Realschule / Mittlere Reife	<input type="radio"/> Universität / Fachhochschule
<input type="radio"/> Polytechnische Oberschule (POS)	<input type="radio"/> kein Abschluss

Bei anderen Fragen tragen Sie Ihre Antwort handschriftlich auf die dafür vorgesehene Linie ein. Bitte achten Sie darauf, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel
4. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.
<u>Erzieherin</u>

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Bitte fahren Sie nun mit Ihren gesundheitlichen Belastungen fort.

9. Aufgrund welcher gesundheitlichen Beschwerden wurde Ihnen Ihre Maßnahme bewilligt? (bitte genaue Angabe)

10. Seit wann fühlen Sie sich durch diese Erkrankung beeinträchtigt?

- weniger als 1 Jahr zwischen 1 bis 5 Jahren über 5 Jahre

11. Leiden Sie unter weiteren gesundheitlichen Beschwerden?

- Nein
 Ja und zwar unter: _____

12. Welche Angebote haben Sie vor Ihrer letzten Maßnahme genutzt?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> psychologische Beratung / Psychotherapie | <input type="radio"/> Physiotherapie |
| <input type="radio"/> Selbsthilfegruppen | <input type="radio"/> Entspannungsangebote |
| <input type="radio"/> Alternative Heilverfahren | <input type="radio"/> Trainings APPs fürs Handy |
| <input type="radio"/> Informationen im Internet | <input type="radio"/> Austausch im Internet |
| <input type="radio"/> andere (z.B. Rehasport, Yoga): _____ | |

Wie haben Sie Ihre Kontakte zu Mitrehabilitanden erlebt?

13. Wie gestaltete sich Ihr Kontakt zu den anderen Rehabilitanden?

- freundschaftlich eher freundschaftlich eher distanziert distanziert

14. Worüber haben Sie sich mit Ihren Mitrehabilitanden ausgetauscht?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Therapeuten / Ärzte | <input type="radio"/> Probleme am Arbeitsplatz |
| <input type="radio"/> Behandlung / Angebote in der Klinik | <input type="radio"/> Arbeitsplatzwechsel |
| <input type="radio"/> weiterführende Behandlungsoptionen | <input type="radio"/> Erwerbsminderungsrente |
| <input type="radio"/> Medikamente | <input type="radio"/> Alltagssorgen |
| <input type="radio"/> gesundheitliche Beschwerden | <input type="radio"/> Freizeit / Familie / Hobbies |
| <input type="radio"/> Leistungseinschränkungen | <input type="radio"/> die Zeit nach der Reha |

15. Hätten Sie sich während der Maßnahme mehr Unterstützung beim Austausch mit den Mitrehabilitanden von Ihrer Einrichtung gewünscht?

- nein eher nicht eher ja ja

16. Von den anderen Rehabilitanden habe ich vor allem profitiert, weil
(Mehrfachnennungen möglich)

- sie mir eine emotionale Stütze waren
- ich mit ihnen viel gemeinsam unternehmen konnte
- sie mir viele neue und wichtige Informationen geliefert haben
- sie sehr viel Verständnis für mich und meine Situation hatten
- ich darüber neue Freundschaften gefunden habe

17. Was hat Sie am Austausch mit den anderen Rehabilitanden gestört?

18. Der Austausch mit den anderen Rehabilitanden hat mir dabei geholfen,

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
... meine Krankheit besser zu akzeptieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit meiner Krankheit offen umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Alltagsprobleme anzusprechen und anzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit meinen Einschränkungen besser umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mir das Leben mit der Krankheit zu erleichtern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aktiv etwas in meinem Leben zu verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... neues Selbstvertrauen zu gewinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wieder neuen Mut zu schöpfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... von den Erfahrungen der anderen zu profitieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meine eigenen Beschwerden zu relativieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... für mich neue Behandlungsmethoden in Betracht zu ziehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... neue Fachärzte und Therapeuten zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mir neue berufliche Perspektiven zu eröffnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mir am Arbeitsplatz meine Rechte einzufordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nun würden wir gerne etwas über Ihre Erfahrungen im Anschluss an die Rehabilitation wissen.

19. Haben Sie auch nach Ende der Maßnahme noch Kontakt zu anderen Teilnehmern?

- ja
 nein, aber ich würde mich sehr freuen, wenn ich wieder Kontakt hätte
 nein, ich möchte keinen Kontakt mehr

20. Wie halten Sie den Kontakt zu anderen Teilnehmern? (Mehrfachnennungen möglich)

- persönliche Treffen zu zweit
 persönliche Treffen in der Gruppe
 online, z.B. Facebook, WhatsApp, etc.
 telefonisch
 per Brief oder E-Mail

21. Wer hat Ihnen nach Ende der Rehabilitation am meisten geholfen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Partner / Partnerin
 Eltern
 Kinder
 Freunde
 Haustiere
 andere: _____
 Bekannte / Nachbarn
 Kollegen
 Arbeitgeber
 Ärzte / Therapeuten
 niemand

22. Welche Erfahrungen haben Sie bei der Rückkehr in die Arbeit gemacht?

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
... mir ist es ohne Probleme gelungen, meine Arbeit wieder aufzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich fühle mich nach der Maßnahme wieder leistungsfähiger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich fühle mich durch meine Arbeit gesundheitlich belastet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Welche Angebote haben Sie für die Rückkehr in Arbeit genutzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
 Stufenweise Wiedereingliederung bzw. Hamburger Modell
 Betriebliches Eingliederungsmanagement
 Betriebsrat / Schwerbehindertenvertretung
 Jobcoaching
 Sonstige: _____
 das Arbeitsamt / das Jobcenter
 Integrationsfachdienst
 Rentenversicherung (z.B. Refachberater)
 Berufsgenossenschaft
 Unterstützte Beschäftigung
 Qualifizierungsmaßnahmen

24. Welche Veränderungen gab es bei Ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Arbeitszeitverkürzung |
| <input type="radio"/> technische Arbeitsplatzanpassungen | <input type="radio"/> andere Arbeitszeiten |
| <input type="radio"/> innerbetriebliche Umsetzung | <input type="radio"/> Wechsel des Arbeitgebers |

25. Welche außerbetrieblichen Unterstützungsangebote nehmen Sie aktuell in Anspruch? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> psychologische Beratung / Psychotherapie | <input type="radio"/> Physiotherapie |
| <input type="radio"/> ambulante Rehabilitation | <input type="radio"/> Selbsthilfegruppen |
| <input type="radio"/> stationäre Rehabilitation | <input type="radio"/> Entspannungsangebote |
| <input type="radio"/> berufliche Rehabilitation | <input type="radio"/> Sportangebote |
| <input type="radio"/> IRENA / PsyRena | <input type="radio"/> Alternative Heilverfahren |
| <input type="radio"/> Austausch mit anderen Betroffenen im Internet (z.B. Foren, Facebook) | <input type="radio"/> Informationen im Internet |
| | <input type="radio"/> Trainings APPs fürs Handy |

26. Welche zusätzliche Unterstützung hat Ihnen bei der Rückkehr in Arbeit gefehlt?

Den folgenden Abschnitt (Frage 27 bis 30) füllen Sie bitte nur aus, wenn Sie bereits Erfahrungen mit Angeboten der Selbsthilfe gemacht haben.

27. Welche Angebote der Selbsthilfe haben Sie bislang genutzt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- von Betroffenen organisierte Selbsthilfegruppe
- von Fachkräften angeleitete Selbsthilfegruppe
- Austausch mit fremden Personen im Internet (z.B. Foren)
- Austausch mit vertrauten Personen im Internet (z.B. Facebook)

28. Was hat Ihnen in der Selbsthilfe besonders genützt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> neue krankheitsbezogene Informationen | <input type="radio"/> emotionale Unterstützung |
| <input type="radio"/> Hinweise auf Fachärzte / Therapeuten | <input type="radio"/> Verständnis für meine Probleme |
| <input type="radio"/> Tipps für den Umgang mit der Krankheit | <input type="radio"/> Hinweise auf Rehabilitation |

29. Wie würden Sie Ihre Erfahrungen mit der Selbsthilfe bewerten?

- negativ eher negativ eher positiv positiv

30. Würden Sie nach Ihren bisherigen Erfahrungen in Zukunft weiterhin Selbsthilfeangebote nutzen?

- nein eher nicht eher ja ja

Ab hier bitte wieder alle weiteren Fragen ausfüllen!



Im Folgenden möchten wir gerne etwas über Ihre Nutzung des Internets erfahren.

31. Wie häufig nutzen Sie das Internet privat?

- täglich über 3 Stunden selten
 täglich unter 3 Stunden gar nicht

32. Wie häufig nutzen Sie das Internet beruflich?

- täglich über 3 Stunden selten
 täglich unter 3 Stunden gar nicht

33. Mit welchen Medien nutzen Sie das Internet? (Mehrfachnennungen möglich)

- Smartphone / Tablet Fernseher
 Computer / Notebook Spielkonsole

34. Wofür nutzen Sie bislang das Internet? (Mehrfachnennungen möglich)

- als Informationsquelle zum Einkaufen
 für Kommunikation (z.B. Facebook) für die Partnersuche
 zur Unterhaltung (z.B. Filme, Spiele) Sonstiges: _____

35. Mit welchen gesundheitsspezifischen Onlineangeboten haben Sie bislang Erfahrungen gemacht? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine Selbsthilfeforen
 Onlinetherapie Reha-Nachsorge (z.B. Trainings APPs)
 Onlinediagnostik (z.B. netdoktor.de) Sonstiges: _____
 gesundheitsbezogene Informationsseiten

Gerne würden wir von Ihnen erfahren, ob Sie ein Onlineangebot für ehemalige Rehabilitanden begrüßen und nutzen würden.

36. Würden Sie eine Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden nutzen?

- ja nein weiß nicht

37. Für welche Angebote würden Sie eine solche Onlineplattform nutzen?

(Mehrfachnennungen möglich)

Für Kontakte mit:

- meinen Ärzten / Therapeuten aus der Reha
 meinen ehemaligen Mitrehabilitanden
 anderen Menschen mit ähnlichen Beschwerden knüpfen

Zum Austausch über:

- das Thema Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit
 andere Berufe, die besser zu meiner gesundheitlichen Einschränkung passen
 den Umgang mit gesundheitlichen Problemen in der Familie
 Möglichkeiten mit meinen Alltags- und Lebensproblemen besser umzugehen

Für Aktivitäten:

- eigene Angebote für gemeinsame Unternehmungen initiieren
- an bestehenden Angeboten für gemeinsame Unternehmungen teilnehmen

Im Rahmen einer weitergehenden Behandlung bzw. Diagnostik:

- Kontrolle medizinischer Werte (z.B. Blutdruck, Blutzucker)
- Tagebuch (z.B. für Stimmung oder Schmerzen)
- Erinnerungshilfe (z.B. an Medikamente oder Termine)

Informationen über:

- weitere Rehabilitationsmöglichkeiten
- vorhandene Rehabilitationseinrichtungen oder Fachärzte / Therapeuten
- alternative Behandlungsmöglichkeiten
- Medikamente
- regional ansässige Selbsthilfegruppen
- Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Rehabilitation
- Unterstützungsmöglichkeiten bei Anträgen (z.B. für eine Reha)
- Angebote der Arbeitgeber
- den regionalen Arbeitsmarkt für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen

38. Wären Sie bereit, bei einer dauerhaften Nutzung der Onlineplattform, das Angebot finanziell zu unterstützen?

- nein ja, durch eine Spende ja, durch einen regelmäßigen Betrag

Abschließend bitten wir Sie noch ein paar Fragen zu Ihrer allgemeinen Lebenssituation zu beantworten.

39. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand allgemein beschreiben?

- ausgezeichnet gut schlecht sehr schlecht

40. Wie sehen Sie Ihren Gesundheitszustand in den nächsten zwei Jahren?

- wird schlechter unverändert wird besser weiß nicht

41. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation?

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

42. Wie sehen Sie Ihre berufliche Situation in den nächsten zwei Jahren?

- wird schlechter unverändert wird besser weiß nicht

43. Wie zufrieden sind Sie derzeit allgemein mit Ihrem Leben?

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

11.2. Fragebogen berufliche Rehabilitation

Fragebogen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation/Qualifikation)

<p>HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN</p> <p>Institut für Rehabilitationswissenschaften Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff Invalidenstraße 110, 10099 Berlin</p>	
<p>„Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation (InterNa-Reha) – Ein Modellprojekt zur Stärkung gegenseitiger Unterstützung von Rehabilitanden“</p>	

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

zu Beginn möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Wir möchten Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihrer *Person*, zu Ihrer abgeschlossenen *Rehabilitation*, zu Ihrer *Gesundheit* und zu Ihren Erfahrungen mit der *Selbsthilfe* sowie zu Ihrer *Internetnutzung* bitten.

Wie bereits im beiliegenden Informationsschreiben zugesichert, werden Ihre Antworten für die Auswertung auf der Grundlage der Regelungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes anonymisiert, so dass Dritte – insbesondere die Rentenversicherung – keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen können.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens.

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir sind an Ihrer ganz persönlichen Einschätzung interessiert.

Bitte machen Sie keine Kreuze zwischen den Kästchen oder handschriftliche Kommentare außerhalb der dafür vorgesehenen Felder.

Beispiel

3. Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule | <input type="radio"/> Abitur / Hochschulreife |
| <input checked="" type="radio"/> Realschule / Mittlere Reife | <input type="radio"/> Universität / Fachhochschule |
| <input type="radio"/> Polytechnische Oberschule (POS) | <input type="radio"/> kein Abschluss |

Bei anderen Fragen tragen Sie Ihre Antwort handschriftlich auf die dafür vorgesehene Linie ein. Bitte achten Sie darauf, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

4. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?
 Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Erzieherin

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Studien-ID: **An welcher beruflichen Bildungsmaßnahme haben Sie teilgenommen?**

- Umschulung (2 Jahre) Integrations- oder Anpassungsmaßnahme (3 bis 12 Monate)
 Fach- oder Teilqualifizierung (bis zu 12 Monaten) BTZ (berufliches Trainingszentrum)
 betriebliche Qualifizierung Sonstiges (z.B. RPK): _____

Zunächst bitten wir Sie um einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person.**1. Bitte geben Sie Ihr Alter und Geschlecht an.**

Alter: Jahre Geschlecht: weiblich männlich divers

2. Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

- allein lebend mit Partner und Kind/ern im Haushalt
 allein mit Kind/ern im Haushalt bei meinen Eltern
 mit Partner im Haushalt Sonstiges: _____

3. Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- Hauptschule Abitur / Hochschulreife
 Realschule / Mittlere Reife Universität / Fachhochschule
 Polytechnische Oberschule (POS) kein Abschluss

4. Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss/Studienabschluss?

- Lehre (berufliche Ausbildung) Fachhochschule
 Fachschule (Meister- / Technikerschule; Berufs- / Fachakademie) Universität/Hochschule
 keine abgeschlossene Berufsausbildung

5. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

6. Sind Sie aktuell:

- Vollzeit erwerbstätig in Erwerbsminderungsrente
 Teilzeit erwerbstätig in Altersteilzeit
 in einem Minijob arbeitssuchend
 in einer Qualifizierungsmaßnahme (z.B. Umschulung, Kurzzeitmaßnahme)

7. Wieviele Einwohner hat Ihr Wohnort?

- unter 5.000 5.000 - 50.000 50.000 - 250.000 über 250.000

8. Wie würden Sie ihr monatliches Haushaltseinkommen beurteilen?

- gut

 ausreichend

 zu wenig
 Ich beziehe Transferleistungen (z.B. ALG II, Sozialhilfe)

Bitte fahren Sie nun mit Ihren gesundheitlichen Belastungen fort.

9. Aufgrund welcher gesundheitlichen Beschwerden wurde Ihnen Ihre Maßnahme bewilligt? (bitte genaue Angabe)

10. Seit wann fühlen Sie sich durch diese Erkrankung beeinträchtigt?

- weniger als 1 Jahr
 zwischen 1 bis 5 Jahren
 über 5 Jahre

11. Leiden Sie unter weiteren gesundheitlichen Beschwerden?

- Nein
 Ja und zwar unter: _____

12. Welche Angebote haben Sie vor Ihrer letzten Maßnahme genutzt?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> psychologische Beratung / Psychotherapie | <input type="radio"/> Physiotherapie |
| <input type="radio"/> Selbsthilfegruppen | <input type="radio"/> Entspannungsangebote |
| <input type="radio"/> Alternative Heilverfahren | <input type="radio"/> Trainings APPs fürs Handy |
| <input type="radio"/> Informationen im Internet | <input type="radio"/> Austausch im Internet |
- andere (z.B. Rehasport, Yoga): _____

Wie haben Sie die Kontakte zu den anderen Teilnehmern erlebt?

13. Wie gestaltete sich Ihr Kontakt zu den anderen Teilnehmern?

- freundschaftlich
 eher freundschaftlich
 eher distanziert
 distanziert

14. Worüber haben Sie sich mit den anderen Teilnehmern ausgetauscht? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Therapeuten / Ärzte | <input type="radio"/> Probleme am Arbeitsplatz |
| <input type="radio"/> Behandlung / Angebote in der Klinik | <input type="radio"/> Arbeitsplatzwechsel |
| <input type="radio"/> weiterführende Behandlungsoptionen | <input type="radio"/> Erwerbsminderungsrente |
| <input type="radio"/> Medikamente | <input type="radio"/> Alltagssorgen |
| <input type="radio"/> gesundheitliche Beschwerden | <input type="radio"/> Freizeit / Familie / Hobbies |
| <input type="radio"/> Leistungseinschränkungen | <input type="radio"/> die Zeit nach der Reha |

15. Hätten Sie sich während der Maßnahme mehr Unterstützung beim Austausch mit anderen Teilnehmern von Ihrer Einrichtung gewünscht?

- nein
 eher nicht
 eher ja
 ja

16. Von den anderen Teilnehmern habe ich vor allem profitiert, weil
(Mehrfachnennungen möglich)

- sie mir eine emotionale Stütze waren
- ich mit ihnen viel gemeinsam unternehmen konnte
- sie mir viele neue und wichtige Informationen geliefert haben
- sie sehr viel Verständnis für mich und meine Situation hatten
- ich darüber neue Freundschaften gefunden habe

17. Was hat Sie am Austausch mit den anderen Teilnehmern gestört?

18. Der Austausch mit den anderen Teilnehmern hat mir dabei geholfen,

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
... meine Krankheit besser zu akzeptieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit meiner Krankheit offen umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Alltagsprobleme anzusprechen und anzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit meinen Einschränkungen besser umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mir das Leben mit der Krankheit zu erleichtern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aktiv etwas in meinem Leben zu verändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... neues Selbstvertrauen zu gewinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wieder neuen Mut zu schöpfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... von den Erfahrungen der anderen zu profitieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meine eigenen Beschwerden zu relativieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... für mich neue Behandlungsmethoden in Betracht zu ziehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... neue Fachärzte und Therapeuten zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mir neue berufliche Perspektiven zu eröffnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mir am Arbeitsplatz meine Rechte einzufordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nun würden wir gerne etwas über Ihre Erfahrungen im Anschluss an die Maßnahme wissen.

19. Haben Sie auch nach Ende der Maßnahme noch Kontakt zu anderen Teilnehmern?

- ja
 nein, aber ich würde mich sehr freuen, wenn ich wieder Kontakt hätte
 nein, ich möchte keinen Kontakt mehr

20. Wie halten Sie den Kontakt zu anderen Teilnehmern? (Mehrfachnennungen möglich)

- persönliche Treffen zu zweit
 persönliche Treffen in der Gruppe
 online, z.B. Facebook, WhatsApp, etc.
 telefonisch
 per Brief oder E-Mail

21. Wer hat Ihnen nach Ende der Maßnahme am meisten geholfen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Partner / Partnerin
 Eltern
 Kinder
 Freunde
 Haustiere
 andere: _____
 Bekannte / Nachbarn
 Kollegen
 Arbeitgeber
 Ärzte / Therapeuten
 niemand

22. Welche Erfahrungen haben Sie bei der Rückkehr in die Arbeit gemacht?

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
... mir ist es ohne Probleme gelungen, meine Arbeit wieder aufzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich fühle mich nach der Maßnahme wieder leistungsfähiger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich fühle mich durch meine Arbeit gesundheitlich belastet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Welche Angebote haben Sie für die Rückkehr in Arbeit genutzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
 Stufenweise Wiedereingliederung bzw. Hamburger Modell
 Betriebliches Eingliederungsmanagement
 Betriebsrat / Schwerbehindertenvertretung
 Jobcoaching
 Sonstige: _____
 das Arbeitsamt / das Jobcenter
 Integrationsfachdienst
 Rentenversicherung (z.B. Rehafachberater)
 Berufsgenossenschaft
 Unterstützte Beschäftigung
 Qualifizierungsmaßnahmen

24. Welche Veränderungen gab es bei Ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Arbeitszeitverkürzung |
| <input type="radio"/> technische Arbeitsplatzanpassungen | <input type="radio"/> andere Arbeitszeiten |
| <input type="radio"/> innerbetriebliche Umsetzung | <input type="radio"/> Wechsel des Arbeitgebers |

25. Welche außerbetrieblichen Unterstützungsangebote nehmen Sie aktuell in Anspruch? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> psychologische Beratung / Psychotherapie | <input type="radio"/> Physiotherapie |
| <input type="radio"/> ambulante Rehabilitation | <input type="radio"/> Selbsthilfegruppen |
| <input type="radio"/> stationäre Rehabilitation | <input type="radio"/> Entspannungsangebote |
| <input type="radio"/> berufliche Rehabilitation | <input type="radio"/> Sportangebote |
| <input type="radio"/> IRENA / PsyRena | <input type="radio"/> Alternative Heilverfahren |
| <input type="radio"/> Austausch mit anderen Betroffenen im Internet (z.B. Foren, Facebook) | <input type="radio"/> Informationen im Internet |
| | <input type="radio"/> Trainings APPs fürs Handy |

26. Welche zusätzliche Unterstützung hat Ihnen bei der Rückkehr in Arbeit gefehlt?

Den folgenden Abschnitt (Frage 27 bis 30) füllen Sie bitte nur aus, wenn Sie bereits Erfahrungen mit Angeboten der Selbsthilfe gemacht haben.

27. Welche Angebote der Selbsthilfe haben Sie bislang genutzt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- von Betroffenen organisierte Selbsthilfegruppe
- von Fachkräften angeleitete Selbsthilfegruppe
- Austausch mit fremden Personen im Internet (z.B. Foren)
- Austausch mit vertrauten Personen im Internet (z.B. Facebook)

28. Was hat Ihnen in der Selbsthilfe besonders genützt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> neue krankheitsbezogene Informationen | <input type="radio"/> emotionale Unterstützung |
| <input type="radio"/> Hinweise auf Fachärzte / Therapeuten | <input type="radio"/> Verständnis für meine Probleme |
| <input type="radio"/> Tipps für den Umgang mit der Krankheit | <input type="radio"/> Hinweise auf Rehabilitation |

29. Wie würden Sie Ihre Erfahrungen mit der Selbsthilfe bewerten?

- negativ eher negativ eher positiv positiv

30. Würden Sie nach Ihren bisherigen Erfahrungen in Zukunft weiterhin Selbsthilfeangebote nutzen?

- nein eher nicht eher ja ja

Ab hier bitte wieder alle weiteren Fragen ausfüllen!



Im Folgenden möchten wir gerne etwas über Ihre Nutzung des Internets erfahren.

31. Wie häufig nutzen Sie das Internet privat?

- täglich über 3 Stunden selten
 täglich unter 3 Stunden gar nicht

32. Wie häufig nutzen Sie das Internet beruflich?

- täglich über 3 Stunden selten
 täglich unter 3 Stunden gar nicht

33. Mit welchen Medien nutzen Sie das Internet? (Mehrfachnennungen möglich)

- Smartphone / Tablet Fernseher
 Computer / Notebook Spielkonsole

34. Wofür nutzen Sie bislang das Internet? (Mehrfachnennungen möglich)

- als Informationsquelle zum Einkaufen
 für Kommunikation (z.B. Facebook) für die Partnersuche
 zur Unterhaltung (z.B. Filme, Spiele) Sonstiges: _____

35. Mit welchen gesundheitsspezifischen Onlineangeboten haben Sie bislang Erfahrungen gemacht? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine Selbsthilfeforen
 Onlinetherapie Reha-Nachsorge (z.B. Trainings APPs)
 Onlinediagnostik (z.B. netdoktor.de) Sonstiges: _____
 gesundheitsbezogene Informationsseiten

Gerne würden wir von Ihnen erfahren, ob Sie ein Onlineangebot für ehemalige Teilnehmer begrüßen und nutzen würden.

36. Würden Sie eine Onlineplattform für ehemalige Teilnehmer nutzen?

- ja nein weiß nicht

37. Für welche Angebote würden Sie eine solche Onlineplattform nutzen?

(Mehrfachnennungen möglich)

Für Kontakte mit:

- meinen Ärzten / Therapeuten aus der Reha
 meinen ehemaligen Mitrehabilitanden
 anderen Menschen mit ähnlichen Beschwerden knüpfen

Zum Austausch über:

- das Thema Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit
 andere Berufe, die besser zu meiner gesundheitlichen Einschränkung passen
 den Umgang mit gesundheitlichen Problemen in der Familie
 Möglichkeiten mit meinen Alltags- und Lebensproblemen besser umzugehen

Für Aktivitäten:

- eigene Angebote für gemeinsame Unternehmungen initiieren
- an bestehenden Angeboten für gemeinsame Unternehmungen teilnehmen

Im Rahmen einer weitergehenden Behandlung bzw. Diagnostik:

- Kontrolle medizinischer Werte (z.B. Blutdruck, Blutzucker)
- Tagebuch (z.B. für Stimmung oder Schmerzen)
- Erinnerungshilfe (z.B. an Medikamente oder Termine)

Informationen über:

- weitere Rehabilitationsmöglichkeiten
- vorhandene Rehabilitationseinrichtungen oder Fachärzte / Therapeuten
- alternative Behandlungsmöglichkeiten
- Medikamente
- regional ansässige Selbsthilfegruppen
- Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Rehabilitation
- Unterstützungsmöglichkeiten bei Anträgen (z.B. für eine Reha)
- Angebote der Arbeitgeber
- den regionalen Arbeitsmarkt für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen

38. Wären Sie bereit, bei einer dauerhaften Nutzung der Onlineplattform, das Angebot finanziell zu unterstützen?

- nein ja, durch eine Spende ja, durch einen regelmäßigen Betrag

Abschließend bitten wir Sie noch ein paar Fragen zu Ihrer allgemeinen Lebenssituation zu beantworten.

39. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand allgemein beschreiben?

- ausgezeichnet gut schlecht sehr schlecht

40. Wie sehen Sie Ihren Gesundheitszustand in den nächsten zwei Jahren?

- wird schlechter unverändert wird besser weiß nicht

41. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation?

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

42. Wie sehen Sie Ihre berufliche Situation in den nächsten zwei Jahren?

- wird schlechter unverändert wird besser weiß nicht

43. Wie zufrieden sind Sie derzeit allgemein mit Ihrem Leben?

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

11.3. Anschreiben Fokusgruppe

Sehr geehrte Frau/ Sehr geehrter Herr...,

zunächst einmal ganz herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft in dieser besonderen Zeit an einem Gruppengespräch via Videokonferenz mit dem ZOOM-Programm teilzunehmen und mit uns über das Thema (Internet-)Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation zu sprechen.

Im Einzelnen möchten Herr Dr. Klaus oder Herr Dr. Meschnig und ich mit Ihnen und drei weiteren Studienteilnehmern folgende Themenkomplexe besprechen:

1. Nachbetreuung/Nachsorge der Rehabilitation
2. Erfahrungen mit der Rückkehr aus der Reha in den Alltag und die Arbeit
3. Austausch/Kontakt mit anderen Rehabilitanden
4. Internetnutzung
5. Aktuelle Erfahrungen mit der Digitalisierung und Corona

Dabei geht es uns vor allem darum, dass Sie miteinander ins Gespräch kommen und gerne auch aufeinander Bezug nehmen. Wir gehen davon aus, dass die Gruppendiskussion zwischen 60 bis maximal 90 Minuten dauert. Bitte tragen Sie unter

<https://doodle.com/poll/phmkdp2evzw8the6>

Ihre Verfügbarkeit ein. Bitte nutzen Sie aus Datenschutzgründen dafür lediglich Ihre Initialen.

Nachdem sich alle eingetragen haben, werde ich Ihnen den konkreten Termin und einen Teilnahmelink für die Zoomsitzung übersenden bzw. falls Sie telefonisch teilnehmen möchten, die Einwahlnummer. Im Anhang finden Sie Anleitungen zur Teilnahme von verschiedenen Geräten.

Damit wir das Gespräch im Nachhinein auswerten können, möchten wir es per Diktiergerät aufzeichnen. Sollten Sie dem nicht zustimmen, teilen Sie uns das bitte mit, dann erfolgt lediglich eine pseudonymisierte Protokollierung der Sitzung durch eine unserer studentischen Hilfskräfte.

Falls Sie noch weitere Fragen zu Zoom oder der Fokusgruppe haben, scheuen Sie sich bitte nicht diese an mich zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen,

11.4. Gesprächsleitfaden Fokusgruppe

Themenkomplex 1: Nachbetreuung/Nachsorge der Rehabilitation

- Einstiegsfrage: *Welche Erfahrungen haben Sie mit der Nachbetreuung seit dem Ende Ihrer Rehabilitation gesammelt?*
- Welche Nachsorgeangebote werden genutzt? Erfahrungen dazu?
- Welche zusätzliche Nachbetreuung hätten Sie sich gewünscht?
- Welche Angebote (Behandlung, Selbsthilfe, Jobcoach etc.) haben Sie neben der Reha-Nachsorge nach Ihrem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung in Anspruch genommen?
- Auf welche Schwierigkeiten sind Sie bei der Inanspruchnahme von Angeboten gestoßen? → Wie konnten Sie diese überwinden?
- (Welche zusätzliche Unterstützung hätten Sie sich von WEM gewünscht?)
- (Welche Rolle haben dabei ehemalige Mitrehabilitanden gespielt? (z.B. Unterstützung bei der Suche nach Angeboten))

Themenkomplex 2: Erfahrungen mit der Rückkehr aus der Reha in den Alltag und die Arbeit

- Einstiegsfrage: *Wie gestaltete sich bei Ihnen die Rückkehr an den Arbeitsplatz? (ist Ihnen eine reibungslose Rückkehr gelungen oder gab es Hemmschwellen; gab es Unterstützungsangebote, wenn ja, welche und von welcher Seite)*
- Hat sich etwas an Ihrem Arbeitsplatz nach der Rückkehr aus der Reha verändert? Wenn ja, was? Wenn nein, warum nicht? (nicht notwendig/nicht möglich)
- (Mit wem konnten Sie sich über Probleme bei der Rückkehr in Arbeit austauschen?)
- Haben Sie das Gefühl, in der Reha Erlerntes, auch in ihrem täglichen Leben umsetzen zu können? Haben Sie wichtige Anregungen mit in den Alltag genommen?
- Hat sich ihr familiärer Alltag nach der Rückkehr aus der Reha verändert? Haben Sie Unterstützung von Partner/Freunden gesucht bzw. erfahren?

Themenkomplex 3: Austausch mit anderen Rehabilitanden

- Einstiegsfrage: *Wie gestaltet sich aktuell Ihr Kontakt mit ehemaligen Mitrehabilitanden?*
- Wie sind diese Kontakte während der Reha zustande gekommen?
- Wieso wollten Sie den Kontakt auch nach der Reha aufrechterhalten?
- Inwiefern profitieren Sie von dem noch bestehenden Kontakt?
- Wie halten Sie Kontakt (virtuell/face-to-face und individuell oder in der Gruppe)?

- Schwachstellen der bisherigen Onlineangebote identifizieren. Beispielhaft: Was bietet etwa WhatsApp nicht?
- Wie würden Sie die vorhandenen Angebote der Reha-Einrichtungen zum Austausch zwischen ehemaligen Rehabilitanden beurteilen? (Würden Sie dies eher begrüßen, oder hätten Sie Bedenken und wenn ja, welche?)

Themenkomplex 4: Internetnutzung

- Einstiegsfrage: *Wofür nutzen Sie das Internet in der Regel?*
- Haben Sie Erfahrungen mit gesundheitsbezogenen Onlineangeboten? Wenn ja, welche?
- Haben Sie bereits Erfahrungen mit Onlinenachsorgeangeboten gesammelt (z.B. Trainingsapps)?
- Wie und wofür nutzen Sie Social Media Angebote wie WhatsApp, Facebook, Twitter und Co.?
- Welche Argumente existieren aus Ihrer Sicht für oder gegen Onlineangebote?

Themenkomplex 5: Aktuelle Erfahrungen mit der Digitalisierung und Corona

- Einstiegsfrage: *Wie hat Corona und die daraus resultierenden Einschränkungen Ihr Leben beeinflusst?*
- Gab es Einflüsse durch Corona auf Ihre Rückkehr in Arbeit und welche?
- Haben sich Ihre beruflichen und privaten Kontakte wegen Corona verändert? Wie macht sich das sichtbar?
- Inwiefern nutzen Sie wegen Corona verstärkt das Internet privat und beruflich? → Welche Programme/Webseiten nutzen Sie hauptsächlich dafür?
- Hat sich Ihre Inanspruchnahme von z.B. gesundheitsbezogenen Angeboten (Therapie, IRENA etc.) durch Corona verändert?

Weitere Fragen direkt zur geplanten Plattform

- Einstiegsfrage: *Würden Sie eine Plattform für ehemalige Rehabilitanden sinnvoll finden?*
- (Was und welche Angebote würden Sie für sich persönlich gerne nutzen?)
- Wie müsste die Seite gestaltet sein, dass Sie sie nutzen würden bzw. wie nicht?
- Welche Befürchtungen bestehen bzgl. des Datenschutzes/der Moderation durch Mitarbeiter der Kliniken? Gibt es hier Vorbehalte und worin bestehen sie?

- Welche Erwartungen an med./fachliche Beratung haben Sie? Ausgestaltung und Professionen
- Welche Bereiche sind Ihnen am wichtigsten?
- Welche Anforderungen würden Sie an einen Berater stellen?

Abschließende Frage:

- Was wäre auf Basis der besprochenen Inhalte und Ihrer Erfahrungen Ihr Ratschlag an uns für die Entwicklung der Plattform?

Spätere Fokusgruppen:

Einschätzung Design:

- Einstiegsfrage: *Wie ist ihr Ersteindruck vom Design?*
- Farben?
- Schriften: groß genug? Kontrast ok?
- Bilder?
- Übersichtlichkeit/Struktur?
- Inhalte: Verständlichkeit? Bedarf etwas der Erklärung?
- Veränderungsvorschläge?
- Was fehlt Ihnen noch?
- Wie Regionalität erzeugen oder reicht das schon mit PLZ?
- Ansprache?
- Tagebuchfunktion: Ernährung + Gewicht, Sport, Stimmung (Smiley oder Stufen), sonstige med. Angaben z.B. Blutdruck, Blutzucker usw., reguläres Tagebuch?
- Kalenderfunktion für Online-Seminare, Aktivitäten und Veranstaltungen aus News: oder übertragen in eigenen Kalender?
- Name?

11.5. Übersicht Teilnehmer Fokusgruppe

Fokusgruppe	Pseudonym, Alter, Geschlecht	gesundheitliche Situation	soziale Einbindung	Beruflicher Werdegang	Besonderheiten	Kommentierung Entwürfe
1 Psychosomatik	Frau Angel 57 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund von Depressionen ✦ Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 1 erwachsener Sohn ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ pädagogische Fachkraft in einer Kindertagesstätte in Teilzeit ✦ nach der Reha keine Springertätigkeit mehr ✦ Nebentätigkeit als Familien- und Kinderkrankenschwester bei Familien 		✓
	Frau Liebig 59 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Anfang 2019 aufgrund von Depressionen ✦ Psychotherapie ✦ Nachsorge mit PsyRena 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ erwachsene Kinder ✦ telefonischer Kontakt zu einem Mitrehabilitanden ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Nach der Reha stufenweise Wiedereingliederung bis 80% und innerbetriebliche Umsetzung zur hauswirtschaftlichen Betriebsleiterin 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Nutzung eines unbegleiteten Onlineselbsthilfeprogramms der Krankenkasse ✦ Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen 	
	Herr Richter 53 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund von Anpassungsstörung ✦ zusätzlich chronische Darmerkrankung und Psoriasis ✦ Nachsorge mit PsyRena (nicht beendet) 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 1 Kind ✦ sich reduzierende WhatsApp-Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ arbeitet im Vertrieb in Vollzeit ✦ Kündigung des Vorgesetzten nach der Reha sorgt für Verbesserung des Arbeitsklimas 		✓
	Frau Riedel 43 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Anfang 2020 aufgrund von Angststörung ✦ Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 2 Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Sachbearbeiterin in der Eingliederungshilfe in Teilzeit 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppe 	✓

			<ul style="list-style-type: none"> ✦ mehrere Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp ✦ städtische Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ positiverer Einstellung zur Arbeit nach der Reha 		
2 Kardiologie	Herr Förster 51 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund von Herzrhythmusstörungen ✦ Zusätzlich psychosomatische Schwierigkeiten, Übergewicht ✦ Nachsorge mit Herzsportgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Fernbeziehung ✦ 5 Kinder (tlw. erwachsen) ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Referent für Airlines in Vollzeit ✦ langer Anfahrtsweg macht Stundenreduktion hinfällig, aber Corona hat zur Entlastung geführt, da die Strecken entfallen 		✓
	Herr Müns- ter 56 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund eines Herzinfarkts im letzten Jahr ✦ Raucher ✦ Psychotherapie ✦ Nachsorge mit Herzsportgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Frau verstorben ✦ 2 Kinder: Sohn mit Asperger-Syndrom, Tochter studiert ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Abteilungsleiter im Telekommunikationsbereich in Vollzeit, nach der Reha Einstieg mit stufenweiser Wiedereingliederung, danach Corona 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppe 	✓
	Herr Völler 58 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Anfang 2020 aufgrund von unspezifischer Herzsymptomatik ✦ Erschöpfung, Übergewicht ✦ Psychotherapie ✦ Nachsorge mit Herzsportgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 3 Kinder ✦ Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Chefredakteur in Vollzeit ✦ keine Änderungen 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Nutzung von Online-diagnostikportalen (netdoktor.de) 	✓
3 Orthopädie	Frau Fischer 53 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund eines doppelten Bandscheibenvorfalles vor 1,5 Jahren ✦ Rehasport in der Gruppe motiviert sie stark 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 17-jährige Tochter ✦ Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp und Telefon 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Personalreferentin in Teilzeit bei Automobilhersteller ✦ technische Anpassung des Arbeitsplatzes 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ sieht keinen Bedarf an der Plattform, fühlt sich sehr gut eingebunden 	

			<ul style="list-style-type: none"> ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Home Office durch Corona erlebt sie als herausfordernd 		
Herr Schneider 56 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund multipler orthopädischer Probleme ✦ Zusätzlich psychosomatische Schwierigkeiten ✦ Nachsorge mit T-Rena 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ noch verheiratet ✦ 3 erwachsene Töchter ✦ Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp und Telefon ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Vertriebsleiter große Industriefirma, gleichzeitig Prokurist in Vollzeit ✦ technische Anpassung des Arbeitsplatzes 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ sehr guter Austausch mit ehem. Mitrehabilitanden, sieht dennoch Bedarf für Plattform 	✓	
Frau Tackenberg 58 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Anfang 2020 aufgrund multipler orthopädischer Probleme ✦ Bereits vorher Reha nach einer Krebserkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 1 Kind ✦ Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp und Telefon ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Leiterin soziale Dienste im Jugendamt ✦ nach Reha 4-Tage Woche 		✓	
Frau Weich 53 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 nach einer Schulter-OP ✦ zusätzlich Brustkrebserkrankung und psychische Problemlagen aufgrund Pflege der Mutter und kranker Tochter ✦ Rehasport 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 2 erwachsene Töchter ✦ Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp und Telefon ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Ganztagsbetreuung Grundschule in TZ 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ sieht keinen Bedarf an der Plattform, wünscht sich f2f Gruppentherapie 		

4 Onkologie	Frau Nabel 59 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund von Brustkrebs ✦ Rehasport 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 3 erwachsene Kinder ✦ sich reduzierende WhatsApp-Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Jugendsozialarbeiterin an Berufsschule in Teilzeit ✦ mithilfe von Urlaub und Überstundenabbau wieder zurückgekehrt 		
	Frau Photon 45 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund von Darmkrebs ✦ zusätzlich Endometriose und Somnambulismus ✦ T-Rena für Orthopädie mitgemacht 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 16-jähriger Sohn, ✦ ländliche Wohngegend 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ QM-Beauftragte in Teilzeit ✦ nach Erkrankung Positionswechsel in Firma, vorher Führungsposition 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ lehnt FB und WhatsApp ab ✦ Nutzung von Online-diagnostikportalen (netdoktor.de) 	
	Frau Staub 50 J., w	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha Mitte 2019 aufgrund von Brustkrebs ✦ zusätzlich Depressionen und Burnout ✦ 2017 Mutter-Kind-Kur ✦ Sport und Fitness als Ausgleich 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 3 Schulkinder (m 17, w 16, m 10) ✦ sich reduzierende WhatsApp-Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden ✦ städtische Umgebung 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ IT-Sachbearbeiterin in Teilzeit, seit Corona Kurzarbeit, evtl. bedroht von Arbeitslosigkeit ✦ Home Office erlebt sie als wohltuend ✦ war durch Erkrankung 1 Jahr raus und hat Anschluss an IT-Entwicklungen verloren, Wiedereingliederung 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ bietet Mitarbeit in Plattform an 	✓
5 LTA	Herr Bruch 46 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha aufgrund von Bandscheibenvorfällen ✦ zusätzlich rheumatische Grunderkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 1 Sohn ✦ großstädtische Umgebung 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Nach der Umschulung zum Tumordokumentar bei einem privaten Träger bis Mitte 2019 Anstellung als medizinischer Fachangestellter in Teilzeit ✦ vorher ca. 20 Jahre Krankenpfleger in der Kinder- 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ während der Fokusgruppe wird ihm Sinn der Plattform klar und er revidiert seine Meinung über eine eigene Nutzung ins positive 	✓

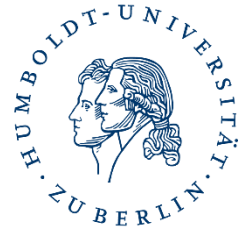
				und Jugendpsychiatrie, Wiedereinstieg über stufenweise Wiedereingliederung krankheitsbedingt gescheitert	✦ negative Erfahrungen mit Selbsthilfegruppe	
Herr Ernst 50 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ mehrere Reha-Maßnahmen aufgrund von Depressionen, Angstzuständen, orthopädischen Beschwerden ✦ zusätzlich Diabetiker, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ verheiratet ✦ 3 Söhne ✦ Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp und Telefon ✦ ländliche Umgebung 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Nach der Umschulung zum Bürosachbearbeiter im BFW bis Anfang 2020 Anstellung als Bürosachbearbeiter in Vollzeit ✦ vorher nach einer 1-jährigen Qualifizierung im Bereich Großhandelskaufmann 5 Jahren Anstellung als Geschäftsstellenleiter eines Vereins in Afrika ✦ vorher 25 Jahre Rettungsdienst, Ausscheiden durch Mobbing am Arbeitsplatz ✦ gelernter Großhandelskaufmann 	✦ Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppe	✓	
Herr Herrmann 49 J., m	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha-Maßnahmen wegen wiederholten Bandscheibenvorfall (2013, 2015) ✦ zusätzlich Depressionen ✦ Tramadolpatient ✦ Nachsorge mit IRENA 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Partnerschaft ✦ ländliche Umgebung ✦ Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden über WhatsApp und Telefon ✦ Zeitraum 1 aus Hochspayer (Nähe Kaiserslautern), Rheinland-Pfalz 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Nach der Umschulung zum Fachinformatiker bei privaten Träger bis Anfang 2020 Anstellung als Senior Sales Manager in Vollzeit ✦ durch Corona von Arbeitslosigkeit bedroht ✦ vorher Bauingenieur 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Nutzung von Online-diagnostikportalen (netdokter.de) ✦ Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppe 	✓	

Herr Peter 31 J., m	✦ Reha-Maßnahmen wegen PTBS und Depressionen	✦ Partnerschaft ✦ sich reduzierende WhatsApp-Kontakte zu ehem. Mitrehabilitanden ✦ städtische Umgebung	✦ Nach der Arbeitsreha bis Mitte 2019 Helfer im Kera- mikbereich in Vollzeit ✦ vorher Elektroniker für Be- triebstechnik		✓
------------------------	---	--	--	--	---

Tabelle 18 Übersicht Fokusgruppenteilnehmer

11.6. Lastenheft Version 1.0 vom 11.01.2021

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



**Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation (InterNa-Reha) – Ein Modellprojekt
zur Stärkung gegenseitiger Unterstützung von Rehabilitanden**

Lastenheft

Version 1.0 vom 11.01.2021

Humboldt-Universität zu Berlin

Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät

Institut für Rehabilitationswissenschaften

Projektbüro Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Post: Unter den Linden 6, 10099 Berlin

Sitz: Invalidenstr. 110, 10099 Berlin, Raum 140

Versionsnr.	Datum	Autor	Änderungsgrund / Bemerkungen
0.1	21.01.20	Sophia Wenk	Ersterstellung
0.2	29.01.20	Sophia Wenk	Überarbeitung nach 1. Review
0.3	04.03.20	Sophia Wenk	Überarbeitung nach 2. Review
1.0	11.01.21	Sophia Wenk	Überarbeitung nach den Experteninterviews

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	214
1.1 Allgemeines	214
1.1.1 Ziel und Zweck dieses Dokuments	214
1.1.2 Projektbezug	214
1.1.3 Abkürzungen	214
1.1.4 Ablage, Gültigkeit und Bezüge zu anderen Dokumenten	214
1.2 Verteiler und Freigabe	214
1.3. Reviewvermerke und Meeting Protokolle	214
1.3.1 Erstes Review am 22.01.2020	214
1.3.2 Zweites Review am 04.03.2020	215
1.3.2 Überarbeitung nach der Auswertung der Experteninterviews am 11.01.2021	215
2. Konzept und Rahmenbedingungen	215
2.1 Ziele des Anbieters	215
2.2 Benutzer/Zielgruppe	216
2.3 Ziele und Nutzen des Anwenders	216
2.4 Systemvoraussetzungen	216
2.5 Ressourcen	217
3. Anforderungsbeschreibung	217
3.1 Nutzerverwaltung	217
3.2 Verwaltung von Foren	219
3.3 Verwaltung des Informationsbereichs	221
3.4 Persönliche Nachrichten als Chatsystem	222
3.5 Auswahl von Präferenzen	223
3.6 Suche	223
3.7 Barrierefreiheit	224
3.8 Datenschutz	226
4. Genehmigung	227

1. Einleitung

1.1 Allgemeines

1.1.1 Ziel und Zweck dieses Dokuments

Dieses Lastenheft beschreibt wesentliche Inhalte für die Erstellung einer Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden. Es dient der Schaffung eines Überblicks über allgemeine Funktionen, die bei der Programmierung berücksichtigt werden sollen (s. Kapitel 3).

1.1.2 Projektbezug

Als Ergänzung zu bestehenden, nicht virtuellen und zeitlich begrenzten Nachsorgeangeboten (PsyRena, IRENA) soll Rehabilitanden eine zeitlich unbegrenzte und kostenfreie institutionalisierte Onlineplattform zum Austausch zur Verfügung gestellt werden, da eine solche im deutschsprachigen Raum bislang nicht existiert.

1.1.3 Abkürzungen

InterNa-Reha - Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation

DRV - Deutsche Rentenversicherung

1.1.4 Ablage, Gültigkeit und Bezüge zu anderen Dokumenten

- S. Infoschreiben Theorie
- S. Designentwurf

1.2 Verteiler und Freigabe

Rolle	Name	Telefon	E-Mail	Bemerkungen
Projektleiter	Ernst v. Kardorff	030/2093-92314	Ernst.von.kardorff@rz.hu-berlin.de	
Projektleiter	Sebastian Klaus	030/2093-92317	Sebastian.klaus@hu-berlin.de	
Wiss. MA	Alexander Meschnig	030/2093-92315	Alexander.meschnig@hu-berlin.de	
Wiss. MA	Sophia Wenk	030/2093-92316	Sophia.wenk.1@hu-berlin.de	Autorin Lastenheft

1.3. Reviewvermerke und Meeting Protokolle

1.3.1 Erstes Review am 22.01.2020

- Geklärt werden muss noch das Budget, mögliche Ressourcen z.B. Server

- Nutzung über Handy wird favorisiert, da App aber teurer ist, wäre webbasiert günstiger: responsives Design
- Es sollen keine Bewertungen möglich sein
- Es sollen keine Tests mit aufgenommen werden
- Der genaue Umfang des Informationsbereichs ist noch unklar, aber da er ins Forum eingebettet ist, sollte er schnell und unkompliziert erweitert werden, Leitfäden, wie Anträge auszufüllen sind, sollen definitiv Inhalt sein
- Der Klarname muss nicht zwingend angegeben werden, die Angabe des Vornamens mit dem Anfangsbuchstaben des Namens wird zum Finden von Kontakten aber empfohlen
- Zwingende Angaben sind: (Nick)name (veränderbar), Passwort+Bestätigung, eine E-Mail Adresse, Klinik mit Abteilung und Aufenthaltszeitraum
- Optional noch zusätzlich eine Statuszeile
- Nach Inaktivität von einem Jahr gibt es einen Reminder, dann werden inaktive Profile oder Gruppen gelöscht
- Nutzer gibt es erst einmal nur zwei: Nutzer und Moderatoren, Arbeitgeber sollen vorerst außen vor gelassen werden, dem übergeordnet noch Admin

1.3.2 Zweites Review am 04.03.2020

Es muss geklärt werden, inwieweit Algorithmen die Arbeit der Moderatoren unterstützen können z.B. bei Nutzung von Schimpfwörtern, Androhung von Suizid o.ä.

1.3.2 Überarbeitung nach der Auswertung der Experteninterviews am 11.01.2021

Die Anforderungsbeschreibungen zu Datenschutz (s. 3.8), Barrierefreiheit (s. 3.7) und sonstige weiterführende Zusatzfunktionen wurden angepasst.

2. Konzept und Rahmenbedingungen

2.1 Ziele des Anbieters

Die Webapplikation soll dazu dienen, dass ehemalige Rehabilitanden nach Abschluss einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme miteinander in Kontakt treten und sich über ihre Situation und ihre Erfahrungen, über Erfolge und Barrieren, über geeignete Strategien bei der Rückkehr in den Alltag und in die Arbeitswelt persönlich in Chats und geschlossenen Gruppen sowie themenspezifisch in offenen Foren austauschen und dadurch voneinander profitieren. Zusätzlich sollen sie sich hilfreiche Informationen über mögliche Unterstützungsangebote und Ansprechpartner verschiedener Träger einholen können. Die Form der Onlineplattform entspricht der eines Forums, in das ein Informationsteil eingebettet werden

soll. Die Entwicklungszeit beträgt ca. ein halbes Jahr, nach aktuellen Zeitplänen bis 31.12.2021. Das maximale Budget beläuft sich dabei auf 130.000,00€.



Abbildung 18 Übersicht über die Bereiche der Onlineplattform

2.2 Benutzer/Zielgruppe

Die Nutzergruppe zeichnet sich durch Heterogenität bzgl. des Alters, der Internetaffinität und Erfahrung im Umgang mit digitalen Angeboten sowie gesundheitlichen Einschränkungen aus. In diesem Zusammenhang ist die Berücksichtigung von Barrierefreiheit und Datenschutz von besonderer Bedeutung. Weiterhin werden Moderatoren mit übergeordneten Rechten Zugriff auf das Forum haben.

2.3 Ziele und Nutzen des Anwenders

Für die Nutzer ist es von Bedeutung, dass sie die Möglichkeit bekommen, sich auch nach der Rehabilitationsmaßnahme zeitlich unbegrenzt mit anderen Rehabilitanden in einen geschützten Rahmen auszutauschen und Kontakt zu finden. Des Weiteren können sie sich trägerübergreifend informieren und erhalten die Möglichkeit sich an professionelle Ansprechpartner (Ärzte, Psychologen, Reha-Berater) zu wenden, wenn dies erforderlich sein sollte.

2.4 Systemvoraussetzungen

Die Webapplikation soll zunächst browserbasiert sein und folgende gängige Browser in der aktuellen Versionen unterstützen: Microsoft Edge, Mozilla Firefox, Apple Safari, Google Chrome, Internet Explorer und Opera. Dabei soll eine Nutzung des Forums auch über Handy zwingend möglich sein, weshalb die Einbindung einer Touchscreenoberfläche berücksichtigt werden muss. Falls nötig wird Java Script zugestimmt. Auf bereits bestehende Frameworks darf zugegriffen werden, insofern sie die Anforderungen unterstützen. Die Entwicklung einer

eigenständigen App für Android, IOS und Windows Phone ist für den späteren Studienverlauf geplant.

2.5 Ressourcen

Es sind kein laufendes System, keine Hostadresse und kein Server vorhanden. Allerdings entstanden im Vorfeld Designentwürfe, die berücksichtigt werden sollen.

3. Anforderungsbeschreibung

Die Anforderungsbeschreibung enthält die:

- Nutzerverwaltung inklusive Rechteverwaltung (Autorisierung), Authentifizierung über Login & Logout, Profil und Persönlicher Bereich
- Verwaltung von Foren und Unterforen mit Threads Beiträgen
- Verwaltung des Informationsbereichs, Online-Seminare
- Persönliche Nachrichten als Chatsystem, Videochat
- Auswahl von Präferenzen
- Suche: Personen, PLZ-Bereich, Stichworte/Themen
- Einhaltung der Barrierefreiheit
- Einhaltung von Sicherheitsstandard und Datenschutz

Für alle Funktionen ist eine flexible Erweiterbarkeit und Veränderbarkeit zu berücksichtigen.

3.1 Nutzerverwaltung

Nr. / ID	1	Nichttechnischer Titel	Nutzerverwaltung inklusive Rechteverwaltung (Autorisierung), Authentifizierung über Login & Logout, Accountl und Persönlicher Bereich			
Quelle	-	Verweise	7cups.com und sideby-side.mind.org.uk	Priorität	hoch	

Beschreibung

Um in den gesperrten Bereichen des Forums zu gelangen, benötigt ein Nutzer einen Account und muss sich auf der Webseite mit diesen Account anmelden (Login). Einen Account kann nur erstellen, wer während der Reha von der Reha-Einrichtung oder nach der Reha von der

DRV über einen hinterlegten Link einen zufällig erstellten QR-Code (Registrierung). Jeder Nutzer sollte nur einen Account erstellen können. Eventuell muss hierfür eine Personalisierung des Codes erfolgen. Ein Nutzer hat jederzeit die Möglichkeit seinen Account zu bearbeiten oder zu löschen. Ein Nutzer soll die Möglichkeit haben, bestimmte Daten eines anderen Nutzers einsehen zu können. Für diese Daten kann der Nutzer selbst entscheiden, ob diese von anderen eingesehen werden können und von wem (alle Nutzer, Freunde, nur er selbst). Bearbeiten oder Löschen eines Accounts kann nur der Nutzer selbst. Ausnahme sind spezielle Nutzer (Moderatoren). Diese können auch andere Nutzer löschen bzw. sperren, falls diese sich z.B. nicht an die Netiquette halten. Zusätzlich sollen aber auch Nutzer einzelne andere Nutzer blockieren können. Den Moderatoren übergeordnet gibt es Admins. Diese haben zusätzlich zu den Rechten der Moderatoren die Möglichkeit diese zu benennen und ggf. technische Anpassungen vorzunehmen. Der Nutzer muss die Möglichkeit erhalten, wenn er angemeldet ist, sich von der Seite wieder abzumelden (Logout). Ist der Nutzer angemeldet und einige Zeit inaktiv, sollte er automatisch abgemeldet werden. Nach Inaktivität von einem Jahr erhält der Nutzer über seine angegebene Email einen Reminder, nach weiterer Inaktivität werden inaktive Profile oder Gruppen (s. Abschnitt 3.2) gelöscht

Nicht-optionale Daten:

- Email (zur Registrierung über einen Link, bei vergessenen Passwort und für Reminder erforderlich)
- Passwort (zum Login)
- (Nick)name (der Klarname muss nicht zwingend angegeben werden, die Angabe des Vornamens mit dem Anfangsbuchstaben des Nachnamens wird zum Finden von Kontakten aber empfohlen)
- Präferenzen (dient dazu Themen im Forum zu filtern, s. Abschnitt 3.5)
- Rolle (Nutzer, Moderator, Admin)

Optionale Daten:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Foto
- Über mich (z.B. mit eigener (Krankheits-)Geschichte oder Hobbies)

- PLZ-Wohnbereich
- Statuszeile
- Signatur, die unter Beiträgen erscheint
- Freunde
- Klinik mit Abteilung und den Aufenthaltszeitraum zur Einteilung in eine geschlossene Gruppe (s. Abschnitt 3.2)

weiteres mit niedriger Priorität:

- Persönliche Ziele mit der Möglichkeit der Erinnerung über E-Mails und Kalender zur Festlegung des Datums
- Stimmungstagebuch inkl. Schmerztagebuch
- Eingabe medizinischer Werte z.B. Blutzucker oder Blutdruck zur Übersicht
- Ränge oder Trophäen z.B. bei bestimmter Menge Beiträge oder Anzahl Freunde
- Achtsamkeitsübung oder eine Erinnerung an persönliche Ziele o.ä. nach dem LogIn.

Wechselwirkungen

Wenn ein Nutzer seinen Account löscht, sollen die Beiträge mit „früherer Nutzer“ deklariert werden.

Für die Suche nach Personen ist die Angabe des PLZ-Bereichs günstig. Evtl. kann zur Übersicht auch eine interaktive Karte mit der Anzahl der Nutzer aus den Regionen erstellt werden (Priorität niedrig).

Risiken

Es muss garantiert werden, dass optionale Daten nur von den freigegeben Nutzern eingesehen werden können.

Vergleich mit bestehenden Lösungen

7cups.com und sidebyside.mind.org.uk sind zwei Seiten aus dem Ausland, die eine ähnliche Plattform wie wir wollen, erstellt haben. Daran kann eine Orientierung erfolgen.

3.2 Verwaltung von Foren

Nr. / ID	2	Nichttechnischer Titel	Verwaltung von Foren und Unterforen mit Threads und Beiträgen
----------	---	------------------------	---

Quelle	-	Verweise	7cups.com und sideby-side.mind.org.uk	Priorität	hoch
--------	---	----------	--	-----------	------

Beschreibung

Es soll ein Grundgerüst von Foren und Unterforen geben, das sich in einen Informationsbereich (s. Abschnitt 3.3), ein themenspezifisches Forum nach Indikationsgruppen sowie einen Bereich für geschlossene Gruppen gliedert.

Das themenspezifische Forum und die geschlossenen Gruppen sind nur nach Login sichtbar. Nutzer können keine eigenen Threads erstellen, sondern müssen eine Anfrage an einen Moderator richten, der nach Prüfung auf Dopplungen und Übereinstimmung mit Netiquette und AGBs diesen im passenden Unterforum erstellt z.B. im Forum Psychosomatik, im Unterforum Medikamente einen Thread zum Thema Erfahrungen mit Citalopram. Die jeweiligen Beiträge können dann von allen Nutzern erstellt, editiert und gelöscht werden (ein Nutzer darf nur eigene Beiträge bearbeiten und löschen mit Ausnahme von Moderatoren).

Es soll eine Meldefunktion eingebaut werden, mit der einzelne Beiträge bei Verstoß gegen die Netiquette an die Moderatoren weitergeleitet werden, die die Ersteller dann verwarnen oder bei wiederholten Verstößen verbannen. Zudem sollen die Moderatoren Threads archivieren oder löschen können. Für Moderatoren soll es einen nur für diese Rolle zugänglichen Bereich geben, der Hinweise zur Tätigkeit als Moderator enthält.

Die geschlossenen Gruppen können nur nach einer Annahme durch den jeweiligen Ersteller der Gruppe aufgenommen werden und die Inhalte einsehen. Die Gestaltung wird der geschlossenen Gruppe überlassen. Es soll die Möglichkeit bestehen Fotos oder andere Materialien hochzuladen. Moderatoren haben keinen Zugriff auf diese Gruppen, es sei denn, sie sind Teil davon.

Beispiele für geschlossene Gruppen sind

1. die Klinik nach Aufenthaltszeitraum, in die die Nutzer nach Erstellung eines Accounts zugewiesen werden, wenn sie das möchten,
2. real existierende Nachsorgegruppen, die sich unter der Gruppenleitung organisieren oder
3. Nutzer, die sich zusammenschließen wie z.B. Töpfergruppe Berlin Spandau o.ä.

Nach Inaktivität von einem Jahr erhält der Ersteller der geschlossenen Gruppe über seine angegebene Email einen Reminder, nach weiterer Inaktivität werden die Gruppe und deren Beiträge gelöscht.

Damit die Nutzer die Möglichkeit haben gemeinsame Aktivitäten zu initiieren soll es ein Forum nach PLZ-Bereichen geben, in denen Angebote für gemeinsame Unternehmungen von den Nutzern angelegt werden können. Als Information sollen Übungsanleitungen für Sport hinterlegt werden.

Zur besseren Orientierung in diesem Bereich soll es Navigationsfunktionen geben, mit denen man bestimmte Themen ein- bzw. ausklappen kann, schnell zum Anfang oder Ende des Threads oder der Seite gelangt. Zudem soll z.B. farblich auf neue Beiträge oder Threads hingewiesen werden.

Wechselwirkungen

Keine bekannt

Risiken

Keine bekannt

Vergleich mit bestehenden Lösungen

7cups.com und sidebyside.mind.org.uk sind zwei Seiten aus dem Ausland, die eine ähnliche Plattform wie wir wollen erstellt haben. Daran kann sich orientiert werden.

3.3 Verwaltung des Informationsbereichs

Nr. / ID	3	Nichttechnischer Titel	Verwaltung des Informationsbereichs		
Quelle	-	Verweise	Priorität	hoch	

Beschreibung

Der Informationsbereich stellt einen offenen Bereich dar, der auch ohne vorherige Registrierung und Login einsehbar ist. Der genaue Umfang des Informationsbereichs ist noch unklar, aber da er ins Forum eingebettet ist, sollte er schnell und unkompliziert erweiterbar sein. Da es keine Nutzereinschränkung gibt, soll es keine Möglichkeit geben auf Beiträge antworten zu können und entspricht demzufolge eher einem Wiki. Bisher festgelegte Inhalte sind:

- ein Leitfaden über vertrauenswürdige Quellen, z. B. Cochrane, rehadat und je einer weiteren Quelle pro Indikationsgruppe mit Verlinkung der entsprechenden Seiten
- trägerübergreifende Informationen zu Unterstützungsangeboten mit Verlinkungen z.B. zur beruflichen Wiedereingliederung, zu Rechtsfragen und Leitfäden zum Ausfüllen von Anträgen.

Die Eingabe und Aktualisierung erfolgt ausschließlich durch Moderatoren mit Angabe des letzten Aktualisierungsdatums.

Entweder in diesen Teil mit eingebettet oder als weiteren Unterpunkt soll es die Möglichkeit für registrierte Nutzer geben an Online-Seminaren teilzunehmen. Die Priorität ist aber erst einmal gering.

Wechselwirkungen

Keine bekannt

Risiken

Keine bekannt

Vergleich mit bestehenden Lösungen

Keine vorhanden

3.4 Persönliche Nachrichten als Chatsystem

Nr. / ID	4	Nichttechnischer Titel	Persönliche Nachrichten als Chatsystem		
Quelle	-	Verweise	Übliche Chatsysteme	Priorität	hoch

Beschreibung

Um den Austausch zwischen den Nutzern anzuregen, sollen persönliche Nachrichten zwischen zwei Nutzern möglich sein. Die Nachrichten sollen über einen vom Nutzer festlegbaren Zeitraum erhalten bleiben.

Ergänzend zum schriftlichen Austausch wünschten sich die Rehabilitanden die Möglichkeit von Videochats als Zwischenschritt in Richtung realer Kontakt bzw. Ersatz in Rahmen der Pandemie. Allerdings soll diese Funktion nur eingebunden werden, wenn die technische Umsetzung nicht zu umfangreich ist. Die Priorität ist mittel.

Wechselwirkungen

Wenn ein Nutzer seinen Account löscht, sollen die Beiträge mit „früherer Nutzer“ deklariert werden.

Risiken

Keine bekannt

Vergleich mit bestehenden Lösungen

Keine vorhanden

3.5 Auswahl von Präferenzen

Nr. / ID	5	Nichttechnischer Titel	Auswahl von Präferenzen		
Quelle	-	Verweise		Priorität	mittel

Beschreibung

Bei der Erstellung des Profils sollen die Nutzer Themen, die sie interessieren auswählen können. Zur Erhaltung der Übersichtlichkeit werden ihnen nur diese auf der Startseite angezeigt. In den Profileinstellungen können sie diese Präferenzen wieder ändern, wodurch sich die Startseite anpasst. Allerdings soll es zusätzlich die Möglichkeit z.B. über einen Button geben, sich alle Foren ansehen zu können.

Wechselwirkungen

Keine bekannt

Risiken

Keine bekannt

Vergleich mit bestehenden Lösungen

Keine vorhanden

3.6 Suche

Nr. / ID	6	Nichttechnischer Titel	Suche: Personen, PLZ-Bereich, Stichworte/Themen		
Quelle	-	Verweise		Priorität	hoch

Beschreibung

Es soll eine klassische Suchfunktion implementiert werden, über die sich schnell Personen über die Angabe des Namens, der Klinik oder des PLZ-Bereichs, Angebote im PLZ-Bereich oder Threads und Beiträge über Stichworte finden lassen. Es bietet sich an, neben dem PLZ-Bereich auch eine Entfernungsangabe in Kilometern machen zu können.

Wechselwirkungen

Keine bekannt

Risiken

Keine bekannt

Vergleich mit bestehenden Lösungen

Suche nach Begriffen

Suche nach Begriff

Nur Betreff durchsuchen

Geben Sie einen oder mehrere Begriffe ein. Ein Begriff muss mindestens vier Zeichen lang sein.

Suche nach Autor

Exakter Treffer

Nur gestartete Themen des Nutzers finden

Im Zeitraum

<input type="text" value="von"/>	
<input type="text" value="bis"/>	

Sortierung

<input type="text" value="Datum"/>	<input type="text" value="absteigend"/>
------------------------------------	---

Ergebnisse als Themen anzeigen

Suche in

Artikel Seiten Forum

Abbildung 19 Beispiel einer Suchfunktion

3.7 Barrierefreiheit

Nr. / ID	7	Nichttechnischer Titel	Einhaltung der Barrierefreiheit
----------	---	------------------------	---------------------------------

Quelle	-	Verweise	BIVT/WCAG	Priorität	hoch
--------	---	----------	-----------	-----------	------

Beschreibung

Aufgrund von vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss bei der Erstellung der Onlineplattform auf Barrierefreiheit geachtet werden. Eine Übersicht der BIVT-Kriterien ist zu finden unter https://www.bitvtest.de/bitv_test/das_testverfahren_im_detail/pruef-schritte.html.

Dabei sind in Bezug auf die Indikationsgruppen nicht alle Kriterien von gleich hoher Priorität. So ist die Bereitstellung der Informationen in Gebärdens- oder leichter Sprache vorerst nicht vorgesehen.

Relevant sind dagegen:

- Nicht-Text Inhalte (Bedienelemente, Grafiken und Objekte)
- Untertitel bei bereitgestellten Videos
- Berücksichtigung von Kontrasten und Abständen
- Vergrößerungsfunktion
- Bedienbarkeit ohne Maus

Weiterhin interessant könnten die Möglichkeiten einer Vorlesefunktion, Sprachaufnahme, Text in Sprache und Sprache in Text sein. Da diese Funktionen in der Programmierung jedoch aufwändig sind, ist die Priorität niedrig.

Da nicht alle Nutzer gleichermaßen internetaffin sind, soll es einen Testbereich zum Hochladen von Videos und Fotos und generell Hinweise und Tutorials zur Nutzung der Webapplikation geben.

Wechselwirkungen

Entsprechende Anpassungen der anderen Anforderungen.

Risiken

Keine bekannt

Vergleich mit bestehenden Lösungen

Es sollen die erforderlichen Kriterien des BIVT erfüllt werden.

3.8 Datenschutz

Nr. / ID	8	Nichttechnischer Titel	Einhaltung von Sicherheitsstandards und Datenschutz	
Quelle	-	Verweise	Priorität	hoch

Beschreibung

Maßgeblich bestimmend sind die Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgesetze der Bundesländer (LDSG). Weiterhin zu berücksichtigen sind das Telemedizingesetz (TMG) und spezielle Anforderungen aus dem Gesundheitswesen, wie z.B. die Schweigepflicht, die im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt ist. Änderungen in den Gesetzen müssen entsprechend zeitnah umgesetzt werden.

Grundsätzlich sind die sechs Grundprinzipien des Datenschutzes zu

- Transparenz der Datenverarbeitung und Aufklärung der Nutzer,
- Intervenierbarkeit (Starten, Stoppen und Art und Weise der Datenverarbeitung),
- Datensparsamkeit und Zweckbindung (Nichtverkettbarkeit),
- Datensicherung (Verfügbarkeit),
- Schutz vor Angriffen und Manipulation (Integrität),
- Schutz vor Einsicht durch Unbefugte (Vertraulichkeit).

Die Datensicherheit ist als Grundvoraussetzung für den Datenschutz anzusehen. Dafür müssen die aktuellen technischen Standards bzgl. Verschlüsselung eingehalten werden. Generell betrifft das die Systemverfügbarkeit, Interoperabilität, Zugriffskontrolle und Authentifizierung, Datenintegrität, Netzwerksicherheit, Sicherheitsexpertise und -bewusstsein, Schutz vor Datenverlust, Standardisierung, Compliance und Vertrauen, Management von grenzüberschreitenden Ereignissen, Incident-Management und physikalische und umweltbezogene Sicherheit. Kontrollmaßnahmen bzgl. der Zutritt-, Zugangs-, Zugriff-, Weitergabe-, Eingabe-, Auftrags-, Verfügbarkeitskontrolle und Trennung der Daten nach Zwecken ist entsprechend der gesetzlichen Regelungen vorzunehmen.

Daraus ergeben sich eine Reihe von Anforderungen, die zu berücksichtigen sind:

- Zur Erstellung und Gewährleistung eines geschützten Rahmens erfolgt die Zugangscodevergabe nur für Rehabilitanden.

- Sämtliche Vorgänge zur Datenspeicherung, -übertragung und –nutzung müssen für die Nutzer transparent dargestellt werden. Es bietet sich an die eigenen Daten einsehbar, editierbar und löscher zu machen.
- Zur Datenübertragung muss eine Ende-zu-Ende Verschlüsselung genutzt werden.
- Dabei ist im Spannungsfeld von Anonymität und kennenlernen abzuwiegen und es ist unter Umständen erforderlich die Nutzer zu schützen und Klarnamen und Adressen zu entfernen.
- Der Server für die Datenspeicherung muss sich in Deutschland befinden und eine asynchrone Verschlüsselung aufweisen. Günstig wäre eine Ankopplung an bereits bestehende Server der DRV.
- Bei Verlinkungen muss darauf hingewiesen werden, dass externe Anbieter eigene Cookies setzen können. Um eine möglichst weitgehende Anonymität zu erreichen muss das Abgreifen von Daten durch externe Anbietern unterbunden werden. Das bedeutet, dass keine Login-Möglichkeit über ein Facebook- oder Google-Profil bestehen darf, als auch die Vermeidung von anderen Google-Diensten wie Google-Analytics.
- Die Onlineplattform sollte in Abgrenzung zu Datenkraken wie Facebook und WhatsApp stehen (kein Tracking).
- Bei einer evtl. Einstellung der Onlineplattform muss die Datensicherheit weiterhin gewährleistet werden.

Wechselwirkungen

Keine bekannt

Risiken

Es dürfen keine Daten an Dritte gegeben werden. Das betrifft vor allem Google oder Facebook, aber auch die Kostenträger selbst.

Vergleich mit bestehenden Lösungen

Keine vorhanden

4. Genehmigung

Die Genehmigung erfolgt

Datum:

Unterschrift Auftraggeber:

Unterschrift Projektleiter:

Weitere Unterschriften:
