DRV-Schriften Band 113

Sonderausgabe der DRV

27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Rehabilitation bewegt!
vom 26. bis 28. Februar 2018 in München

Februar 2018

Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Vorankündigung:

Das
28. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium
Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

findet gemeinsam mit dem

15. EFRR Congress
Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation

vom

15. bis 17. April 2019
im Maritim Hotel in

Berlin
statt.

Ansprechpartner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich Reha-Wissenschaften
10704 Berlin

Telefon: 030 865-39336
Telefax: 030 865-28879
E-Mail: kolloquium@web.de
Internet: www.reha-kolloquium.de

Tagungsort

Maritim Hotel Berlin
Stauffenbergstraße 26
10785 Berlin

27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium
Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**, Dr. Hans-Günter **Haaf**,
Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch**,
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Programmkomitee

Prof. Dr. H.H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. M. **Bassler** (Clausthal-Zellerfeld), Prof. Dr. C.P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. M. **Bethge** (Lübeck), Prof. Dr. W.F. **Beyer** (Bad Füssing), Prof . Dr. E.M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), Dr. D. **Girbig** (Stuttgart), Prof. Dr. H.J. **Glaser** (Bad Hersfeld), Prof. Dr. W. **Göhner**, Prof . Dr. G. **Grande** (Leipzig), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Dr. A **Kobelt** (Laatzen), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow), Prof . Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. G. **Krischak** (Bad Buchau), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. T. **Meyer** (Hannover), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. K. **Nebe** (Halle-Wittenberg), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Dr. K. **Schultz** (Bad Reichenhall), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), PD Dr. U. **Seifart** (Marburg), Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof . Dr. H. **Völler** (Rüdersdorf), Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof . Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Prof . Dr. M.A. **Wirtz**, Dr. S. **Weinbrenner** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel).

Kongresskomitee

Astrid **Rosendahl**, Kerstin **Seidel** (Organisation),
Katrin **Parthier**, Daniela **Sewöster** (Wissenschaft),
Deutsche Rentenversicherung Bund

Tobias **Blaut**, Christian **Plößel**, Petra **Maaß**, Johannes **Süß** (Organisation)
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Tagungsband

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Schriftleiter: Dr. Dirk von der Heide, Telefon: 030 86589178, Telefax: 030 86589425.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 21,00 Euro (Ausland 28,00 Euro) inkl. Versandkosten, jährlich zu beziehen, das Einzelheft 5,50 Euro (Ausland 7,00 Euro) inkl. Versandkosten. Das Abonnement kann nur bis zum 30. September für das folgende Jahr gekündigt werden.

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Deutschen Rentenversicherung Bund wieder. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Gewähr. Nachdruck ist unter Quellenangabe nur mit Genehmigung der Schriftleitung zulässig. Satz und Druck: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin.

Die DRV-Schriften sind kostenfreie Sonderausgaben der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“.

ISBN 978-3-9817814-8-9

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 27. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in München begrüßen wir Sie herzlich.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist als Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung das wichtigste Forum für praxisrelevante Ergebnisse zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Jährlich nehmen über 1.600 Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis, Medizin, Psychologie und Therapie, Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik teil. Das 27. Kolloquium 2018 wird veranstaltet durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd und die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).

Regelmäßige körperliche Aktivität gilt als integraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Das gesundheitsförderliche Potential von körperlicher Aktivität wird allerdings nicht ausgeschöpft. Technischer Fortschritt in Beruf, Haushalt und Verkehr hat in den letzten Jahrzehnten zur massiven Reduktion von Bewegung und körperlicher Arbeit geführt. Lebensgewohnheiten und Freizeitverhalten haben sich verändert, so dass viele Menschen sich nicht ausreichend bewegen. Vor diesem Hintergrund wurden z. B. im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums „Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ erarbeitet und 2016 veröffentlicht.

Insbesondere chronische Kranke profitieren von regelmäßiger Bewegung. Deshalb nehmen evidenzbasierte bewegungstherapeutische Angebote in der Rehabilitation einen breiten Raum ein.

„Rehabilitation bewegt!“ adressiert aber nicht nur Themen wie Bewegungsförderung und Bewegungstherapie. Wir möchten ebenso alle Expertinnen und Experten ansprechen, die durch die Rehabilitation jeden Tag beruflich und persönlich bewegt werden. Auch die Rehabilitation selbst darf nicht stillstehen. Reha-Konzepte und Reha-Strukturen müssen in Bewegung bleiben und stetig fortentwickelt werden.

Der Tagungsband kann auf www.reha-kolloquium.de heruntergeladen werden.

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage Dr. Hans-Günter Haaf Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Interessenkonflikt und Fördermittel

Die Erstautoren der präsentierten Vorträge und Poster wurden nach möglichen Interessenkonflikten und Fördermitteln gefragt. Sofern mögliche Interessenkonflikte und/oder Fördermittel angegeben wurden, sind diese am Ende der jeweiligen Kurzbeiträge veröffentlicht.

Inhaltsübersicht

Plenarvorträge....24
DGRW-Update....29
Assessmentinstrumente I....32
Assessmentinstrumente II....43
Assessmentinstrumente (Poster)....55
Innovative Testdiagnostik für Patientenberichtete Outcomes (PROs) in der medizinischen Rehabilitation....61
ICF und andere Klassifikationen in der Rehabilitation (Poster)....70
Evidenzbasierung und Reviews....74
Evidenzbasierung in der Rehabilitation (Poster)....84
Reha-System (Poster)....87
Qualitätssicherung und Sozialmedizin....98
Qualitätssicherung, -management und Sozialmedizin (Poster)....111
Reha-Bedarf und Reha-Zugang....115
Rehabilitationsnachsorge....128
Rehabilitationspsychologie (Poster)....139
Patientenorientierung / Patientenschulung....150
Aus-, Fort- und Weiterbildung (Poster)....162
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation....165
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster)....176
Rückkehr zur Arbeit....181
Rückkehr zur Arbeit (Poster)....196
Teilhabe und Arbeit....208
Gesundheit und berufliche Teilhabe - Brauchen wir Paneldaten?....219
Weiterentwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben....234
Weiterentwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Poster)....244
Kooperation und Vernetzung bei Prävention und Rehabilitation....257
Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung (Poster)....270
Rechtswissenschaften I....277
Rechtswissenschaften II....286

Internet- und mobile-basierte Interventionen in der medizinischen Rehabilitation.....294
Bewegungstherapie 306
Bewegungsförderung und Bewegungstherapie (Poster).....318
Orthopädische Rehabilitation 330
Orthopädische und rheumatologische Rehabilitation (Poster) 345
Neurologische Rehabilitation.....349
Neurologische Rehabilitation (Poster).....360
Kardiologische Rehabilitation.....368
Kardiologische Rehabilitation (Poster) 383
Onkologische Rehabilitation.....385
Onkologische Rehabilitation (Poster) 396
Pneumologische Rehabilitation 401
Rehabilitation bei psychischen Störungen 410
Rehabilitation bei psychischen Störungen (Poster).....421
Neue Indikationsfelder für die psychosomatische Rehabilitation.....435
Beziehung und Bindungsstile in der psychosomatischen Rehabilitation 447
Psychologische Behandlungsansätze bei chronischen Schmerzen 458
Rehabilitation bei Pflegebedürftigen.....467
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 476
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 489
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster).....501
Diversity 504
Autorenindex.....519
Erstautorenverzeichnis.....524

Inhaltsverzeichnis

Plenarvorträge **24**
Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Anspruch, Qualität, Herausforderungen
Pfeifer, K. *24*
Förderung von körperlicher Aktivität: aktuelle Entwicklungen auf internationaler Ebene
Guthold, R. *27*

DGRW-Update **29**
Rehabilitation der peripheren arteriellen Verschluss-Krankheit
Dörr, G. *29*
Änderungen des SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz – Veränderungen und Handlungsbedarf für Rehabilitationsträger, Leistungserbringer und politische Akteure
Welti, F. *30*

Assessmentinstrumente I **32**
Konstruktvalidierung der SF-12 zur Erfassung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der orthopädischen Rehabilitation und in der Allgemeinbevölkerung
Wirtz, M.A., Morfeld, M., Brähler, E., Glaesmer, H. *32*
Lebensqualitätsmessung in der psychiatrischen Rehabilitation – Effekte und messtheoretische Überlegungen
Senft, B., Schosser, A., Leonhart, R. *33*
Methodenkritischer Vergleich der Depressionsskalen von HEALTH-49 und SCL-90-R in der psychosomatischen Rehabilitation
Hagen, D., Rampoldt, D., Schäfer, R., Franz, M. *36*
Der 6-Minuten-Gehtest als Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit von Patienten nach Hüft- oder Knietotalendoprothese
Hadzic, M., Rabe, S., Salzwedel, A., Krause, M., Reich, H., Hentschke, M.-P., Völler, H. *38*
Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen bei Krebspatientinnen und Krebspatienten anhand unterschiedlicher Screeninginstrumente
Bergelt, C., Albrecht, D., Barth, J., Mehnert, A. *40*

Assessmentinstrumente II **43**
Das ICF-basierte Umwelt-Faktoren-Assessment: Entwicklung und erste Validierung
Mainz, V., Böcker, M., Gecht, J., Geiger, M., Quack, V., El Mansy, Y., Müller, A. *43*
Entwicklung eines Testmanuals für arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik mit dem Sapphire-System
Andreeva, E., Geissler, N., Gutenbrunner, C. *45*
Einsatz eines Planungskompetenztrainings im RehaAssessment® - eine Machbarkeitsstudie
Arling, V., Benke, J., Held, R., Knispel, J. *47*
Kriteriale Validierung des SF-12 zur Erfassung der gesundheitsbezogen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe
Drixler, K., Kuntz, L., Morfeld, M., Glaesmer, H., Brähler, E., Wirtz, M.A. *50*

Rehabilitandenzufriedenheit im Spiegel globaler und mehrdimensionaler Messungen
Schmidt, J., Kriz, D., Kaiser, U., Nübling, R. *52*

Assessmentinstrumente (Poster) **55**
Zufriedenheit und subjektiv wahrgenommene Fairness von Versicherten mit dem Begutachtungsprozess. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens
Lohss, R., Bachmann, M., Walter-Meyer, B., De Boer, W., Kunz, R., Fischer, K. *55*
Vergleichende Analyse von Methoden zum Umgang mit Missing Data im SF-12 Version 2.0
Roettele, N., Morfeld, M., Glaesmer, H., Brähler, E., Wirtz, M.A. *56*
Mini-ICF-APP-S Activity and Participation in patients with mental disorders in self-rating
Linden, M., Muschalla, B., Baron, S., Ostholt-Corsten, M. *58*

Innovative Testdiagnostik für Patientenberichtete Outcomes (PROs) in der medizinischen Rehabilitation **61**
Entwicklung und Überprüfung einer Itembank für Angst bei Patienten in der orthopädischen Rehabilitation
Kallinger, S., Scharm, H., Böcker, M., Baumeister, H. *61*
Überprüfung eines Itempools zur Erfassung von Behandlungsmotivation im Klinikalltag
Scharm, H., Kallinger, S., Böcker, M., Baumeister, H. *63*
Möglichkeiten IRT-basierter Methoden zur konstruktbasierten Erfassung körperlicher Funktionsfähigkeit am Beispiel der PROMIS Physical Function Itembank
Liegl, G., Fischer, H.F., Nolte, S., Rose, M. *65*
Test-Equating in der Depressionsdiagnostik unter Anwendung der probabilistischen Testtheorie
Böcker, M., Kreiner, S., Volz-Sidiropoulou, E., Wirtz, M.A., Forkmann, T., Nielsen, T. *67*

ICF und andere Klassifikationen in der Rehabilitation (Poster) **70**
Die gemeinsame Verwendung von WHO-Klassifikationen am Beispiel von Fallstudien zu Verletzungen und Erkrankungen der Hand
Coenen, M., Kus, S., Eisele, A., Rudolf, K.-D., Dereskewitz, C. *70*
Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Patient(inn)en mit traumatischen Handverletzungen – eine biopsychosoziale Perspektive
Eisele, A., Dereskewitz, C., Kus, S., Oberhauser, C., Rudolf, K.-D., Coenen, M. *72*

Evidenzbasierung und Reviews **74**
Cluster-randomisierte Studien in der Rehabilitationsforschung: ein (zu) selten genutztes Studiendesign?
Kaluscha, R., Dreyhaupt, J., Dannenmaier, J., Krischak, G., Muche, R. *74*
Psychosoziale Interventionen zur Rehabilitation von Überlebenden einer pädiatrischen Krebserkrankung und ihren Familien: Eine systematische Übersichtsarbeit
Peikert, M.L., Inhestern, L., Bergelt, C. *76*
Einflussgrößen zu Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität von Patienten mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen - eine systematische Literaturübersicht
Coenen, M., Simmel, S., Esteban, E., Kus, S., Seyfried, F., Bühren, V. *78*

Förderung von körperlicher Aktivität bei Patient(inn)en mit muskuloskelettalen Beschwerden – Welche Techniken der Verhaltensänderung sind effektiv?
Eisele, A., Schagg, D., Krämer, L., Bengel, J., Göhner, W. *80*

Veränderte motorische Kontrolle bei Personen mit unspezifischen Rückenschmerzen während des Gehens – eine systematische Literaturanalyse
Koch, C., Hänsel, F. *82*

Evidenzbasierung in der Rehabilitation (Poster) **84**

Wirksamkeit und Nutzen der medizinischen Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen: Rekrutierung und Studienstichprobe der MERCED-Studie
Hüppe, A., Langbrandtner, J., Lill, C., Raspe, H. *84*

Reha-System (Poster) **87**

"Apotheker vor Ort" - ein neues Konzept zur Verbesserung der Therapiesicherheit in der medizinischen Rehabilitation
Berwanger, C., Petri, H. *87*

Kenntnisse, Bewertungen und Informationsbedarf zum Thema Rehabilitation: Quantitative Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten/innen und Orthopäden/innen in Westfalen-Lippe
Fröhlich, S., Niemeyer, R., Greitemann, B. *89*

Können Hausarzt- bzw. Rehabilitandenangaben zum Rehabilitationserfolg als Indikatoren für den Nutzen der Rehabilitation dienen?
Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G. *92*

Welche Bedeutung hat der Sozialraum der Versicherten in der stationären medizinischen Rehabilitation? Eine Multi-Method-Studie in stationären Reha-Zentren
Streibelt, M. *95*

Qualitätssicherung und Sozialmedizin **98**

Evaluation des katamnestischen Rehabilitationserfolges stationär behandelter Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen
Mestel, R. *98*

Wie gelangen die Versicherten in der medizinischen Rehabilitation in die Sozialberatung? Eine Befragung von Sozialdiensten in Reha-Einrichtungen
Streibelt, M., Keßler, C., Goedecker-Geenen, N., Adolph, H. *100*

Zusammenhänge zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und ausgewählten QS-Daten: Relevanz für die Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagement-systems (QMS)
Kaiser, U., Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Toepler, E. *102*

Sozialmedizinische Empfehlung und beruflicher Status bei Patienten mit Multipler Sklerose aus einer neurologischen Rehabilitationsklinik
Schnell, R., Nielsen, J., Saliger, J., Karbe, H., Arling, V. *104*

Mitarbeiterqualifizierung für die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team: Status quo und Maßnahmen
Bollmann, K., Hesse, B., Körner, M., Schaidhammer-Placke, M., Dibbelt, S., Greitemann, B. *106*

Qualitätssicherung von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten: Ergebnisse aus einem bundesweiten Verfahren zur Erwerbsfähigkeit und Störungsbildern
Gehrke, J. *109*

Qualitätssicherung, -management und Sozialmedizin (Poster) 111
Prognose der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung – Wunschdenken oder Realität?
Simmel, S. 111
Konzept und Ablauf des Peer-Review-Verfahrens der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Beurteilung von Durchgangsarztberichten
Szczotkowski, D., Neik, C., Wittwer, M., Polak, U., Kohlmann, T. 112

Reha-Bedarf und Reha-Zugang 115
Soziale Teilhabe und Ungleichheitsmerkmale bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Eine Analyse vor Reha-Teilnahme (MERCED-Studie)
Lill, C., Hüppe, A., Langbrandtner, J., Maier, W., Raspe, H. 115
Eine webbasierte Intervention zur Förderung von Anträgen zur medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie
Spanier, K., Bethge, M. 117
Bedeutung des Ultra-Kurz-Screening (UKS) für psychosoziale Belastungen im Zuweisungsprozess zur medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden
Schmidt, S., Samos, F.-A., Klement, A., Krüger, J.-M., Mau, W. 119
Liefert der SIMBO im Antragsverfahren eine zuverlässige Einschätzung des MBOR-Bedarfs?
Markus, M., Schuler, M., Streibelt, M., Bethge, M. 122
Zusammenhänge zwischen Erwerbsbiographie und bedarfsgerechter MBOR - Zuweisung
Knapp, S., Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G. 124
Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenaht - der richtige Zeitpunkt. Ein länderübergreifender Vergleich
Schricker, T., Belsoe, M., Danner, R. 126

Rehabilitationsnachsorge 128
Heidelberger Kompetenztraining als Mentaltraining zur nachhaltigen Nikotin-entwöhnung
Nechwatal, R., Glatz, L., von der Heide, M., Knörzer, W. 128
Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden – Machbarkeit in der Reha-Klinik aus Sicht der Mitarbeitenden
Ahnert, J., Küffner, R., Musekamp, G., Anzelini, M., Reuss-Borst, M., Reusch, A. 129
Einsetzbarkeit eines computergestützten Home-Monitorings zur Evaluierung der Langzeitwirksamkeit stationärer onkologischer Rehabilitation
Riedl, D., Rumpold, G., Nickels, A., Licht, T., Holzner, B. 132
Viadukt: Internetbasierte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Bedarf, Inanspruchnahme und Zufriedenheit bei depressiv erkrankten Männern
Poppelreuter, M., Jakob, T., Baumeister, H., Mittag, O., Geigges, W. 134
Zielorientierte individuelle Nachsorge (ZINA): ein bedarfsorientiertes differenzielles Nachsorgekonzept für die psychosomatische Rehabilitation
Spyra, K., Fahrenkrog, S., Bernert, S., Marquardt, M., Orban, A., Symannek, C., Martius, P. 136

Rehabilitationspsychologie (Poster) 139
ÖdiPLUS - ein erweitertes Konzept zur psychologischen Behandlung von Ödempatientinnen
Grüny, W., Rabus, A. 139
„Attraktivität ist natürlich nichts, was mit Krankheit aufhört“. Die psychologische Bedeutung von Hilfsmitteln für die NutzerInnen – Ergebnisse aus dem Projekt „Anwenderbedürfnisse bezüglich selbstwertschützender Assistenzsysteme"
Kleineke, V.E., Menzel-Begemann, A. 141
Einstieg ins erwerbsbiographische Leben: Motive zur (Erst-)Berufswahl bei beruflichen Rehabilitanden
Knispel, J., Arling, V. 143
Virtuelle Realität als neue Chance in der Rehabilitation? - Eine Analyse zur Motivation von Rehabilitanden
Waldmann, G., Seidel, S. 145
Informationen über Einschränkungen als Stellschraube bei der Personaleinstellung von psychisch erkrankten Bewerbern
Slavchova, V., Arling, V. 147

Patientenorientierung / Patientenschulung 150
Einstellungen von Ärzten und Therapeuten gegenüber der Anwendung von patientennahen Assessments in der Rehabilitation
Buchholz, M., Meyer-Moock, S., Feng, Y.-S., Kohlmann, T. 150
InResPro - Integrative Resilienzförderung im Reha-Prozess: Entwicklung einer verhaltens- und verhältnisorientierten Intervention
Christoffer, A., Altenhöner, T., Heuft, G., Stock Gissendanner, S. Hinrichs, J. 152
Wie wichtig ist die medizinische Rehabilitation für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen? Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts
Mattukat, K., Raberger, K., Böhm, P., Müller, A., Keyßer, G., Schäfer, C., Mau, W. ...154
Vorhersage der subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose sechs Monate nach medizinischer Rehabilitation durch Reha-Motivation und Selbstwirksamkeit bei Diabetes-II-Patienten
Arling, V., Huth, F., Slavchova, V., Pollmann, H. 157
Evaluation eines Train-the-trainer Schulungsprogramms zur Durchführung von Patientenschulungen
Inhestern, L., Ullrich, A., Köhler, M., Wehrmann, J., Raida, M., Bergelt, C. 160

Aus-, Fort- und Weiterbildung (Poster) 162
Anpassung des MediaWiki für kompetenzbasierte rehabilitationsbezogene Lehre (EDgar-Projekt) an den revidierten Lernzielkatalog 2017 der DGRW und DGPMR
Schmidt, S., Schwabe, S., Wichmann, D., Mau, W. 162

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation 165
Bedarf an berufsbezogenen Therapieangeboten aus Rehabilitandensicht - Ergebnisse einer Versichertenbefragung im DRV-Bund Projekt MBOR-R
Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M. 165
Viele Rehabilitanden mit BBPL in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik sind eine neue Herausforderung an die Rehabilitationskonzepte der Klinik
Rüddel, H. 167

Therapieverlauf von MBOR Rehabilitanden
Frege, I., Vollmer, H.C., Domma, J. *169*
Wahrgenommene Behandlungsdosis in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation
Bethge, M., Markus, M., Schuler, M., Streibelt, M. *171*
Einfluss des EFL auf die subjektiv wahrgenommene physische Leistungsfähigkeit von traumatologischen Rehabilitanden
Schindl, M., Wassipaul, S., Wagner, T., Gstaltner, K. *173*

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster) **176**
Förderfaktoren und Barrieren bei der Konzeptionierung und Implementierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprozessen
Preßmann, P., Philipp, J., Leibbrand, B. *176*
Formative Evaluation des MBOR-Angebots „Beruf – wie geht es weiter?“ in der Klinik Bad Reichenhall
Gerlich, C., Schwaighofer, B., Schultz, K. *178*

Rückkehr zur Arbeit **181**
Entwicklung objektivierbarer Zuweisungskriterien zur komplexen Stufenweisen Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation (STWmbR)
Strahl, A., Hauskeller, W., Rüther, W., Danner, H.W. *181*
Bedenken und Ängste gegenüber der Personaleinstellung körperlich behinderter Menschen in Abhängigkeit von der Behinderungsform
Slavchova, V., Arling, V. *183*
Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentern
Briest, J. *186*
Qualitative Analyse der Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben von Versicherten am Ende ihres Erwerbsminderungsrentenbezugs
Bökel, A., Nowik, D., Briest, J. *188*
Return to Work aus der zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente: Erste Ergebnisse einer SUF-Auswertung
Köckerling, E., Hesse, B., Körner, M. *191*
Nachhaltigkeit der Rehabilitation hinsichtlich Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Vierjahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg
Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E. *193*

Rückkehr zur Arbeit (Poster) **196**
“How shall I explain this to my boss?” Experimental study on return to work consultation in mental health problem
Muschalla, B., Geistler, S., Göttel, S. *196*
Was motiviert in der Erwerbsminderungsrente zur Rückkehr ins Erwerbsleben?
Lippke, S., Zschucke, E., Hessel, A. *198*
The Return on Work Reintegration
Echarti, N., Schüring, E., Kemper, G. *199*

Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs: Ergebnisse einer multizentrischen Patientinnenbefragung zur Sozialdienstberatung in zertifizierten Brustzentren
Noeres, D., Geyer, S., Röbbel, L. *202*

Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zusammenhänge zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und Sozialversicherungsbeiträgen 3 Jahre nach der Reha
Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E. *204*

Teilhabe und Arbeit **208**

Pre Post differences in labor market outcomes for participants of vocational rehabilitation in Germany
Echarti, N. *208*

Welchen zusätzlichen Nutzen haben Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes nach einer Vollqualifizierung?
Hetzel, C., Streibelt, M. *210*

#rehagramm - Evaluation beruflicher Integrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an Berufsförderungswerken
Meyer, S., Sommer, J. *212*

Bewegung im Tätigkeitssystem! Erkenntnisse aus der Untersuchung des Tätigkeitssystems junger Erwachsener in der beruflichen Rehabilitation
Rückert, C. *214*

Bedingungen und Mechanismen von (gelingenden) betrieblichen Eingliederungsprozessen (BEM)
Detka, C., Ohlbrecht, H. *216*

Gesundheit und berufliche Teilhabe - Brauchen wir Paneldaten? **219**

Work Ability und vorzeitiger Erwerbsausstieg
Bethge, M., Spanier, K., Peters, E., Schlumbohm, A., Radoschewski, F.M. *219*

Arbeitsfähigkeit, Motivation, Volition: Wer beantragt eine Rehabilitation?
Schlumbohm, A., Spanier, K., Peters, E., Radoschewski, F.M., Bethge, M. *221*

Soziale Ungleichheiten im Zugang zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und Erwerbsminderungsrenten einer Risikokohorte. Eine längsschnittliche Deskription
Fach, E.-M., Markert, J., Bethge, M., Spanier, K., Richter, M. *223*

Prädiktoren subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit bei Männern und Frauen mit erhöhtem Risiko für eine vorzeitige Erwerbsminderungsrente
Richter, C., Mau, W., Spanier, K., Radoschewski, F.M., Bethge, M., Mattukat, K. *226*

Werden die Möglichkeiten ambulanter Versorgung in einer Risikogruppe von DRV-Versicherten im Vorfeld einer Rehabilitation ausgeschöpft?
Mattukat, K., Richter, C., Spanier, K., Radoschewski, F.M., Bethge, M., Mau, W. *228*

Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Untersuchungspotenziale des 'Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen' (SPE-III)
Brzoska, P. *231*

Weiterentwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 234
Perspektiven von Leistungserbringern: Anpassungsstrategien auf aktuelle Herausforderungen von Leistungserbringern im Kontext der beruflichen Rehabilitation
Neumann, K., Reims, N., Tophoven, S......*234*
Die Berufliche Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit
Reims, N., Nivorozhkin, A., Tophoven, S......*236*
Hinderliche und förderliche Faktoren individueller Verläufe von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus Betroffenenperspektive
Sternberg, A., Bethge, M. *238*
Bewegungsmangel als Faktor für somatische Beschwerden in der beruflichen Rehabilitation
Baumann, R......*240*
Exit from Work. Gesundheitsbedingte Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben
Bartel, S......*242*

Weiterentwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Poster).....244
Selbstwirksamkeit und subjektive Erwerbsprognose: Veränderungen nach bewilligter Leistung zu Teilhabe am Arbeitsleben
Koltermann, N., Sternberg, A., Bethge, M. *244*
RehaFuturReal®: Die Relevanz psychologischer Selbsteinschätzungsmaße für den erfolgreichen Verbleib von Versicherten in Arbeit
Knispel, J., Arling, V. *245*
Perspektiven von Werkstattbeschäftigten – Auswirkungen der beruflichen Rehabilitation in Werkstätten für behinderte Menschen
Schreiner, M. *248*
Modellprojekt „Rundblick“ - Eine Rehabilitationsmöglichkeit für hochgradig Sehbehinderte oder akut erblindete Menschen
Frege, I., Jansen, I., Stehr, M., Schrage, N. *250*
Anstoß durch PAUA: Berufsbildungswerke werden lernende Organisationen
Lorenz, S., Poltermann, A......*253*

Kooperation und Vernetzung bei Prävention und Rehabilitation 257
Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen: Eine explorative Studie in Berlin und Brandenburg
Spyra, K......*257*
BGM-innovativ: Trägerübergreifende Kooperation im betrieblichen Gesundheitsmanagement und in der Rehabilitation
Moormann, T., Miede, J......*259*
Wie beurteilen Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention die trägerübergreifenden Zusammenarbeit? - Eine qualitative Analyse
Dejonghe, L.A.L., Biallas, B., Froböse, I., Schaller, A......*261*
Fachkräftemangel und chronische Krankheit – Wie Großbetriebe, Mitarbeiter, Leistungsträger und -erbringer in Rheinland-Pfalz Vernetzung leben
Stapel, M., Weisenburger, R......*263*

Geht´s auch ohne den Betriebsarzt? Wie erhält die Reha-Einrichtung Wissen über den Arbeitsplatz ihrer Rehabilitanden aus KMU?
Heuer, J. *265*
Langzeit- und Teilhabeorientierte Behandlung durch niedergelassene Ärzte
Linden, M. *268*

Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung (Poster) **270**
Analyse kleiner und mittlerer Unternehmen (KMU) hinsichtlich der Präventionsreife und des Umsetzungsgrades gesundheitsfördernder Maßnahmen
Biallas, B., Schäfer, D., Dejonghe, L.A.L., Petrowski, K., Froböse, I., Wilke, C. *270*
Wirkeffekte eines implementierten Betriebssportprogrammes auf das Betriebsklima, die Unternehmensidentifikation und das subjektive Wohlbefinden
Pieter, A., Ben-Rajeh, I., Zart, S., Emrich, E., Fröhlich, M. *273*
Diabetes-Selbstmanagement am Arbeitsplatz: eine qualitative Studie
Loerbroks, A., Nguyen, X.Q., Vu-Eickmann, P., Krichbaum, M., Kulzer, B., Icks, A., Angerer, P. *275*

Rechtswissenschaften I **277**
Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit beim Ausbau eines inklusiven Arbeitsmarktes
Schimank, C. *277*
Behinderungsgerechte Arbeit - auch im Homeoffice!
Kohte, W. *279*
Bewegung durch das Bundesteilhabegesetz – Fortentwicklungen im Teilhaberecht für eine inklusive Arbeitswelt
Nebe, K. *281*
Die schrittweise Arbeitsplatzreintegration – Ein Rechtsvergleich der deutschen stufenweisen Wiedereingliederung und der österreichischen Wiedereingliederungsteilzeit
Dittmann, R. *283*

Rechtswissenschaften II **286**
Der neu gefasste Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX
Welti, F. *286*
Die Bedeutung der Rehabilitation für die Rechtsmobilisierungschancen behinderter Menschen
Rambausek-Haß, T. *288*
Die barrierefreie Wahl zur Schwerbehindertenvertretung
Liebsch, M. *290*
Die Bedeutung ärztlich verantworteter Leistungen für die Zuordnung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation
Goldbach, C. *292*

Internet- und mobile-basierte Interventionen in der medizinischen Rehabilitation **294**
Einsatz eines modularen internetbasierten Programms vor, während und nach stationärer Therapie
Bauer, S., Feldhege, J., Moessner, M. *294*

Telematisches Training zur Förderung von Motivation und Aktivitätsniveau während stationärer Rehabilitation bei Low Back Pain
Jakob, S. *296*

ICD-Forum.de – wirksame internetbasierte psychosoziale Nachsorge bei Patienten mit implantierbarem Kardioverter-Defibrillator
Schulz, S., Zniva, R., Ritter, O., Nordbeck, P., Wacker, C., Groschup, G. Deneke, T., Pauli, P. *299*

„Gesund und Stressfrei am Arbeitsplatz“ (GSA-Online plus) – Implementierung einer psychodynamischen Online-Nachsorge für beruflich belastete Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation
Zwerenz, R., Böhme, K., Ferdinand, P., Labitzke, N., Rudolph, M., Schwarting, A., Beutel, M.E. *301*

Evaluation eines internetbasierten poststationären Nachsorgeprogramms für depressiv erkrankte Männer: Ergebnisse der Viadukt-Studie
Poppelreuter, M., Jakob, T., Baumeister, H., Mittag, O., Geigges, W. *303*

Bewegungstherapie **306**

Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Eine empirisch-qualitative Erkundung der Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure in der medizinischen Rehabilitation
Geidl, W., Deprins, J., Fangmann, C., Rohrbach, N., Pfeifer, K., Sudeck, G. *306*

Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Eine latente Klassenanalyse auf Basis einer bundesweiten Erhebung
Sudeck, G., Geidl, W., Deprins, J., Streber, R., Pfeifer, K. *308*

Effekte des MoVo-LISA-Programms auf die postrehabilitative Sportaktivität bei KHK-PatientInnen: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie
Kinkel, S., Wurst, R., Fuchs, R. *310*

6-Monats Follow-Up einer motivational-volitionalen Intervention zur Unterstützung der körperlichen Aktivität nach einer Brustkrebserkrankung
Göhner, W., Ralf, L., Feicke, J., Spörhase, U., Bitzer, E.-M. *313*

Reha bewegt - aber wie eigentlich? KTL-Analyse zu bewegungstherapeutischen Angebotsmustern auf Klinikebene bei medizinischer Rehabilitation von chronischem Rückenschmerz
Golla, A., Mau, W. *315*

Bewegungsförderung und Bewegungstherapie (Poster) **318**

Teilhabeförderung durch zielgruppenspezifische Bewegungsförderung bei sehgeschädigten Kindern und Jugendlichen
Giese, M. *318*

Körperliche Aktivität von RehabilitandInnen und Rückkehr ins Erwerbsleben - Bedeutung von körperlicher Fitness und subjektiven Einstellungen
Whittal, A., Steegmüller, O., Wille, F., Hessel, A., Lippke, S. *320*

Motivation zur körperlichen Aktivität und Sport bei Patienten mit Multipler Sklerose
Pfeiffer, J., Dettmers, C., Wolff, W., Schüler, J. *321*

Effekte einer verhaltensorientierten Bewegungsintervention auf die körperliche Aktivität von Patienten mit pneumologischen Berufskrankheiten
Müller, K., Gimpel, C., König, S., Kotschy-Lang, N., Wagner, P. *324*

Praxistauglichkeit und Akzeptanz des Sturzpräventionsprogramms FIT Daheim für sturzgefährdete Menschen im höheren Lebensalter – Eine Machbarkeitsstudie
Müller, C., Dörge, C., Lautenschläger, S., Voigt-Radloff, S. 325
Effektivität eines taktilen Gangtrainings zur Normalisierung des Gangbildes während der orthopädischen Rehabilitation nach Hüft-TEP
Jöllenbeck, T., Pietschmann, J. 327

Orthopädische Rehabilitation 330
Subgruppen und ihre Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation – eine Profilanalyse
Markus, M., Schwarz, B., Bethge, M. 330
Welche Merkmale der Akutbehandlung und Übergangszeit sind mit dem Funktionszustand der Patienten zu Rehabilitationsbeginn assoziiert?
Knapp, S., Jankowiak, S., Breuer, E., Kaluscha, R., Krischak, G. 332
Assessmentgestützte Eingangsdiagnostik mit abgestuften Therapieempfehlungen zur Wirksamkeitssteigerung der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz
Fahrenkrog, S., Bernert, S., Sing, M., Gottfried, T., Spyra, K., Schmidt, C. 336
Was bewirkt eine Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen?
Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G. 338
Umsetzung von patientenseitigen bewegungstherapeutischen Präferenzen zur Wirksamkeitssteigerung der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz
Bernert, S., Fahrenkrog, S., Eichner, G., Dittrich, M., Beyer, W.F., Schmidt, C., Spyra, K. 340
Evaluation von Rehabilitationskonzepten seltener osteologischer und rheumatologischer Erkrankungen am Beispiel der schwangerschaftsassoziierten Osteoporose
Gehlen, M., Lazarescu, A.-D., Hinz, C., Walz, W., Schwarz-Eywill, M., Schäfer, R. 343

Orthopädische und rheumatologische Rehabilitation (Poster) 345
Chronische Erschöpfung bei Patienten in der rheumatologischen Rehabilitation (CERR-Studie)
Krohn-Grimberghe, B., de Vries, U., Petermann, F. 345
Etappen-Heilverfahren für stark adipöse Patienten in einer orthopädisch-rheumatologischen Reha-Klinik
Gerdes, N., von Kageneck, M., Hakuba, H., Schiel, A., Schlittenhardt, D. 346

Neurologische Rehabilitation 349
Erwartungen an die medizinische Rehabilitation bei Multipler Sklerose aus der Sicht Betroffener
Giesler, J.M., Klindtworth, K., Nebe, A., Glattacker, M. 349
BBPL-Identifikation in der neurologischen MBOR - One instrument doesn`t fit all
Leniger, T., Brandes, I., Heßling, A. 351
Modellprojekt BEREIT – Ergebnisse berufsorientierter Nachsorge in der neurologischen Rehabilitation
Claros-Salinas, D., Unger, T. 352
Lässt sich motorische Fatigability bei MS simulieren? Untersuchung mittels attraktorbasierter kinematischer Ganganalyse
Dettmers, C., Sagoe, E., Sailer, S., Broscheid, K.-C., Vieten, M. 354

Sensomotorisches Laufbandtraining in der Rehabilitation von Gangstörungen bei Patienten mit Morbus Parkinson
Klamroth, S., Gassner, H., Winkler, J., Eskofier, B., Klucken, J., Pfeifer, K., Steib, S. 356
Ergebnisqualität der Schlaganfallrehabilitation in der BAR-Phase D
Deck, R., Bußmann, M.L., Steinmetz, J., Neunzig, H.-P.....358

Neurologische Rehabilitation (Poster) 360
Neuroplastische Hirnveränderungen durch aktive Prothesen bei Fußheberparese. Was können wir daraus für die Therapie lernen?
Schoenfeld, A. 360
Entwicklung und Implementierung eines Behandlungskonzepts für die neurologische Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall (AOK-proReha Schlaganfall)
Hempler, I., Giesler, J.M., Farin-Glattacker, E. 361
Multimodale Physiotherapie in Kombination mit der Lokalinjektion von Botulinumtoxin bei Patienten mit zervikaler Dystonie
Smolenski, U.C., Günther, A., Werner, C. 362
Aufbau einer interdisziplinären Plattform zur Rehabilitationsforschung nach Schlaganfall
Wolf, S., Birke, G., Gerloff, C., Thomalla, G. 364

Kardiologische Rehabilitation.....368
Einflussfaktoren des Zugangs in die Anschlussrehabilitation (AHB) von operativ versorgten kardiologischen Patienten
Blumenthal, M., Briest, J., Lohss, R., Gottschling-Lang, A., Egen, C., Sturm, C., Gutenbrunner, C. 368
Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen in der kardiologischen Anschlussrehabilitation – eine Herausforderung für das interdisziplinäre Team
Salzwedel, A., Hadzic, M., Buhlert, H., Völler, H. 370
Interaktive Patientenedukation mittels Audience Response System (ARS) in der kardiologischen Rehabilitation
Stoevesandt, D., Wienke, A., Bethge, S., Heinze, V., Kowoll, S., Weber, A., Schlitt, A. 373
Posttraumatische Belastungsstörung nach Myokardinfarkt oder Herzoperation: Wie entwickeln sich PTBS-Symptome im Verlauf der Anschlussrehabilitation?
Lueger, S., Lueger, T., Deeg, P. 376
Langzeiteffekte des MoVo-LISA-Programms auf psychologische Determinanten der Sportaktivität: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie
Wurst, R., Kinkel, S., Fuchs, R. 378
Verordnung und Inanspruchnahme von Rehabilitationssport nach akut ischämischem Ereignis
Gabrys, L., Schmidt, C. 381

Kardiologische Rehabilitation (Poster) 383
Einfluss des Hämoglobinwertes und anderer Faktoren auf die Leistungsfähigkeit und Leistungsverbesserung in der kardiologischen Rehabilitation
Marx, R., Bassenge, D., Philips, H., Hoffmeister, A. 383

Onkologische Rehabilitation **385**
Antragsverhalten zur onkologischen Reha - eine Expertenstudie
Dresch, C., Weis, J., Bartsch, H.-H., Maiwald, P., Joos, S., Valentini, J., Baumann, W., Kurlemann, U. *385*
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation für onkologische Rehabilitanden – mittelfristige Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie
Fauser, D., Wienert, J., Bethge, M. *387*
Entwicklung und Evaluation eines Fatigue-Management Moduls für die onkologische Rehabilitation. Ergebnisse der FaM-Pilotstudie
Kähnert, H., Maschke, J., Leibbrand, B. *389*
Einfluss einer belastungsabhängigen psychoonkologischen Therapie-Dosis auf die psychische Belastung bei PatientInnen in stationärer onkologischer Rehabilitation
Riedl, D., Rumpold, G, Nickels, A., Licht, T., Holzner, B. *391*
Erste Ergebnisse des MoVo-BnB Programms für Frauen nach Brustkrebs zu den Prozesskriterien Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit
Ralf, L., Göhner, W., Feicke, J., Spörhase, U., Bitzer, E.-M. *393*

Onkologische Rehabilitation (Poster) **396**
Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei onkologischen Patienten: ein Discrete Choice Experiment
Fauser, D., Wienert, J., Bethge, M. *396*
Früh- und Spättoxizitäten sowie sozialmedizinisch-relevante Folgestörungen bei Brustkrebs-Patienten – Auswertung von 5.800 Fällen während der AHB vs. Rehabilitation
Hass, H., Seywald, M., Zabieglinski, T., Kunzmann, V., Denzlinger, C. *397*

Pneumologische Rehabilitation **401**
Das körperliche Aktivitäts- und Sitzverhalten von Personen mit COPD vor Beginn ihrer pneumologischen Rehabilitation
Geidl, W., Carl, J., Lehbert, N., Wittmann, M., Wagner, R., Schultz, K., Pfeifer, K. *401*
Eignet sich der Patient Health Questionnaire (PHQ-9/PHQ-2) zur Erfassung von Depression bei COPD-Rehabilitanden? Untersuchung zu Reliabilität und faktorieller Validität
Schuler, M., Strohmayer, M., Faller, H., Wittmann, M., Schultz, K. *403*
Rauchen als Selbstbehandlung gegen depressive Symptomatik bei rauchenden COPD-Patienten
Mühlig, S., Schultz, K., Schuler, M., Loth, F.G., Eppert, M., Paulick, J. *405*
Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma bronchiale: Kurzzeitergebnisse der EPRA-RCT
Schultz, K., Wittmann, M., Wagner, R., Lehbert, N., Schwarzkopf, L., Nowak, D., Faller, H., Schuler, M. *406*
Asthma-Selbstmanagement am Arbeitsplatz: Bedingungsfaktoren und Ansatzpunkte möglicher Interventionen – Eine qualitative Studie
Heinrichs, K., Vu-Eickmann, P., Hummel, S., Gholami, J., Loerbroks, A. *408*

Rehabilitation bei psychischen Störungen 410
Welche Patientengruppen nehmen eine Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen und somatoformen Störungen in Anspruch?
Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G. 410
Kränkungs- und Ungerechtigkeitserleben als Problem in der psychosomatischen MBOR
Linden, M., Noack, N., Lieberei, B. 412
Blended-Care: Wirksamkeit einer Online Selbsthilfe als add-on zur Behandlung depressiver Patienten in der stationären Psychotherapie
Siepmann, M., Becker, J., Hagen, K., Knickenberg, R., Zwerenz, R., Beutel, M. E. 414
Beruflich orientierte Interventionen in der Psychotherapie
Linden, M. 415
RPK als Prototyp der Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen: Aktuelle Bundesdaten für psychisch erkrankte Menschen
Kauffeldt, S., Wirtz, G. 417
Evaluation der Psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse der Hersfelder Katamnesestudie
Peters, M., Schulz, H., Lindner, J. 418

Rehabilitation bei psychischen Störungen (Poster) 421
Prävalenz des Erwachsenen-ADHS bei alkoholabhängigen Patienten in stationärer Entwöhnung
Weber, T., Luderer, M., Sick, C., Kaplan-Wickel, N., Richter, A., Reinhard, I., Kiefer, F. 421
Intersession-Prozesse bei Psychotherapie in stationärer psychiatrischer Rehabilitation und Zusammenhänge mit der Therapiezielerreichung
Jansche, A., Senft, B.,Spiel, G. 423
Co-Therapeutische Weiterbildung von Pflegekräften in der Psychosomatischen Rehabilitation
Rundel, M., Fittig, E., Becker, S., Körner, M. 425
Organisationsentwicklung in der psychosomatischen Rehabilitation – Die Rolle von Therapiestandards und Prozessoptimierung
Pfeiffer, W., Buss, U., Bassler, M. 427
Konzept „Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren (PAULI)“ – Optimierungspotenziale!?
Ritter, S., Kaluscha, R., Herrmann, E., Vieregge, U., Krischak, G. 429
Die langfristige Veränderung von schmerzbezogenen Kognitionen in Abhängigkeit vom Chronifizierungsstadium bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen
Köpnick, A., Herbold, D., Roßband, H., Geigner, B., Beddies, A., Hampel, P. 432

Neue Indikationsfelder für die psychosomatische Rehabilitation 435
Fächerübergreifende psychokardiologische Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie
Uhlig, J., Langner, P., Rademacher, W., Langheim, E., Köllner, V. 435
Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) – Prävalenz, komorbide Diagnosen und Symptombelastung in der psychosomatischen Rehabilitation
Brenner, L., Wagner, B., Köllner, V. 437
Einführung der ICD-11: Erste Ergebnisse der Deutschen Validierungsstudie
Köllner, V., Hofmann, T., Riesbeck, M., Lotzin, A., Schäfer, I., Gaebel, W. 438

Veränderung von Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern in der Psychosomatischen Rehabilitation
Käfer, M., Wittmann, C., Neu, R., Köllner, V. *440*
Schlafstörungen im Hinblick auf Aktivität und Teilhabe
Pritschow, F., Linden, M., Ihle, W., Köllner, V. *441*
Mobbing - eine besondere berufliche Problemlage in der medizinischen Rehabilitation?
Kessemeier, F., Petermann, F., Stöckler, C., Bassler, M., Kobelt, A. *443*

Beziehung und Bindungsstile in der psychosomatischen Rehabilitation 447
Hilfreiche therapeutische Beziehung bei sozialmedizinisch auffälligen Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation
Henn, J., Nübling, R., Kriz, D., Schmidt, J., Kaiser, U., Kobelt, A., Bassler, M. *447*
Einfluss von Bindungsmerkmalen auf das Erleben von Gruppensitzungen im Rahmen der Intensiven Rehabilitativen Nachsorge (IRENA)
Weber, R., Langens, T., Schonnebeck, M. *449*
Bindungsstile in IRENA-Gruppen: Zusammenhänge zwischen Gruppenzusammensetzung und Verbundenheit
Langens, T., Schonnebeck, M., Weber, R. *451*
Reha-Erfolg und negative Antwortverzerrung in der Symptomschilderung. Eine Analyse mit Strukturgleichungsmodellen
Kaminski, A., Pfeiffer, W., Bassler, M. *452*
Zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit in der Psychosomatischen Rehabilitation
Schulz, H., Lindner, J., Peters, M. *454*
Fördert Mentales Kontrastieren berufsbezogene Ziele in der medizinischen Rehabilitation?
Kessemeier, F., Stöckler, C., Petermann, F., Bassler, M., Kobelt, A. *455*

Psychologische Behandlungsansätze bei chronischen Schmerzen 458
Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Förderung der Selbstregulation bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz
Glattacker, M., Heyduck, K., Jakob, T. *458*
Veränderung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit und arbeitsbezogener Outcomes bei der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen
Roch, S., Köpnick, A., Hampel, P. *460*
Wirkprozesse einer Internet- und Mobile-basierten Akzeptanz- und Commitment-Therapie für chronische Schmerzen (ACTonPain)
Lin, J., Paganini, S., Klatt, K., Baumeister, H. *462*
Orthopädische Nachsorge von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen – ein geeignetes Setting für Internet-basierte Prävention von Depression?
Baumeister, H., Paganini, S., Schlicker, S., Spanhel, K., Lin, J., Ebert, D.D., Buntrock, C., Sander, L. *464*
Heimbasiertes Training zur Verbesserung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs bei chronisch unspezifischen Rückenschmerzen
Wippert, P.-M. *465*

Rehabilitation bei Pflegebedürftigen 467
Allgemeiner Rehabilitationsbedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Langzeitpflege
Janßen, H., Köhler, L., Behrens, J., Kraft, J. W., Naumann, F., Schmidt-Ohlemann, M., Siegert, R., Warnach, M. 467
Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse klinisch-epidemiologischer Reihenuntersuchungen und Organisationsverlaufs-Studien
Behrens, J., Grune, K., Janßen, H., Kraft, J. W., Köhler, L., Friedrich, C., Pflug, M., Schmidt-Ohlemann, M., Siegert, R., Thiel, S., Warnach, M. 469
Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege
Thiel, S., Grune, K., Martin, N., Behrens, J., Kraft, J. W., Köhler, L., Friedrich, C., Pflug, M., Schmidt-Ohlemann, M., Warnach, M. 471
Entwicklung einer leistungsorientierten Vergütung für die geriatrische Rehabilitation
Auer, R., Weidinger, L., Immel, D., Schmöller, A. 474

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 476
Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen (BOSS) – Intensivierung des Berufsbezugs in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter
Jankowiak, S., Kocks, A., Borgelt, J., Kaluscha, R., Krischak, G. 476
Das Gehirn vom Alkohol weg bewegen? - Rückfallprävention durch CBM (Aufmerksamkeitstraining) und transkraniale Hirnstimulation (TdCS) bei Alkoholabhängigen
Lindenmeyer, J., den Uyl, T., Gladwin, T., Wiers, R. 479
Bewertungen eines telefonischen Nachsorgeangebotes in der Suchtrehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Ergebnisse einer qualitativen Teilnehmerbefragung
Krüger, T., Michel, E., Missel, P., Spyra, K. 481
Was ist mit den katamnestischen Nicht-Antwortenden (Non-Respondern) in der Suchtrehabilitation?
Bernert, S., Krüger, T., Missel, P., Weissinger, V., Koch, A., Spyra, K. 484
Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Methamphetaminabhängigen in Mitteldeutschland – Eine qualitative Studie aus Expertenperspektive
Hoffmann, L., Buchenauer, L., Schumann, N., Schröder, S. L., Martin, O., Richter, M. 486

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 489
Wie niedergelassene Pädiater die Möglichkeiten des Flexirentengesetzes beurteilen
Berghem, S. 489
Kenntnis und Einsatz Digitaler Medien in der Adipositasrehabilitation
Pankatz, M., Gellhaus, I., Kühn-Dost, A., Sievers-Böckel, B., Wulff, H. 491
Zusammenhang von Exekutiven Funktionen und Wohlbefinden bei Jugendlichen mit Adipositas, Diabetes und Asthma in der stationären Rehabilitation
Reinelt, T., Petermann, F., Bauer, C.P. 493
Motivationsbasierte, modularisierte Schulungskonzepte für die stationäre Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas – eine Machbarkeitsstudie
Stachow, R., Hagedorn, N., Stachelscheid, E., Kurzinsky-Stachow, U., Wienert, J., Hampel, P. 495

Zwei Blickwinkel – Wie kann Nachsorge nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation gelingen?
Ritter, S., Dannenmaier, J., Krischak, G. *497*

Intensivtherapie verknüpft mit einem Heimtrainingsprogramm: Vorstellung eines innovativen Reha-Konzeptes für Kinder und Jugendliche mit Mobilitätsstörungen
Schönau, E., Duran, I., Martakis, K., Semler, O., Hoyer-Kuhn, H. K., Stark, C. *499*

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster) **501**

Approach-Avoidance-Training für Kinder und Jugendliche mit Adipositas – Können Automatismen des Essverhaltens modifiziert werden?
Warschburger, P., Gmeiner, M., Morawietz, M., Rinck, M. *501*

Diversity **504**

Soziale Unterschiede bei der Beantragung und Inanspruchnahme von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen
Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G. *504*

Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittbefragung
Langbrandtner, J., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Brzoska, P., Razum, O., Deck, R. ... *508*

Psychische Erkrankungen von türkischstämmigen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation: Eine prospektive Studie
Kizilhan, J.I. *510*

Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen. Ergebnisse einer exemplarischen Ist-Analyse
Aksakal, T., Yilmaz-Aslan, Y., Akbulut, N., Razum, O., Brzoska, P. *512*

Die Behandlungsaufklärung gegenüber fremdsprachigen Patienten/innen und der sozialrechtliche Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten
Falk, A. *514*

Integration migrierter Ärzt*innen in deutsche Rehabilitationskliniken: Hürden und Anregungen für die Zukunft
Hänel, P., Muschalla, B. *516*

Autorenindex **519**

Erstautorenverzeichnis **524**

Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Anspruch, Qualität, Herausforderungen

Pfeifer, K.

Department Sportwissenschaft und Sport,
Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Bewegungstherapie findet in der medizinischen Rehabilitation vorwiegend im Rahmen der Physiotherapie und der Sport- und Bewegungstherapie statt. Dabei gehört Bewegungstherapie über alle Indikationsbereiche hinweg zu den umfangsstärksten therapeutischen Leistungen mit durchschnittlich deutlich mehr als 50 % aller verordneten Therapien. Der Hintergrund für diese umfangreiche Nutzung der Bewegungstherapie ist die hervorragende Evidenzlage für ihre Wirksamkeit, wie eindrucksvoll aus einer Vielzahl vorliegender Interventionsstudien und systematischer Übersichtsarbeiten hervorgeht (z. B. Pedersen & Saltin 2015). Eine in der Bewegungstherapie erzeugte angemessene Beanspruchung des Organsystems löst vielerlei akute und chronische Anpassungen aus. Diese vielfältigen biopositiven Effekte erklären die hohe Breitbandwirkung des Therapeutikums Bewegung über verschiedene Erkrankungen hinweg. Daher wird die Nutzung von Bewegung mitunter als „polypill“ (Fiuza-Luces et al. 2013) und als „best buy“-Intervention (Manini 2015) für verschiedenste chronische Erkrankungen empfohlen. Neben den direkten krankheitsbezogenen Wirkungen kommen zusätzliche erwünschte Nebenwirkungen zur Geltung wie z. B. die positive Beeinflussung der aktuellen und habituellen Stimmung oder die Wirkungen auf die soziale Teilhabe durch die vielfältigen Interaktionen bei der Ausübung von Bewegung.

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation können für die Bewegungstherapie zwei Hauptzielsetzungen beschrieben werden:

Erstens wird in der Bewegungstherapie das Ziel verfolgt, im Sinne der genannten biopositiven Anpassungen direkte positive Wirkungen auf Körperfunktionen (inkl. mentaler Funktionen) und Körperstrukturen zu erzielen, um erkrankungsbedingte und – häufig mit der Erkrankung einhergehende – bewegungsmangelbedingte körperliche Einschränkungen (Dekonditionierung) zu beeinflussen. Hier geht es also um die gezielte Nutzung von „Bewegung als Medizin“ mit unmittelbaren Effekten auf die morphologischen und physiologischen Krankheitsauswirkungen.

Zweitens, können die durch die Bewegungstherapie erreichten Effekte nur dann nachhaltig aufrechterhalten werden, wenn es gelingt, eine nachhaltige Bindung an eigenständige körperliche Aktivität zu erreichen. Entsprechend bedarf es einer auf die Bewegungsförderung ausgerichteten Bewegungstherapie, die pädagogisch und psychologisch begründet und in didaktisch angemessener Weise das körperliche Üben und Trainieren verknüpft mit dem direkten Erfahren positiver Bewegungswirkungen sowie kognitivem und motorischem Lernen. Auf diese Weise kann die Bewegungstherapie die „Entwicklung individueller Kompetenzen, die die Initiierung und Aufrechterhaltung eines aktiven körperlichen Lebensstils“ ermöglichen, wie

es in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, Deutsche Rentenversicherung Bund 2014) als Zielsetzung formuliert ist.

Im Rahmen einer kürzlich abgeschlossenen systematischen Bestandsaufnahme der bundesweiten Praxis der Bewegungstherapie konnten Daten zur Konzept- und Prozessqualität der Bewegungstherapie aus mehr als 700 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gewonnen werden. Die Analysen zeigen unter anderem, dass einerseits bereits wichtige Grundlagen zur Erreichung des Ziels der Bewegungsförderung vorhanden sind. So werden mehrdimensional verhaltensbezogen ausgerichtete Konzepte bereits in einem gut erkennbaren Ausmaß genutzt (45 %), am ehesten im Bereich der kardiologischen und onkologischen Rehabilitation. Andererseits wird aufgrund einer häufig vorhandenen noch dominant funktionsorientierten Ausrichtung der Bewegungstherapie (37 %) sowie einer hohen Heterogenität zwischen den Einrichtungen und zwischen den Indikationsbereichen eine Diskrepanz zwischen vorliegender Evidenz und der Umsetzung verhaltensbezogener Konzepte in der Praxis deutlich. Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der von Bewegungstherapeuten/innen genannten Gewichtung von Inhalten und Methoden, der wahrgenommenen Wirkungszuversicht, der Nutzung standardisierter Assessmentverfahren zur Planung und Evaluation der Bewegungstherapie und zur Rolle der Bewegungstherapie innerhalb des Rehabilitationsteams.

Die innerhalb des Projekts generierten Basisinformationen zum Ist-Zustand institutioneller und personaler Bedingungen der bewegungstherapeutischen Versorgung sowie die Analyse konkreter konzeptioneller Ausrichtungen und didaktisch-methodischer Ausgestaltungen der Bewegungstherapie bilden die Grundlage für die systematische Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation, insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung, Implementierung und Disseminierung elaborierter biopsychosozialer Konzepte der Bewegungstherapie.

Für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie leiten sich daraus verschiedene Herausforderungen ab. Dies betrifft zunächst sowohl den Bereich der Personalentwicklung (z. B. bzgl. der Zugangsmöglichkeiten und Nutzung von passfähigen Weiterbildungsangeboten) als auch die Optimierung von Konzepten der Bewegungstherapie (z. B. Entwicklung strukturierter und manualisierter bewegungstherapeutischer Konzepte unter Einbezug bewegungstherapeutischer Akteure, Anreizsetzung für deren Nutzung). Hinsichtlich der Organisationsentwicklung und der Optimierung von Strukturen und Prozessen sind z. B. die Förderung der methodisch-didaktischen Konzept- und Prozessqualität der Bewegungstherapie (z. B. durch eine Prüfung und Anpassung bestehender Vorgaben in der Rehabilitation - Reha-Therapiestandards, Evidenzbasierte-Therapiemodule, Flexibilisierung, angepasste Qualitätskriterien, Empfehlungen etc.) zu nennen, die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Etablierung einer Kultur des intraprofessionellen und interprofessionellen Austauschs bzgl. des Rehabilitationsziels Bewegungsförderung, angepasste Rahmenkonzepte und Verordnungsmodelle etc.) oder die Umsetzung von partizipativen Organisationsentwicklungsprozessen in den Reha-Einrichtungen.

Für die Rehabilitationsforschung gilt es, wirksame Interventionskonzepte zu entwickeln und zu erproben und deren nachhaltige Nutzung vermehrt durch Organisationsentwicklungsprojekte i.S. partizipativer und interaktiver (Handlungs-)Forschung, also unter direkter Beteiligung der Akteure in der Praxis, zu sichern. Weiterhin tragen u.a. vertiefte Analysen personbezogener Ausgangsbedingungen in erkrankungsübergreifender Perspektive und die Analyse der

Passfähigkeit der jeweiligen Bewegungstherapien, Untersuchungen zu Dosis-Wirkungsbeziehungen der Bewegungstherapie sowie Studien zur Wirksamkeitsforschung bzgl. unterschiedlicher konzeptioneller Ansätze der Bewegungstherapie zur Qualitätsentwicklung bei. Auch die Entwicklung von Standards für die Nutzung von Testverfahren zur Steuerung der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie, Modellvorhaben für die fundierte Nutzung neuer Technologien („Bewegungstherapie 4.0“) oder Forschung zur Curriculumentwicklung und deren Adoption in Rehabilitationseinrichtungen spielen hier eine wichtige Rolle. Hinzu kommen wichtige Aspekte wie die Analyse der Bewegungsversorgung an den Schnittstellen zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Nachsorge (inkl. Selbsthilfe) sowie zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems und des Sportsystems.

Diese – und weitere hier noch nicht genannte – Herausforderungen gilt es in Rehabilitationswissenschaften, Sportwissenschaft und Physiotherapiewissenschaft interdisziplinär anzugehen, nicht zuletzt mit Blick auf die aktuelle Entwicklung und Diskussion im internationalen Raum (exercise therapy, physical therapy, health enhancing physical activity), um einerseits die betroffenen Individuen zu eigenständiger körperlicher Aktivität zu befähigen, und andererseits um die Handlungsmöglichkeiten für Bewegungsförderung innerhalb des Rehabilitations- bzw. Gesundheitssystems zu erhöhen. Beides erscheint notwendig, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu steigern.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2014). KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Ausgabe 2015 (6. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N.A., Lucia, A. (2013). Exercise is the Real Polypill. Physiology 28, 330-358.

Manini, T. M. (2015). Using Physical Activity to Gain the Most Public Health Bang for the Buck. JAMA Internal Medicine, 175(6), 968-969.

Pedersen, B.K., Saltin, B. (2015) Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports (Suppl. 3) 25: 1-72.

Förderung von körperlicher Aktivität: aktuelle Entwicklungen auf internationaler Ebene

Guthold, R.

Weltgesundheitsorganisation, Genf

Es ist wissenschaftlich belegt, dass körperliche Bewegung der Prävention und Behandlung chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten dient, insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Brust- und Darmkrebs. Körperliche Bewegung trägt auch zur Prävention anderer Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Übergewicht bei, kann die psychische Gesundheit verbessern, Demenz aufhalten, und Lebensqualität und Wohlbefinden verbessern. Von daher ist es von globalem Interesse, körperliche Bewegung in allen Bevölkerungsgruppen und -schichten zu fördern.

Um die Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) allen Erwachsenen, sich mindestens 2.5 Stunden pro Woche körperlich zu betätigen. Aktuelle Zahlen zeigen, dass ca. ein Viertel der Weltbevölkerung diese Richtlinien nicht erreicht. In fast allen Ländern bewegen sich Frauen weniger als Männer. Menschen in Ländern mit höherem Einkommen bewegen sich weniger als diejenigen aus Niedriglohnländern.

Um körperliche Aktivität auf globaler Ebene zu fördern, und allen Ländern konkrete, effiziente Strategien und Aktionen zur Verminderung von Bewegungsmangel anzubieten, wurde die WHO von ihren Mitgliedsstaaten aufgefordert, einen “Globalen Aktionsplan für körperliche Aktivität 2018-2030” (GAPPA) zu erstellen. Der aktuelle, zweite Entwurf des GAPPA wird im Mai 2018 der WHO-Länder-Vollversammlung vorgelegt. Er baut auf anderen Dokumenten auf, insbesondere dem “Globalen Aktionsplan zur Prävention und Kontrolle von nichtübertragbaren Krankheiten 2013-2020”, der das von allen WHO-Ländern akzeptierte Ziel enthält, bis 2025 weltweiten Bewegungsmangel um 10 % zu reduzieren, sowie der “Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016-2025)”.

Der GAPPA enthält vier strategische Ziele und 20 konkrete Aktionen, und verbindet diese gleichzeitig mit den “Sustainable Development Goals 2030” der Vereinten Nationen. Der Vortrag beleuchtet insbesondere diejenigen Aktionen des GAPPA, die direkt relevant sind für den Rehabilitationsbereich. Bei der Umsetzung der Aktionen und strategischen Ziele des GAPPA spielen alle Akteure in diesem Bereich eine bedeutende Rolle und können dazu beitragen, dass Menschen mit chronischen Krankheiten oder speziellen Einschränkungen ihren Alltag aktiv gestalten.

Literatur

World Health Organization. Governance: Development of a draft global action plan to promote physical activity. Available at: http://www.who.int/ncds/governance/physical_activity_plan_assignment/en/ Accessed 2 January 2018.

World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, Switzerland. World Health Organization 2013. Available at: http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/ Accessed 18 December 2017.

World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2010. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf Accessed on 1 Nov 2014.

International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development. Br J Sports Med 2017;51(19):1389-91.

Rehabilitation der peripheren arteriellen Verschluss-Krankheit

Dörr, G.
Alexianer St. Josef Potsdam GmbH, Potsdam

Sowohl in Bezug auf kardiovaskuläre Mortalität, eine häufig vernachlässigte Sekundärprävention, eine Einschränkung der Lebensqualität bis hin zu depressiven Entwicklungen und eine Minderung der sozialen Teilhabe ist die PAVK führend unter den kardiovaskulären Erkrankungen. Im Vergleich mit Patienten mit KHK existieren allerdings keine oder kaum spezialisierte Angebote. Die Rehabilitation von Patienten mit PAVK hat primär die lokale Verbesserung der peripheren Durchblutung, die Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität sowie Major und Minor Amputationen zum Ziel (Armstrong et al., 2014). Zusätzlich soll die Lebensqualität der Patienten durch Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke (Wegefähigkeit) verbessert und dadurch die soziale und berufliche Teilhabe ermöglicht werden. Die Wirkung der in Deutschland praktizierten multimodalen Rehabilitation über 21 Tage, sowohl ambulant als auch stationär, ist für PAVK-Patienten bisher jedoch wissenschaftlich noch nicht validiert.

Ein zertifiziertes angiologisches Rehabilitationskonzept ist von DGPR, DGA und DRV Bund gemeinsam erarbeitet worden. Der Erwerb des Zertifikates „Rehabilitationsklinik mit angiologischer Expertise“ setzt bestimmte Struktur-und Prozessmerkmale voraus und kann ab 2018 von den Rehabilitationskliniken beantragt werden. Der Prozess ist in Umsetzung. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzqualifikation „Internist in der kardiologischen Rehabilitation mit Gefäßexpertise“ durch einen 40h Kurs nach einem von der DGA und der DGPR verabschiedeten Curriculum.

Literatur

Armstrong EJ, Chen DC, Westin GG, Singh S, McCoach CE, Bang H, Yeo KK, Anderson D, Amsterdam EA, Laird JR.: Adherence to guideline-recommended therapy is associated with decreased major adverse cardiovascular events and major adverse limb events among patients with peripheral arterial disease. J Am Heart Assoc. 2014;3: e000697.

Änderungen des SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz – Veränderungen und Handlungsbedarf für Rehabilitationsträger, Leistungserbringer und politische Akteure

Welti, F.
Universität Kassel

Das SGB IX ist durch das Bundesteilhabegesetz zum 1.1.2018 in seinem allgemeinen Teil geändert worden. Daraus folgt Handlungsbedarf, da viele Regelungen der Konkretisierung und Umsetzung bedürfen.

Nach § 11 SGB IX fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Modellvorhaben im Aufgabenbereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende, die den Vorrang der Leistungen zur Teilhabe und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit unterstützen. Sie können dabei möglicherweise sogar von den für sie geltenden Leistungsgesetzen abweichen. Die Regelung zeigt, dass der Gesetzgeber mit der bisherigen Umsetzung des Vorrangs der Rehabilitation insbesondere für den Personenkreis längerfristig Arbeitsloser unzufrieden war. Hier sind neue Handlungsoptionen für Rentenversicherung, Bundesagentur und Jobcenter gefragt. Mittelfristig könnte eine Neuregelung auch die für die bisherige komplizierte Regelung in § 6 Abs. 3 SGB IX zum Zusammenhang von Jobcentern und Rehabilitationsträgern in Betracht gekommen.

Nach § 12 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger frühzeitige Bedarfserkennung sicherstellen. Hierzu sollen sie Ansprechstellen einrichten, die Informationsangebote an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln. Diese Regelung löst funktional einen Teil der Pflichten der früheren Gemeinsamen Servicestellen ab, deren Umsetzung sich nach Auffassung der Rehabilitationsträger nicht bewährt hatte. Es wird nun von den Rehabilitationsträgern abhängen, ob ihre Verpflichtung zur Einrichtung von Ansprechstellen die Schwächen der früheren Praxis überwinden und mehr Verbindlichkeit und Klarheit schaffen kann. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass der Deutsche Bundestag im Zusammenhang mit dem BTHG sich für eine Gemeinsame Empfehlung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement ausgesprochen hat (BT-Drs. 18/10528, 4).

Nach § 13 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger Instrumente zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs verwenden, die zu vereinbarenden gemeinsamen Grundsätzen entsprechen. Dies verlangt eine Konsensbildung auf Ebene von Verwaltung, Leistungserbringern und Wissenschaft über die Grundlagen, auf denen Rehabilitationsbedarf erkannt, ermittelt und gedeckt werden kann. Fragen der Evidenzbasierung und Wirksamkeit von Rehabilitation sind in diesem Zusammenhang zu thematisieren. Begriffliche Barrieren zwischen den Leistungsgesetzen und Verwaltungsträgern, zwischen Leistungserbringern, Professionen und Disziplinen sind zu überwinden.

Gemeinsame Empfehlungen bleiben nach § 26 SGB IX das wichtigste Instrument für ein einheitliches Verständnis und eine einheitliche Anwendung des Rehabilitationsrechts. Auch bei unveränderten Aufträgen an die Rehabilitationsträger ist das neue Recht ein Anlass, alle gemeinsamen Empfehlungen zu überprüfen und zu erneuern sowie die Bedingungen ihrer Wirk-

samkeit im Verwaltungsalltag zu reflektieren. Dies gilt auch für die Verträge zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern (§ 38 SGB IX) und die für sie zu findenden einheitlichen Grundsätze.

§ 32 SGB IX etabliert die Bundesförderung für eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, die unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern und unter Berücksichtigung der Beratung durch Gleichbetroffene arbeiten soll. Damit wird die Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen als Akteur sichtbarer. Es stellt sich verstärkt die Frage nach einer zweckmäßigen Abgrenzung und Kooperation zwischen Verwaltung, Leistungserbringern und Selbsthilfe. Dies wird auch deutlich durch die stärkere Partizipation der Selbsthilfe in der BAR (§ 39 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX).

Die Rechtsgrundlagen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wurden in §§ 39-41 SGB IX neu gefasst. Damit wird die BAR rechtlich sichtbarer und gestärkt. Insbesondere der zukünftige Teilhabeverfahrensbericht (§ 41 SGB IX) bietet die Chance für Rehabilitationsträger, Leistungserbringer, Wissenschaft und Politik die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften künftig auf einer besseren Datengrundlage anzugehen, Entscheidend hierfür wie auch für andere Umsetzungsaufgaben des BTHG wird es sein, Kommunikation und Kooperation zwischen den Rehabilitationsträgern und hier insbesondere auch mit den Ländern und den Trägern der Eingliederungshilfe zu verbessern.

Konstruktvalidierung der SF-12 zur Erfassung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der orthopädischen Rehabilitation und in der Allgemeinbevölkerung

Wirtz, M.A. (1), Morfeld, M. (2), Brähler, E. (3), Glaesmer, H. (3)

(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Hochschule Magdeburg-Stendal, (3) Universitätsklinikum Leipzig

Zielstellung

Die Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist einer der zentralen Outcome-Parameter in der Rehabilitation. Gemäß der bio-psycho-sozialen Modellvorstellung der WHO handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt, dessen valide Erfassung die Beurteilung aus Perspektive der betroffenen Rehabilitanden voraussetzt. Der SF-12 ist als Kurzversion des SF-36-Fragebogens (Morfeld et al., 2011) eines der am häufigsten eingesetzten Screeningsinstrumente zur Erfassung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der rehabilitationswissenschaftlichen Praxis und Forschung. Mittels des SF-12 können zwei Skalenwerte ermittelt werden: Körperlicher Skalenwert (KSW) und psychischer Skalenwert (PSW; Ware et al., 2005). Bisher liegt keine überzeugende konfirmatorische Prüfung der faktoriellen Struktur vor. Insbesondere für den Psychischen Skalenwert werden systematische Verletzungen der postulierten Messstruktur berichtet (Keller et al., 1998; Scholz et al., 2014).

Methoden

Die Daten einer deutschlandweit bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe des Umfangs N = 2.524 und einer Stichprobe von N = 184 stationär versorgter orthopädischer Rehabilitanden analysiert. Mittels theoriebasierter konkurrierender Modellvergleiche wurden Strukturmodelle empirisch geprüft. Um skalierungsbedingte Verzerrungen und Artefakte zu verwenden kam der WLSMV-Algorithmus zum Einsatz, der durch den unterliegenden latent-trait-Ansatz geeignet ist, ordinale Datenformate sowie Decken- und Bodeneffekte adäquat zu berücksichtigen.

Ergebnisse

Für den Faktor "Körperliche Gesundheit" konnte die postulierte hierarchische Modellstruktur in beiden Analyse Stichproben bestätigt werden: ein Faktor zweiter Ordnung "Körperliche Gesundheit" sowie zwei Faktoren erster Ordnung "Körperliche Funktionsfähigkeit" und "körperliche Rollenfunktion" beschreiben die faktorielle Struktur der körperlichen sechs Skalenitems in der Allgemeinbevölkerung adäquat. Für orthopädische Rehabilitanden ist die Definition des Subfaktors "Körperliche Funktionsfähigkeit" nicht erforderlich. In beiden Analysestichproben weicht die Struktur der sechs Items, die der Erfassung der psychischen Gesundheit dienen, substantiell von den Modellannahmen ab: Neben der Information "ruhig und gelassen" muss der Aspekt "voller Energie" (anstatt "niedergeschlagen und traurig") als Indikator des Faktors zweiter Ordnung "Psychisches Befinden" berücksichtigt werden. Die globalen

Gütemaße weisen ein entsprechendes Modell (z. B. in der Allgemeinbevölkerung (SRMR = .037; TLI = .992; CFI = .967) als sehr gut datenkompatibel und alternativen Modelldefinitionen als überlegen aus.

Fazit

Die Konstruktvalidität des SF-12 konnte für den Aspekt "Körperliche Gesundheit" sehr gut bestätigt werden. Nach Anpassung der Modellstruktur konnte auch für den Aspekt "Psychische Gesundheit" eine gute Konstruktvalidität nachgewiesen werden. Entsprechend muss die Berechnung des Skalenwertes PSW angepasst werden (Wirtz et al., im Druck). Es wird ein alternativer Berechnungsvorschlag für die Ermittlung der Skalenwerte KSW und PSW präsentiert, für die sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch für Rehabilitanden mit orthopädischen Einschränkungen eine hohe psychometrische Qualität sichergestellt ist.

Literatur

Keller, S. D., Ware, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G. (1998). Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology, 51, 1179-1188.

Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.

Scholz, M., Müller, E., Kröhne, U., Böcker, M., Forkmann, T. & Wirtz, M. (2014). Konfirmatorische Prüfung der dimensionalen Struktur des Oswestry Disability Index, des SF-12 und der HADS-D bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Rehabilitation, 53, 118-123.

Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M. & Gandek, B. (2005). How to score version 2 of the SF-12 health survey. Retrieved March 23, 2017, from www.worldcat.org.

Wirtz, M.A., Morfeld, M., Brähler, E. & Glaesmer, H. (im Druck). Konfirmatorische Prüfung der Skalenstruktur des SF-12 Version 2.0 in einer deutschen bevölkerungsepräsentativen Stichprobe. Diagnostica.

Lebensqualitätsmessung in der psychiatrischen Rehabilitation – Effekte und messtheoretische Überlegungen

Senft, B. (1), Schosser, A. (1), Leonhart, R. (2)

(1) BBRZ-Med, Wien (2) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Zielstellung

Die Erfassung der Lebensqualität bei Beginn und Ende ambulanter psychiatrischer Rehabilitation ist fester Bestandteil des Assessments, das vom Kostenträger Pensionsversicherung vorgegebenen wird. Zielsetzung ist die Messung von Veränderungen sowie der Vergleich von Indikationsgruppen. Dazu wurden seit Implementierung der Rehabilitation in Österreich (2002 Start der stationären und 2010 Start der ambulanten Rehabilitation) generische Instrumente eingesetzt. Seit 2014 ist das ICF-orientierte Verfahren WHODAS 2.0, 36-Item-Version, self-report (Üstün et al., 2010) in Anwendung. Das Verfahren wurde in 47 Sprachen übersetzt und

findet breite Anwendung (40% psychiatrische Fragestellungen), wird als reliabel und valide beschrieben und für die Anwendung in der Rehabilitation empfohlen. Kritisiert wird allerdings das Fehlen kritischer Differenzen und eines Globalscores, zudem mangelt es noch an Daten zur Messinvarianz für unterschiedliche Gruppen (Federici et al., 2017).

Ziel der Studie ist die Prüfung der Faktorenstruktur mittels CFA und der Messinvarianz bei den berufstätigen und arbeitslosen Rehabilitanden sowie eine Beurteilung der Veränderung nach einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung.

Methoden

Der Fragebogen WHODAS 2.0 wurde im Zuge der standardmäßigen Evaluation bei Beginn und Ende der Rehabilitation sowie zu zwei Katamnesezeitpunkten vorgelegt. Die Einschätzung erfolgte auf einer Skala von 0 (keine Einschränkung) bis 4 (sehr starke Einschränkung/ nicht möglich). Zusätzlich wurden die beiden Verfahren Beck Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 2001) und BSI-18 (Franke et al., 2017) vorgeben, sowie Angaben zur Soziodemographie und Diagnose erhoben.

Aus der vollständigen Stichprobe von N=2.427 Patienten wurden Fälle mit mehr als drei fehlenden Werten ausgeschlossen (N=510; 18,7 %), die übrigen fehlenden Werte wurden durch multiple Imputation in SPSS ersetzt. Der Abschnitt Beruf im WHODAS 2.0 wurde aus der Analyse ausgeschlossen, da die meisten Rehabilitanden nicht berufstätig waren. Die Stichprobe bestand aus 2.214 Patienten (62,1 % weiblich) mit einem Durchschnittsalter von 43,76 Jahren (SD=9,84). 28,0 % waren berufstätig und 60,0 % arbeitslos (12,0 % sonstige). 66,5 % wiesen eine affektive Störung F3 nach ICD-10 auf, 22,4 % eine neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störung (11,1 % sonstige Diagnosen).

Ergebnisse

Die Prüfung des Modells ergab nach Anpassung durch modification indices einen akzeptablen Modell-Fit (Weiber, Mühlhaus, 2010): CMIN=4049.852, df=440, p<.001, CMIN/df=9.204, GFI=.886, NFI=.907, CFI=.916, TLI=, RMSEA=.061. Die lokalen Fitmaße ergaben für alle Domänen hinreichende Faktor-Reliabilitäten, die durchschnittlich aufgeklärte Varianz (DEV) lag bei drei von sechs Domänen über .5, bei den übrigen knapp darunter. Diskriminante Validität lag nur für die Domäne fünf vor (Fornell-Larcker <1). Damit kann nicht von einer hinreichenden Trennbarkeit der Domänen im WHODAS 2.0 ausgegangen werden. Bei der Analyse nach beruflichem Status konnte die Messinvarianz nicht bestätigt werden.

Zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation kam es zwar zu signifikanten Verbesserungen der Lebensqualität in allen sechs Domänen, allerdings lagen die Effektgrößen nach Cohen's d nur im Bereich von 0,12 (Mobilität, Haushalt) bis 0,23 (Verständnis/Kommunikation). Dieser Effekt lag deutlich unter jenen im Beck Depressions-Inventar (BDI: d=0,58) oder im BSI-18 (d=0,32). Die beiden Messzeitpunkte korrelierten bei allen drei Verfahren jeweils ähnlich hoch. Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigten sich signifikante Unterschiede im Verlauf zwischen berufstätigen und arbeitslosen Patienten. Die Einschränkungen in den Domänen der Lebensqualität lagen bei Reha-Beginn im Mittel im Bereich zwischen den Ausprägungen 1 (gering) bis 2 (mäßig): Verständnis und Kommunikation M=1,53; Mobilität M=1,11; D3 Selbstversorgung M=0,61; Umgang mit anderen Menschen M=1,60; Haushalt M=1,76; Partizipation M=1,81.

Die Zusammenhänge der WHODAS-Skalen mit dem BSI-18 lagen im Bereich von r=.499 bis r=.690. Während das BSI-18 gut zwischen Patientengruppen innerhalb der Stichprobe differenzierte, zeigten sich in der Lebensqualität sehr kleine Unterschiede.

Zusammenfassung

Die Effektgrößen für die Lebensqualität liegen deutlich unter jenen für die Symptombelastung, was vermutlich auch der verhältnismäßig geringen Einschränkung bei Reha-Beginn geschuldet ist. In Abhängigkeit von der Zielsetzung des Einsatzes sind Limitationen in Kauf zu nehmen. Bei der Erfolgsbewertung muss möglicherweise von einer zu geringen Veränderungssensitivität bei relativ hoher Spezifität ausgegangen werden, wobei cut-offs und kritische Differenzen fehlen. Der Bodeneffekt der Skala Selbstversorgung ist auch aus anderen Studien bekannt, zur Status-Feststellung und zum Vergleich unterschiedlicher Nationen oder Indikationen wird das Instrument als passable Methode empfohlen (Federici et al., 2017). Innerhalb einer Population sind jedoch unterschiedliche Messergebnisse in Subgruppen zu erwarten und damit unterschiedliche Verlaufsergebnisse kritisch zu betrachten.

Fazit

Die Messung der Lebensqualität stellt einen wichtigen Teil der Diagnostik und Erfolgsbewertung in der Rehabilitation dar, bleibt aber eine Herausforderung. Breit eingesetzte generische Instrumente in vielen Sprachen schaffen eine gute Datenbasis und Vergleichbarkeit, sollten aber für die Erfolgsmessung und ökonomische Bewertung einer Rehabilitationsbehandlung durch andere Verfahren ergänzt werden.

Literatur

Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., & Luciano, J. V. (2017). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. Disability and rehabilitation, 39(23), 2347-2380. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1223177.

Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. BMC medical research methodology, 17(1), 14. https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (2001). Beck-Depressions-Inventar: Testhandbuch (2. Aufl.). Bern: Huber.

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatteriji, S., & Rehm, J. (2010). Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Retrieved from http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html.

Weiber, R., & Mühlhaus, D. (2010). Strukturgleichungsmodellierung: Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS. Berlin u.a.: Springer.

Methodenkritischer Vergleich der Depressionsskalen von HEALTH-49 und SCL-90-R in der psychosomatischen Rehabilitation

Hagen, D., Rampoldt, D., Schäfer, R., Franz, M.
Universitätsklinikum Düsseldorf

Hintergrund

Mit dem HEALTH-49-Fragebogen wurde ein standardisiertes Selbsteinschätzungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit entwickelt (Rabung et al., 2009). Durch seine umfassende Abdeckung könnte der HEALTH-49 mitunter mehrere andere Fragebögen ersetzen, was Zeit und Kosten sparen würde. Denn der Fragebogen enthält nur 49 Items und ist kostenlos im Internet verfügbar.

Vor diesem Hintergrund wurde beim wir2 Bindungstraining, einem Elterntraining für Alleinerziehende, der Fragebogen SCL-90-R (Franke, 2002) in der Begleitevaluation durch den HEALTH-49 ersetzt. Das wir2 Bindungstraining ist ein standardisiertes und manualisiertes Unterstützungsprogramm für Alleinerziehende (Franz, 2014) mit Kindern im Vor- und Grundschulalter und dauert über 20 wöchentliche Gruppensitzungen. Die nachhaltige Wirkung des ambulanten Programms auf die psychosoziale Gesundheit der teilnehmenden alleinerziehenden Mütter und ihrer Kinder wurde in einer RCT-Studie belegt.

Seit 2010 wird das wir2 Bindungstraining, ursprünglich für den ambulanten Bereich entwickelt, in zeitlich verdichteter Form auch in der stationären psychosomatischen Rehabilitation erfolgreich eingesetzt (Franz et al., 2016). Die in den ambulanten Gruppen bereits erfolgte Umstellung auf den HEALTH-49 sollte anschließend auch in den stationären wir2-Gruppen realisiert werden.

Bei der praktischen Anwendung des HEALTH-49 kam es laut Schüle et al. (2010) in einer psychosomatischen Fachklinik jedoch zu Deckeneffekten und einer Verringerung der Veränderungssensitivität beim HEALTH-49-Modul „Depressivität“. Die Eignung des entsprechenden HEALTH-Moduls zur Erfassung der Effektivität einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung bei Patienten mit affektiven Störungen wurde daher infrage gestellt.

Da insbesondere die Depression als Wirkungsmaß für das wir2 Bindungstraining von zentraler Bedeutung ist, wurde bei Einführung des HEALTH-49 im stationären Setting der SCL-90 parallel weiterverwendet, um beide Instrumente zu vergleichen.

Methodik

Seit Juli 2016 ist das wir2 Bindungstraining Bestandteil der Psychosomatischen Fachklinik Schömberg. Das wir2-Training wird dort im Rahmen einer naturalistischen Beobachtungsstudie durchgeführt. Innerhalb eines Jahres wurde die Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich der psychischen Symptomlast der alleinerziehenden Mütter zu Beginn und Ende des sechswöchigen Klinikaufenthaltes sowohl mit dem SCL-90-R als auch dem HEALTH-49 gemessen (N = 33). Neben der deskriptiven Statistik wurden Effektstärken (Cohen`s d) und Korrelationskoeffizienten ermittelt.

Ergebnisse

Zu Beginn des Klinikaufenthalts waren die Depressivitätswerte der alleinerziehenden Mütter extrem hoch, sowohl in der HEALTH-49-Skala (1,97, SD = 0,93) als auch in der SCL-90-R-Skala (1,95, SD = 0,83). Zum Ende des sechswöchigen Klinikaufenthaltes ergaben sich deutlich niedrigere Werte (HEALTH-49: 1,29, SD = 0,98; SCL-90-R: 1,20, SD = 1,00). Die Effektstärke lag in der Depressionsskala beim HEALTH-49 (Cohen`s d = 0,72) niedriger als in der konstruktverwandten Skala des SCL-90-R (Cohen`s d = 0,82). Dabei korrelierten diese beiden Skalen sowohl bei Aufnahme (r = 0,84) als auch bei Entlassung (r = 0,92) sehr hoch.

Fazit

Die psychophysiologische Belastung alleinerziehender Mütter konnte während des sechswöchigen Aufenthaltes in einer psychosomatischen Fachklinik mit Schwerpunkt auf dem wir2 Bindungstraining deutlich reduziert werden. Dabei ergaben sich sehr hohe Korrelationen der HEALTH-49-Skala „Depressivität“ zur entsprechenden Skala des SCL-90-R.

Als problematisch zu betrachten ist die geringere Effektstärke des HEALTH-49 in der Depressionsskala im Vergleich zum SCL-90-R. Deswegen werden die Bögen in den stationären wir2-Gruppen zunächst weiterhin beide eingesetzt. Ein Grund für eine geringere Veränderungssensitivität beim HEALTH-49 in der Depressionsskala könnte in der unterschiedlichen Gewichtung verwandter Items zu finden sein. So nimmt beispielsweise das bei den wir2-Teilnehmerinnen wenig sensitive Item zur Suizidalität im HEALTH-49 ein höheres Gewicht ein als im SCL-90-R.

Förderung: Walter Blüchert Stiftung

Literatur

Franke, G.H. (2002): Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R). 2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Beltz.

Franz, M. (2014): wir2. Bindungstraining für Alleinerziehende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Franz, M., Hagen, D., Rampoldt, D., Schäfer, R., Zentgraf, B., Egle, U.T., Thielen, G. (2016): Vaterlos – vom epidemiologischen Befund zur Intervention. Die Psychodynamische Psychotherapie, 15 (4), 187-196.

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H. U., Schulz, H. (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der »Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis« (HEALTH-49). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55(2), 162-179.

Schüle, C., Jürgensen, R., Rüddel, K. (2010): Zur klinischen Validität neuerer Psychometrieverfahren in der Erfassung von Veränderungen der Symptomatik bei affektiven Störungen bei Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.

Der 6-Minuten-Gehtest als Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit von Patienten nach Hüft- oder Knietotalendoprothese

Hadzic, M. (1), Rabe, S. (1), Salzwedel, A. (1), Krause, M. (2), Reich, H. (3), Hentschke, M.-P. (4), Völler, H. (1)

(1) Universität Potsdam, (2) Median Klinik Hoppegarten,
(3) Brandenburgklinik Bernau, (4) Reha-Zentrum Lübben

Zielstellung

Die Implantation von künstlichen Hüft- oder Kniegelenken (Totalendoprothesen, TEP) ist die häufigste Rehabilitationsindikation in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2017). Hinsichtlich der Quantifizierung des Rehabilitationserfolges ist jedoch ein Mangel an Untersuchungen validierter, objektiver und leicht anwendbarer Messinstrumente zu konstatieren. Daher ist es das Ziel dieser Untersuchung, die Verbesserung der Funktionalität anhand des 6-Minuten-Gehtests (6MWT) und der Bewegungsausmaße des operierten Gelenkes (BAM) während der Rehabilitation zu prüfen. Des Weiteren soll untersucht werden, ob der 6MWT mit validierten Assessmentinstrumenten der Lebensqualität, der Beschwerdesymptomatik sowie der Mobilität der Patienten korreliert.

Methoden

Im Zeitraum von August 2016 bis August 2017 wurden 103 Patienten nach Implantation einer Hüft- oder Knie-TEP von drei stationären Rehakliniken eingeschlossen. Es wurden soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht), Komorbiditäten, Medikation und Prothesentyp dokumentiert. Zu Beginn (T1) und Ende (T2) der Rehabilitation wurden jeweils die maximale Gehstrecke im 6MWT und das BAM des operierten Gelenkes erhoben. Der Vergleich der Outcome-Variablen zum Anfang und Ende der Rehabilitation wurde für das jeweils betroffene Gelenk mit Hilfe von t-Tests mit verbundenen Stichproben berechnet (Signifikanzniveau $p<0,05$). Im Rahmen eines Projektes zur Optimierung der postrehabilitativen Versorgung führten 91 Patienten am Rehaende erneut den 6MWT, sowie zusätzlich den Short Form 36 (SF 36: Körperlicher Summenscore, KSK; Psychischer Summenscore, PSK), den Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), den Stair Ascend Test (ST), den Chair Rise Test (CRT) und den Timed Up and Go Test (TUG) durch. Mittels des Spearmans Rho Korrelationskoeffizienten wurde der Zusammenhang des 6MWT zu den genannten Assessments überprüft.

Ergebnisse

Die Patienten waren im Durchschnitt 54,5 ± 6,5 Jahre alt (56,3 % Frauen; BMI 30,2 ± 5,4 kg/m^2; Hüft-TEP 66 %). Die durchschnittliche Rehadauer der Patienten betrug 23,1 ± 3,7 Tage. Etwa 60 % der Patienten nahmen schmerzlindernde Medikation (Opioide 9,7 %; andere Schmerzmittel 48,5 %) während der Reha ein. Ein nicht unerheblicher Anteil wies kardiovaskuläre (40,8 %), muskuloskelettale (22,3 %), psychische (5,8 %) und neurologische (4,9 %) Komorbiditäten auf (Tabelle 1). Die maximale Gehstrecke im 6MWT zwischen Beginn und Ende der Reha konnte bei Hüft- (344,9 ± 82,4 m zu 413,4 ± 79,1 m; $p<0,001$) und Knie- TEP (323,4 ± 99,6 m zu 422,6 ± 81,8 m; $p<0,001$) Patienten signifikant gesteigert werden. Be-

züglich des BAM wiesen die Patienten beider Gruppen eine relevante Verringerung des Beugedefizites auf (Hüfte: 85,4 ± 8,3° zu 90,4 ± 6,4^0; Knie: 85,1 ± 11,3° zu 103,6 ± 10,4^0; p< 0,001). Zusätzlich konnte die Abduktion der Hüft-TEP Patienten von 22,7 ± 8,2° auf 29,3 ± 7,4° verbessert werden (p<0,001).

Zum Rehaende zeigte der 6MWT einen signifikanten Zusammenhang zu den untersuchten Parametern der Mobilität (TUG: r = - 0.80, p < 0.001; ST: r = - 0.69, p < 0.001; CRT: r = - 0.48, p < 0.001), der Beschwerdesymptomatik (WOMAC: r = - 0.40, p < 0.001), sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KSK: r = 0.33, p < 0.01; PSK: r = 0.23, p < 0.05) auf.

Tab. 1: Patientencharakteristika (n=103)

Parameter	**Mittelwert ± SD bzw. n (%)**
Soziodemographische Daten	
Alter (Jahre)	54,9 ± 6,5
Geschlecht (weiblich)	58 (56,3)
BMI (kg/m^2)	30,2 ± 5,4
Körperliche Arbeitsschwere	
leicht	48 (43,2)
leicht mittelschwer	26 (23,4)
mittelschwer	13 (11,7)
schwer	4 (3,6)
Dauer der Reha (Tage)	23,1 ± 3,7
Hüft-TEP	68 (66)
Prothesentyp	
Geradschaft	50 (73,5)
Keramik/Keramik	37 (55,2)
Keramik/PE	28 (41,8)
zementfrei	66 (97,1)
Knie-TEP	35 (34)
Prothesentyp	
Nicht gekoppelt	33 (94,3)
Ohne Retropatellarersatz	24 (68,6)
zementiert	33 (94,3)
Schmerzmittel während der Reha	
Opioide	10 (9,7)
Andere Schmerzmittel	50 (48,5)
Keine Schmerzmittel	43 (41,7)
Komorbiditäten	
Kardiovaskulär	42 (40,8)
Muskuloskelettal	23 (22,3)
Psychisch	6 (5,8)
Neurologisch	5 (4,9)

BMI: Body Mass Index

Fazit

Die vorliegende Untersuchung veranschaulicht, dass die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten nach TEP-Einsatz während der Rehabilitation verbessert werden konnte. Auf Grund der starken Korrelationen des 6MWT zu TUG, ST und CRT lässt sich vor allem die Mobilität der Patienten, mittels des 6MWT, während der Reha gut abbilden. Besonders der TUG scheint dabei eine zeitsparende Alternative zum 6MWT darzustellen. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Beschwerdesymptomatik müssen jedoch eigenständige Assessments angewandt werden.

Literatur

Statistisches Bundesamt Deutschland (2017): 20 häufigsten Hauptdiagnosen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2015; Online: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen/Tabellen/DiagnosenVorsorgeReha.html.

Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen bei Krebspatientinnen und Krebspatienten anhand unterschiedlicher Screeninginstrumente

Bergelt, C. (1), Albrecht, D. (2), Barth, J. (2), Mehnert, A. (3)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Klinik Nordfriesland, St. Peter-Ording, (3) Universitätsklinikum Leipzig

Zielstellung

Zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) für die Zuweisung zu einer MBOR-Maßnahme (Stufe B) werden als geeignete Screeninginstrumente unter anderem SIMBO-C (Streibelt, 2009) und Würzburger Screening (Löffler et al., 2008, 2009) auch für die Onkologie empfohlen (Reese et al., 2016), obwohl keines der beiden Instrumente spezifisch für den Indikationsbereich Onkologie entwickelt oder validiert wurde.

Methoden

Analysiert wurden Daten von N=4.085 Krebspatientinnen und Krebspatienten mit gemischten Tumordiagnosen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die Identifikation von BBPL basiert auf den Angaben der Patientinnen und Patienten in SIMBO-C und Würzburger Screening (WS) sowie auf der von den Reha-Ärztinnen und -Ärzten zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme während der Aufnahmeuntersuchung vorgenommenen klinischen Einschätzung des MBOR-Bedarfs. Als soziodemographische und medizinische Variablen wurden Alter, Geschlecht und Tumordiagnose (ICD-10) in die Analysen einbezogen.

Ergebnisse

Die Patientinnen und Patienten sind im Mittel 53 Jahre alt (SD=7.6), 27 % sind unter 50 Jahre und 18 % zwischen 60 und 65 Jahre alt. 73 % (n=2.970) sind Frauen, 27 % (n=1.115) Männer. Über die Hälfte der Stichprobe nimmt wegen einer Brustkrebserkrankung an der Rehabilitation teil und 85 % der Stichprobe sind erwerbstätig, 81 % mindestens halbtags. Zwei Drittel der Stichprobe sind bei Reha-Beginn arbeitsunfähig, 75 % nehmen eine AHB-Maßnahme in Anspruch (AHV: 25 %).

Sowohl für den SIMBO-C (15 %) als auch für das WS (26 %) kann in einer substantiellen Zahl von Fällen aufgrund von Missings in einzelnen Items kein Skalenwert ermittelt werden. In den Fällen, in denen eine Berechnung möglich ist, liegt laut SIMBO-C bei 59 % (AHB: 67 %, AHV: 35 %), laut WS bei 42 % (AHB: 44 %, AHV: 37 %) der Patientinnen und Patienten eine BBPL

vor. Die von den Reha-Ärztinnen und -Ärzten zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme vorgenommene klinische Einschätzung ergibt dagegen 28 % Patientinnen und Patienten mit BBPL (AHB:29 %, AHV: 24 %).

Die Übereinstimmungsrate von SIMBO-C und WS in Bezug auf das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer BBPL liegt bei 61 % (31 % BBPL, 30 % keine BBPL in beiden Instrumenten; AHB: 33 % BBPL, 24 % keine BBPL in beiden Instrumenten; AHV: 22 % BBPL, 50 % keine BBPL in beiden Instrumenten).

Eine Analyse in Bezug auf einzelne Diagnosen zeigt, dass der höchste Anteil von BBPL von allen Instrumenten unter Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen der Atmungsorgane identifiziert wird (SIMBO-C: 68 %. WS: 58 %. klinisches Urteil: 35 %). Die niedrigste Rate wird in SIMBO-C und WS für Patientinnen und Patienten mit sonstigen Tumorerkrankungen (40 % bzw. 38 %) identifiziert, während das klinische Urteil den geringsten Anteil von Patienten mit BBPL (20 %) unter Patienten mit Krebserkrankungen der männlichen Genitalorgane identifiziert. Patientinnen mit Brustkrebs oder DCIS der Mamma als größte Gruppe innerhalb der Stichprobe weisen nach klinischem Urteil die drittniedrigste (27 %) und im WS die zweitniedrigste Rate an BBPL auf (39 %), während sie im SIMBO-C die dritthöchste Rate (62 %) erreichen.

Fazit

Die Analysen weisen darauf hin, dass weder SIMBO-C noch Würzburger Screening im Indikationsbereich Onkologie zufriedenstellende Ergebnisse zur verlässlichen Identifikation von Patientinnen und Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen liefern. Der im Vergleich zu den DRV-Empfehlungen (DRV Bund, 2012; ca. 30 %) und dem klinischen Urteil (28 %) sehr hohe Anteil positiv gescreenter Personen (42 % bzw. 59 %) weist darauf hin, dass die vorgegebenen und psychometrisch geprüften Cut-off-Werte von SIMBO-C und Würzburger Screening für den Indikationsbereich Onkologie nicht adäquat sind.

Literatur

DRV Bund (2012). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/273684/publicationFile/51317/MBOR_Anforderungsprofil.pdf.

Löffler, S., Wolf, H.D., Neuderth, S., & Vogel, H. (2009). Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. In: A. Hillert, W. Müller-Fahrnow, & F. M. Radoschewski (Hrsg.), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (S. 133-140). Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Löffler, S., Wolf, H-D., Gerlich, C., & Vogel, H. (2008). Benutzermanual für das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/WuerzburgerScreening_Manual.pdf .

Reese, C., Mittag, O., Bartsch, H., Bengel, J., Birmele, M., Böckmann, J., Böhme, C., Faller, H., Gruber, H., Herschbach, P., Kröger, O., Meißler, K., Paradies, K., Schmucker, D., Teichmann, J., Weis, J. & Worringen, U. (2016). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Onkologische Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder

Kolonkarzinom). Zugriff am 20.09.2017. Verfügbar unter https://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/praxisempfehlungen.html

Streibelt, M. (2009). Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). Die Rehabilitation, 48, 135-144.

Das ICF-basierte Umwelt-Faktoren-Assessment: Entwicklung und erste Validierung

Mainz, V., Böcker, M., Gecht, J., Geiger, M., Quack, V., El Mansy, Y., Müller, A.
Universitätsklinikum RWTH Aachen

Zielstellung

Das primäre Ziel jeglicher Behandlungsmaßnahmen ist die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Patienten. Maßgeblich für den Behandlungserfolg ist darüber hinaus die Fähigkeit der Patienten, Tätigkeiten in ihrem Alltag und Beruf verrichten zu können und somit in der Lage zu sein, ein relativ selbständiges Leben zu führen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Umweltfaktoren je nach Konstellation die Funktionsfähigkeit, Partizipation (Teilhabe und Aktivitäten) und Lebenszufriedenheit sehr unterschiedlich, förderlich oder einschränkend, beeinflussen können (z. B. Whiteneck et al., 2004).

Bislang gibt es unseres Wissens nach im deutschsprachigen Raum kein psychometrisch gut abgesichertes Fragebogenverfahren, das versucht, Umweltfaktoren umfassend und systematisch zu erfassen. Für den angloamerikanischen Raum haben Heinemann und Kollegen (2015) einen Itempool zur Erfassung von Umweltfaktoren vor dem Hintergrund der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO, 2001) generiert, der verschiedene förderliche und hemmende Umweltfaktoren erfasst. Ziel der vorliegenden Studie war es, diesen Itempool zu übersetzten, für den deutschen Sprachraum zu adaptieren und ein umfassendes deutschsprachiges Umwelt-Faktoren-Assessment (UFA) mit guten psychometrischen Eigenschaften zu entwickeln.

Methoden

Übersetzung und Adaptation des UFA: Die Items des 274 Items umfassenden Itempools von Heinemann et al. (2015) wurden entsprechend internationaler Standards übersetzt. Einige Items, die sich in den angloamerikanischen Studien als psychometrisch schlecht erwiesen hatten, wurden nicht in den deutschsprachigen Pool übernommen. Andere Items wurden wegen schlechter Passung bzgl. des deutschen Gesundheitssystems ausgeschlossen. Es entstand ein 196 Items umfassender Itempool mit Items zu den sechs Bereichen I. Zugang zu Informationen und Technologien, II. Unterstützende Hilfsmittel, III. Privates und öffentliches Umfeld, IV. Öffentliche Einrichtungen und Dienste, V. Soziale Umgebung und VI. Finanzielle Aspekte der Lebensqualität.

Stichprobe: Der UFA-Itempool wurde von einer konsekutiven Stichrobe von 410 Patienten des Aachener Universitätsklinikums ausgefüllt, die unter einer Wirbelsäulenerkrankung (WSE) litten. 60 % der untersuchten Patienten waren weiblich und das durchschnittliche Alter lag bei 55.1 (14.8). Die häufigsten Ursachen für die WSE waren Bandscheibenvorfälle oder Stenosen.

Psychometrische Überprüfung des UFA: Für die Entwicklung des UFA werden die sechs untersuchten Umweltfaktoren jeweils einzeln analysiert. Die Itemanalyse erfolgt mithilfe des Rasch-Modells. Die Voraussetzungen des Rasch-Models wie Eindimensionalität, lokale stochastische Unabhängigkeit und die Abwesenheit von Differential Item Functioning (DIF) werden überprüft. Die Rasch-Analyse erfolgt mithilfe der Software RUMM2030. Zum Zeitpunkt der Abstracteinreichung liegen die Ergebnisse zu den Bereichen „Zugang zu Informationen und Technologien“, “Soziale Umgebung” sowie “Finanzielle Aspekte der Lebensqualität“ (Gecht et al., 2017) vor.

Ergebnisse

Für den Bereich „Zugang zu Informationen und Technologien“ konnte eine Skala mit 10 Items entwickelt werden, die die Voraussetzungen des Rasch-Modells erfüllt. Die Skala erfasst die Benutzerfreundlichkeit und Verfügbarkeit von Geräten und Technologien zur Kommunikation und zur Informationsbeschaffung. Aufgrund lokaler Abhängigkeiten mussten Superitems gebildet werden. Das Superitem bzgl. des Zugangs und der Verständlichkeit von Webseiten wies Alters-DIF aus und musste daher gesplittet werden. Die Schwierigkeit des Items war für ältere Patienten höher als für jüngere Patienten. Der Person Separation Index war mit .71 zufriedenstellend.

Für den Bereich “Finanzielle Aspekte der Lebensqualität“ wurde eine Skala mit 11 Items entwickelt. Die Skala erfasst den Einfluss finanzieller Aspekte auf die Lebensqualität, Aktivitäten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Auch für diese Skala musste für lokale Abhängigkeiten korrigiert werden. Sie wies jedoch kein DIF bzgl. Alter oder Geschlecht auf und zeigte mit einem Person Separation Index von .88 eine sehr gute Reliabilität.

Die Items des Bereichs “Soziale Umgebung” beziehen sich darauf, wie Menschen, die dem Patienten nahestehen oder die Gesellschaft, den Patienten oder andere Menschen mit Behinderungen behandeln und welche Einstellungen andere Menschen gegenüber Menschen mit Behinderungen haben. Für diesen Bereich konnte keine eindimensionale Skala entwickelt werden. Es wurden daher vier getrennte eindimensionale Skalen entwickelt, die jeweils entweder soziale Fascilitatoren oder Barrieren erfassen, die sich auf den Patienten selbst oder auf Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen beziehen. Keine der vier Skalen wies DIF bzgl. Alter oder Geschlecht auf. Bei allen Skalen musste für lokale Abhängigkeiten korrigiert werden.

Fazit

Mit dem UFA wird erstmals für den deutschen Sprachraum ein ICF-basiertes, psychometrisch gut abgesichertes Fragebogenverfahren entwickelt, das es erlaubt, umfassend hemmende und fördernde Umweltfaktoren zu erfassen. Dies ermöglicht nicht nur, in der Forschung den Einfluss von Umweltfaktoren auf den Behandlungserfolg zu untersuchen, sondern auch in der individuellen Therapieplanung gezielt Umweltfaktoren zu erfassen und mögliche Barrieren systematisch zu identifizieren. Der UFA soll krankheitsübergreifend zur Diagnostik von Umweltfaktoren eingesetzt werden. Die Validierung in anderen Patientengruppen steht noch aus.

Förderer: START-Programm der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen

Literatur

Gecht J, Mainz V, Boecker M, Clusmann H, Geiger MF, Tingart M, Quack V., Gauggel S, Heinemann AW, Müller CA. (2017). Development of a short scale for assessing economic environmental aspects in patients with spinal diseases using Rasch analysis. Health Qual Life Outcomes; 15(1):196.

Heinemann AW, Magasi S, Hammel J, Carlozzi NE, Garcia SF, Hahn EA, Lai JS, Tulsky D, Gray DB, Hollingsworth H, Jerousek S. (2015). Environmental factors item development for persons with stroke, traumatic brain injury and spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil.; 96: 589-595.

Whiteneck GG, Meade MA, Dijkers M, Tate DG, Bushnik T, Forchheimer MB. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil.;85:1793-803.

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.

Entwicklung eines Testmanuals für arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik mit dem Sapphire-System

Andreeva, E. (1), Geissler, N. (2), Gutenbrunner, C. (1)

(1) Medizinische Hochschule Hannover,

(2) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hannover

Zielstellung

Zur Objektivierung der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit des Stütz- und Bewegungsapparates werden FCE (Functional Capacity Evaluation) -Systeme eingesetzt. In Verbindung mit klinisch-diagnostischen Befunden verbessern sie die Objektivierung der motorischen Funktionseinschränkungen. Sie dienen der Anpassung von arbeitsbezogenen Trainingsprogrammen an die funktionell-motorischen Defizite von Rehabilitanden und finden Anwendung in der sozialmedizinischen Begutachtung. Angesichts der primären Zielsetzung der FCE, der Objektivierung der erwerbsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit, müssen alle Assessmentverfahren methodisch abgesichert werden. Die Validität und Reliabilität rücken dabei in den Fokus. Deshalb muss ausgeschlossen werden, dass die Testergebnisse erheblich von der Subjektivität des Testers oder von der Leistungsbereitschaft der Probanden abhängig sind. Eine wichtige Voraussetzung für gute Reliabilität besteht darin, dass die Testbedingungen, -abläufe, Bewertungskriterien und Parameter der Ergebniskonsistenz eindeutig definiert und operationalisiert sind. Vor diesem Hintergrund zielte das Projekt darauf ab, die Test- und Auswertungsverfahren für unseren Basistest mit dem FCE-Assessmentsystem Sapphire zu manualisieren.

Methoden

Bei dem Arbeitssimulator Sapphire (SIM-Work-Systems) handelt es sich um ein kriteriumsorientiertes geschlossenes Assessmentsystem. Von insgesamt 26 möglichen Grundtesten

haben wir für unseren Basistest 7 ausgewählt, die grundlegende körperliche Arbeitsanforderungen in verschiedenen Körperhaltungen repräsentieren, und zur Klärung der Gehfähigkeit um einen 6 Minuten Gehtest ergänzt. Tab. 1 zeigt die Komponenten des Basistestes. Die Kraft- und Bewegungsparameter werden sensorbasiert gemessen und geräteintern mit einer computerisierten Normdatenbank verglichen, die auf anerkannten Kriterien von D.O.T. (Dictionary of Occupational Titles), NIOSH (National Institute of Safety and Health) und MTM (Methods-Time-Measurement) beruht. Die Vorteile dieses Assessments sind neben EDV-gestützten audiovisuellen Testvorgaben die computerisierte Protokollierung der Ergebnisse. Herzfrequenz, Sicherheit der Bewegungsabläufe und Schmerzverhalten werden vom Tester ergänzend dokumentiert. Die Einstufung der Arbeitsschwere erfolgt personenunabhängig nach den vorgegebenen Kriterien der Normdatenbank. Daraus ergibt sich ein wesentlicher Unterschied zum EFL nach Isernhagen, bei dem die Arbeitsschwere mit Erreichen der Maximalbelastung individuell festgelegt wird. Der Zeitbedarf unseres Basistestes ist mit etwa zweieinhalb Stunden deutlich geringer als beim EFL nach Isernhagen. Als psycho-physisches System fordert Sapphire die Testperson auf, bis an die Leistungsgrenze zu gehen, mit willkürlicher Maximalkraftanwendung im jeweiligen Test bei dreimaliger Wiederholung. Die Dauerleistung wird durch Extrapolation auf Grundlage leistungs- und arbeitsphysiologischer Grunddaten aus den kurzen Sequenzen der statischen und dynamischen Krafttests ermittelt. Die Datenerfassung und unsere strukturierte Auswertung beinhalten systematische Konsistenz- und Schmerzverhaltens-Analysen, die eine differenzierte Betrachtung auffälliger Testergebnisse ermöglichen, z. B. bei eingeschränkter Leistungsbereitschaft der Testpersonen.

Das Manual wurde 2017 an der ärztlichen Untersuchungsstelle der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover – gemeinsam mit der Klinik für Rehabilitationsmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover – erstellt und überarbeitet. Zu Beginn stand die Definition der Bereiche, die im Manual ausführlich dargestellt werden sollen, im Mittelpunkt.

Tab. 1: Testmöglichkeiten im Assessmentsystem Sapphire

– Dynamisches Heben und Tragen	(Höhe Werkbank 92,5 cm; Ablage 167,5 cm; Tragen ein- und beidhändig)
– Statisches Heben, Ziehen und Schieben	(Höhe Sprunggelenk, Mittelhand, Werkbank 92,5 cm, Schulter, Industriewagen 107,5 cm)
– Gesamtkörperbeweglichkeit mit Reichen im großen und kleinen Greifraum	über Kopf (20 cm über Scheitelhöhe) stehend (Panelhöhe 112,5 cm) gebückt (Panelhöhe 85 cm) hockend/kniend (Panelhöhe 55 cm), stehend/bückend (Panelhöhen 112,5 & 45 cm)
– Hand- und Fingergeschicklichkeit	Dexterity Box
– statische Greifkraft der Hände	Lateralgriff (Schlüsselgriff) Drei-Punkte-Griff Faustschluss

Ergebnisse

Das Manual erläutert Grundlagen zur Testmethodik und gibt Übersicht über räumliche Voraussetzungen und technische Komponenten des Systems. Die Leistungsanforderungen im Erwerbsleben werden aus verschiedenen Perspektiven definiert, z. B. aus rechtlicher Sicht, in Bezug auf Arbeitsschwere und -geschwindigkeit, Häufigkeit der Kraftanforderungen oder

Dauerbelastbarkeit. Eine große Bedeutung wird der Patientensicherheit beigemessen. Die Kontraindikationen für die Testung wurden unter Berücksichtigung kardiologischer und orthopädisch-unfallchirurgischer Expertisen definiert. Die Durchführung des Basistests wird Schritt für Schritt erklärt, von vorbereitenden Untersuchungen über den Gehstreckentest bis hin zu Dokumentation des Schmerzes und der Verhaltensbeobachtung. Mit Text und Abbildungen werden die standardisierte Körperhaltung und die technischen Komponenten des Systems erklärt und auf gängige Fehler hingewiesen. Ferner behandeln wir die Auswertung der Teste, die Beurteilung der Ergebniskonsistenz mit dem von uns entwickelten und getesteten Inkonsistenzscore (Geissler et al., 2017) sowie die Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit entsprechend dem Testergebnis. Häufige Fragen werden beantwortet. Hinweise zu Wartung, Kalibrierung, Behebung von technischen Problemen und Programmstörungen, standardisierte Auswerteformulare sowie Formulierungsvorschläge für die Einbeziehung des Testergebnisses in medizinische Gutachten runden das Manual ab.

Fazit

Ein ausführliches Manual mit testtheoretischen Grundlagen sowie Schritt-für-Schritt-Anleitungen zum Sapphire-Verfahren, Dokumentation, Patientensicherheit und Bewertungskriterien stand bislang nicht zur Verfügung. In dem von uns entwickelten Manual sind alle Test- und Auswertungsbereiche unseres Basistestes detailliert und anwenderbezogen beschrieben. Weitere Anpassungsschritte, in die die Erfahrungen der Tester einfließen, sind notwendig.

Die Manualisierung des Verfahrens kann die Reliabilität der Leistungsdiagnostik mit Sapphire System verbessern.

Interessenkonflikte: Der Co-Autor ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Literatur

Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W. et al. Stellenwert der Konsistenzprüfung bei Systemen zur Functional Capacity Evaluation (FCE). In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Tagungsband, „Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung“, 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 20. bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main. DRV-Schriften 2017; 111: 436-439.

Einsatz eines Planungskompetenztrainings im RehaAssessment® - eine Machbarkeitsstudie

Arling, V. (1), Benke, J. (1), Held, R. (2), Knispel, J. (1)

(1) Institut für Psychologie, RWTH Aachen, (2) Berufsförderungswerk Oberhausen

Zielstellung

Das sog. RehaAssessments® in Berufsförderungswerken geht in der Regel der eigentlichen Umschulung voraus (vgl. Bundesverband Deutsche Berufsförderungswerke, 2014; Deutsche Berufsförderungswerke, 2015). Hier überprüft das Berufsförderungswerk überwiegend im

Auftrag des zuständigen Leistungsträgers mittels standardisierter Verfahren die Eignung eines potentiellen Teilnehmers für eine Umschulung und erarbeitet gemeinsam mit ihm eine berufliche Perspektive unter Berücksichtigung gegebener gesundheitlicher Einschränkungen.

Vor dem Hintergrund einer beruflichen Um- bzw. Neuorientierung gilt es in diesem Zusammenhang Planungsprozesse hinsichtlich der weiteren Ausgestaltung des Erwerbslebens anzustoßen bzw. dieselben bewusst zu machen. Dem sollte verstärkt bei psychisch erkrankten Rehabilitanden Rechnung getragen werden.

Darüber hinaus hat Planungskompetenz eine große Schnittmenge mit ICF-relevanten Aspekten aus dem Prozessprofiling/ Prozessmonitoring (PP/PM, Arling et al., 2012; DIMIDI, 2005). Zu nennen sind hier beispielsweise die PP/PM-Aspekte ‚Arbeitsplanung' (ICF-Code b1641: ‚Organisieren und Planen betreffende Funktionen'), Reflektion von Arbeitsergebnissen' (z. B. ICF-Code b1643: ‚kognitive Flexibilität' bzw. b1646: ‚Problemlösungsvermögen').

In dieser Studie wird daher geprüft, ob ein Planungskompetenztraining (PKT; Arling et al., 2011) im sechswöchigen RehaAssessment® mit psychisch erkrankten Teilnehmern eines Berufsförderungswerkes umsetzbar und wirksam ist.

Methoden

Das PKT beinhaltet vier Planspieleinheiten, eine zwischengeschaltete Gruppensitzung (Transfer auf den Berufsalltag mit den Themen Planung und Stress) und ein individuelles Abschlussgespräch in Form eines Feedbacks zur individuellen Leistung im Training. Bei den Planspielen handelt es sich um visuelle Postkorbübungen mit unterschiedlichen Cover-Storys, anhand derer Rehabilitanden das Planen trainieren und zugleich zur Selbstreflexion über ihr eigenes Leben angeregt werden. Tour- und Routen-Planer sind Parallelverfahren und dienen dem Prä-Post-Vergleich; Einkaufs-Planer und Urlaubs-Planer sind leichtere Varianten zu Trainingszwecken. Der Studienablauf ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1 Studienablauf des Planungskompetenztrainings im RehaAssessment®

Insgesamt durchliefen 35 (68,63 %) von 51 psychisch erkrankten Teilnehmern aus fünf 6-wöchigen Assessment-Maßnahmen das Training vollständig (11 ♀, 20 ♂; Alter: AM = 36,03 Jahre, SD = 7,99 Jahre). Es zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede

zwischen den 35 Trainingsabsolventen zu den 20 Personen, die das Training nicht vollständig bearbeiteten (z. B. auf Grund von Abbruch, Krankheit, etc.).

Ergebnisse

Es zeigte sich eine signifikante Leistungssteigerung über die Planspiele hinweg ($\chi^2(3) = 63.28$, $p < .001$. Die Teilnehmer verbessern sich bedeutsam vom Tour- zum Routen-Planer (TP: AM = 49.51 %, SD = 19.60 %, Spanne: 23.26 %-93.02 %; RP: AM = 67.67 %, SD = 16.68 %, Spanne: 32.56 % -93.02 %, post-hoc Test: $z = -4.00$, $p < .001$, $r = -.72$).

Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 grafisch abgebildet. Im Sinne der diagnostischen Zielsetzung des RehaAssessments® weist die hohe Streuung zusätzlich darauf hin, dass die Planspiele hinreichend zwischen den Teilnehmern differenzieren können.

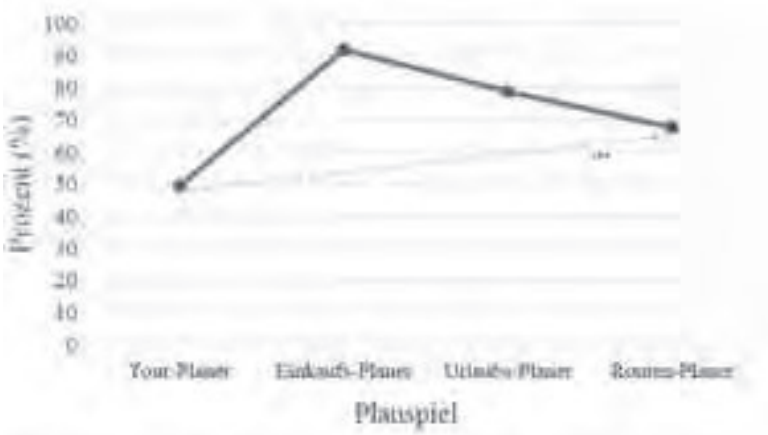

Abbildung 2: Mittlere prozentuale Planspielleistungen

Die Evaluation des Trainings durch die Teilnehmer deutet auf eine hohe Akzeptanz hin (z. B. ‚Das Training innerhalb des RehaAssessments® war sinnvoll.‘: 30x ‚ja‘ (93,75 %), 2x ‚teilweise‘ (6,25 %), 3x ‚kA‘ (8,57 %). Die Trainingsinhalte werden als eher hilfreich bei der Bewältigung bevorstehender Veränderungen im Leben gesehen (4-stufige Skala von (1) trifft nicht zu bis (4) trifft zu: AM = 3.13, SD=0.66, Spanne=1-4). Hinsichtlich der psychischen Belastung durch das Training im Sinne der affektiven Evaluation zeigt sich, dass die Bearbeitung der einzelnen Aufgabe keinen negativen Einfluss auf die emotionale Stimmung (z. B. Bedrücktheit, Wut) hat.

Fazit

Basierend auf den Ergebnissen ist die Wirksamkeit und Machbarkeit des Planungskompetenztrainings im RehaAssessment® psychisch erkrankter Menschen positiv zu bewerten. Insbesondere eine gezielte Anbindung der objektiven Leistung bzw. Leistungsverbesserung über das Training hinweg an die ICF-Merkmale bzw. Facetten des PP/PM verspricht eine große Nützlichkeit im RehaAssessment®. So können im Sinne des diagnostischen Anspruchs bzgl. Umschulungsperspektiven bzw. Reintegrationschancen konkrete Aussagen darüber getrof-

fen werden, inwieweit die Rehabilitanden kognitiv flexibel sind, über Arbeitsergebnisse in angemessener Form reflektieren können und über ein ausreichendes Problemlösungsvermögen verfügen.

Darüber hinaus führt die Mischform zwischen diagnostischen Anteilen (Messung von Planungskompetenz) und interaktivem Austausch der Rehabilitanden über alltags- und berufsbezogene Hindernisse zu einer hohen Akzeptanz des Trainings. Insofern wird die standardmäßige Umsetzung entsprechender Trainingsmaßnahmen im RehaAssessment® empfohlen.

Literatur

Arling, V., Frost, M., Hagemeyer, A.-L., Kleon, S., Schellmann, C., Spijkers, W. (2012): Abschlussbericht zum Projekt Prozessprofiling und Prozessmonitoring. Aachen: Printclub GmbH.

Arling, V., Grossmann, L., Palme, S., Spijkers, W. (2011) :Training von Planungskompetenz im Kontext der beruflichen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 93. 96-97.

Bundesverband Deutsche Berufsförderungswerke. (2014): RehaAssessment. URL: http://www.bv-bfw.de/alltags-sprache/wir-fuer-menschen/unsere-leistungen/reha-assessment.html, Abruf: 14.07.2015.

Deutsche Berufsförderungswerke. (2015): RehaAssessment in den Berufsförderungswerken. URL: http://www.rehaassessment.de/e2_definition.html, Abruf: 15.07.2015.

DIMIDI. (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Kriteriale Validierung des SF-12 zur Erfassung der gesundheitsbezogen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe

Drixler, K. (1), Kuntz, L. (1), Morfeld, M. (2), Glaesmer, H. (3), Brähler, E. (3), Wirtz, M.A. (1)

(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Hochschule Magdeburg-Stendal, (3) Universitätsklinikum Leipzig

Zielstellung

Der SF-12-Fragebogen ist eines der am häufigsten in der Rehabilitation eingesetzten Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Gemäß konfirmatorischer Strukturanalysen werden die Konstrukte „Körperliche Gesundheit“ (KG), „Psychische Gesundheit“ (PG) und „Emotionale Rollenfunktion“ (ER) durch das Instrument erfasst (Wirtz, Morfeld, Brähler & Glaesmer, im Druck). Für diese Modellkomponenten wurde eine konvergente und divergente kriteriale Validierung für den Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Depressivität; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), die Oslo Social Support Scale (OSS-3; Soziale Unterstützung; Kocalevent & Brähler, 2014) und die Satisfaction with Life Scale (SWLS;

Lebensqualität; Janke & Glöckner-Rist, 2014) an einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe durchgeführt (N=2524). Zudem wurde das Konstrukt „Lebenszufriedenheit“ (SWLS) auf Basis einer bio-psycho-soziale Modelldefinition vorhergesagt.

Methoden

Alle Fragestellungen wurden konfirmatorisch mittels Strukturgleichungsmodellen (SGM) analysiert. Auf Grund des ordinalen Datenformates sowie Boden- und Deckeneffekten erfolgte die Modellierung auf latenter Informationsebene mittels des WLSMV-Algorithmus. Damit konnte Skalierungs- und Verteilungsproblemen Rechnung getragen werden. Alle Instrumente wurden isoliert mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (CFA) evaluiert, anschließend wurden die multifaktoriellen Prüfmodelle geschätzt.

Ergebnisse

Zur Sicherstellung der Konstruktvalidität des PHQ-9 erfolgte eine Modifikation des Strukturmodells, indem die drei Faktoren erster Ordnung „Affektive Beeinträchtigung“, „Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation“ und „Autodestruktive Kognitionen/ psycho-vegetative Beeinträchtigung“ im Modell als Unterfacetten der „Depressivität“ berücksichtigt wurden. Anschließend zeigte sich für skalenübergreifende konfirmatorische Strukturmodell eine gute Modellpassung: TLI = 991; CFI = .951; RMSEA = .066 SRMR = .043. In der Tabelle sind sowohl die die Korrelationen der latenten Konstrukte (unterhalb der Diagonalen) als auch die Korrelationen der manifesten Skalenwerte (oberhalb der Diagonalen). Es konnte eine hohe konvergente Validität und zufriedenstellende divergente Validität nachgewiesen werden. In zwei Modellvarianten konnte die Varianz des Konstrukts „Lebenszufriedenheit“ durch die Konstrukte „Körperliche Gesundheit“ (SF-12 KG), „Emotionale Rollenfunktion“ (SF-12 ERF), „Psychische Gesundheit“ (SF-12 PG bzw. PHQ-9) und „Soziale Unterstützung“ (OSS-3) zu 41 % bzw. 38 % vorhergesagt werden (TLI = .991 | .993; CFI = .964 | .970; RMSEA = .083 | .063; SRMR: .083 | .043).

Tab. 1: Konvergente und divergente Validierung des SF–12 - Skaleninterkorrelationen (oberhalb der Diagonalen) und latente Korrelationsschätzungen (unterhalb der Diagonalen).

	SF-12 KG	SF-12 ERF	SF-12 PG	PHQ-9	OSS-3	SWLS
SF-12 KG (N=2524)		**.69**	**.69**	**-.63**	.28	.37
SF-12 ERF (N=2524)	**-.84**		**.80**	**-.59**	.23	.33
SF-12 PG (N=2524)	**-.88**	**.85**		**-.71**	.36	.48
PHQ-9 (N=2518)	**.77**	**-.73**	**-.93**		-.30	-.42
OSS (N=2519)	-.38	.35	**.55**	-.44		.39
SWLS (N=2521)	-.43	.40	**.62**	**-.52**	**.50**	

SF-12 KG: körperliche(r) Skala/Faktor; SF-12 ERF: Skala/Faktor „Emotionale Rollenfunktion“; SF-12 PG: Psychische(r) Skala/Faktor des SF-12; PHQ-9: Depressivität gemäß Patient Health Questionnaire; OSS: Oslo Social Support Scale – deutsche Version; SWLS: Satisfaction with Life Scale; Alle Werte signifikant; Korrelationen im Betrag > 0.5 sind fett gedruckt

Fazit

Für die drei dem SF-12 unterliegenden Konstrukte „Körperliche Gesundheit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Psychische Gesundheit“ konnte eine gute konvergente Validität nachgewiesen werden. Bezüglich der divergente Validität erweisen sich die hohen Assoziationen der Subfacetten des SF-12 zum Teil als kritisch. Im Vortrag werden mögliche Konsequenzen für die diagnostische Praxis in der Rehabilitation dargestellt. Die gute Vorhersehbarkeit der

„Lebenszufriedenheit“ durch die bio-psycho-sozialen Modellfacetten liefert eine gute Basis, um gesundheitsbezogenen Determinanten der Lebensqualität in unterschiedlichen rehabilitationswissenschaftlichen Anwendungskontexten zu analysieren.

Literatur

Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606-613.

Kocalevent, R.-D. & Brähler, E. (2014). OSSS. Oslo Social Support Scale. In C.J. Kemper, E. Brähler & M. Zenger (Hrsg.), Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen. Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis (S. 216-219). Berlin: MWV.

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E. & Roth, M. (2011). The German Version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) – Psychometric Properties, Validity, and Population-Based Norms. European Journal of Psychological Assessment, 27, 127-132.

Wirtz, M.A., Morfeld, M., Brähler, E. & Glaesmer, H. (im Druck). Konfirmatorische Prüfung der Skalenstruktur des SF-12 Version 2.0 in einer deutschen bevölkerungsepräsentativen Stichprobe. Diagnostica.

Rehabilitandenzufriedenheit im Spiegel globaler und mehrdimensionaler Messungen

Schmidt, J., Kriz, D., Kaiser, U., Nübling, R.

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe

Hintergrund

Zufriedenheitsmessungen im Kontext von Gesundheitsleistungen sind international anerkannter Standard. So sind Rehabilitandenbefragungen seit vielen Jahren sowohl in den externen QS-Programmen der DRV und der GKV als auch beim internen QM der Einrichtungen fest verankert. Zur Messung der Zufriedenheit und zur Bewertung der Rehabilitation werden hierbei unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet, die hinsichtlich Umfang und Inhalt teils erheblich variieren. Es werden vorwiegend mehrdimensionale Fragebögen präferiert, in denen unterschiedliche Aspekte der Reha-Maßnahme bzw. des Aufenthalts bewertet werden (z. B. Nübling et al 2010). Derartige Erhebungen erfolgen, um Stärken und Schwächen zu erkennen und um ggf. Ansatzpunkte für Optimierungsmaßnahmen zu finden. Eine Alternative hierzu sind Kurzfragebögen, mit denen lediglich die globale Patientenzufriedenheit erfasst wird (z. B. Schmidt et al., 1989). Obwohl beide Varianten der Zufriedenheitsmessung weit verbreitet sind wird deren Bedeutungsgehalt kontrovers diskutiert. Unklarheiten betreffen u.a. die Validität und Stabilität der Messungen, die Fragen des Zusammenhangs zwischen globalen und mehrdimensionalen oder zwischen externen und internen Messungen.

Methoden

Datenbasis sind Patientenbefragungen zwischen 2005 und 2016 (32 Rehakliniken, Gesamtstichprobe N = 234.480; 84,8 % Somatik, 15,2 % Psychosomatik). In Anlehnung an die externe DRV-Befragung wurden zwei – weitgehend inhaltsgleiche – generische Fragebögen mit

14 bzw. 15 Bewertungsbereichen (z. B. Allgemeine Bewertung, Ärztliche Betreuung, pflegerische Betreuung, Behandlungsmaßnahmen, Organisation, Nachsorgevorbereitung, erlebte gesundheitliche Veränderungen) verwendet, die zusätzlich auch die Kurzskala ZUF-8 (Schmidt et al. 1989) zur Messung der globalen Patientenzufriedenheit enthielten. 60,4 % der Rehabilitanden waren Frauen, das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 58,0 Jahren (SD = 12,7 Jahre).

Untersucht wurden

a) die Zusammenhänge zwischen globaler Patientenzufriedenheit (ZUF-8) und den Bewertungen der Teildimensionen,

b) die durchschnittlichen Bewertungsprofile der global zufriedenen bzw. global unzufriedenen Rehabilitanden (ZUF8-Extremgruppenvergleich: Gruppe 1: Scores ≤ 23 = „global unzufriedene“ und Gruppe 2: Scores ≥ 29 = „global zufriedene“ Patienten)

c) die Vorhersagbarkeit (Erklärbarkeit) der Globalzufriedenheit aus den Skalenwerten der Teildimensionen, getrennt für die Somatik- bzw. Psychosomatik-Teilstichproben. Durchgeführt wurden lineare Regressionsanalysen mit dem Kriterium ZUF-8 und den Skalenwerten als Prädiktoren.

Ergebnisse

Zu Fragestellung a) Zwischen ZUF-8 und den Teildimensionen zeigen sich durchweg hochsignifikante Zusammenhänge zwischen r = 0,23 (Skala „Therapieablauf“) und r = 0,79 (bei 15 der 18 überprüften Koeffizienten ist r ≥ 0,40). ZUF-8 korreliert am deutlichsten mit der Skala „Allgemeine Bewertung“ (r = 0,79), einer ebenfalls globalen Gesamtbewertung, sowie mit den Skalen „Psychotherapeutische Betreuung“ (r = 0,67) und „Ärztliche Betreuung“ (r = 0,61).

Zu Fragestellung b) „Global unzufriedene“ und „global zufriedene“ Rehabilitanden unterscheiden sich in der Bewertung aller Teildimensionen hochsignifikant. Bei 13 von 18 Skalen ist die Effektgröße des Unterschieds ES ≥ 1,00 (vgl. Abbildung 1).

Zu Fragestellung c) Die zeitgleichen Bewertungen der Einzeldimensionen erklären 62 - 64 % (Somatik) bzw. 69 - 70 % (Psychosomatik) der Varianz im Kriterium ZUF-8. Als Prädiktoren wurden hierbei 13 bzw. 14 Skalenwerte herangezogen ausgenommen die Skala „Allgemeine Bewertung“). Schrittweise Regressionsanalysen zeigen weiterhin, dass die Bewertungen der Dimensionen „Ärztliche Betreuung“, „Behandlungsmaßnahmen“, „erlebte Veränderung des Gesundheitszustands“, „Verpflegung“ und „Freizeit“ den höchsten Erklärungswert bei den Somatik-Patienten (zusammen etwa 61 %) haben. Bei den Psychosomatik-Patienten sind es die Bewertungen der Dimensionen „Psychotherapeutische Betreuung“, „erlebte Veränderung des Gesundheitszustands“, „Ärztliche Betreuung“, „Freizeit“ und „Nachsorgevorbereitung“ (zusammen etwa 67 %).

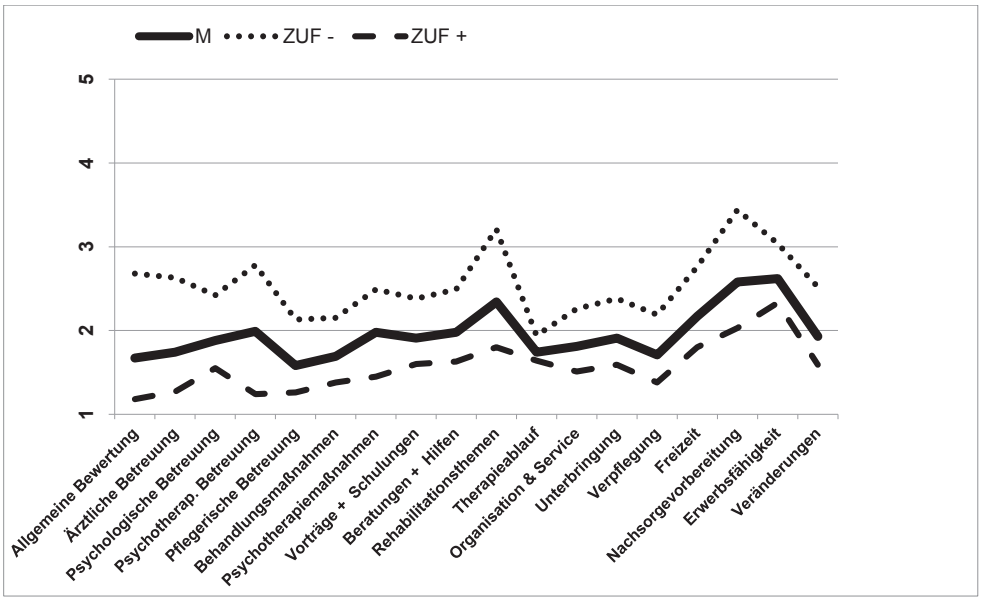

Abb. 1: Durchschnittliche Bewertung der Teildimensionen-Gesamtgruppe (M), „global nzufriedene Patienten“ (ZUF-)und „global zufriedene Patienten“ (ZUF+)

Fazit

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich die globale Patientenzufriedenheit wie ein roter Faden durch die gesamte differenzierte Befragung zu unterschiedlichen Bewertungsaspekten von Reha-Maßnahmen zieht. Global zufriedene Rehabilitanden beurteilen im Durchschnitt alle Bewertungsbereiche positiver als global unzufriedene Patienten. Diese Tatsache legt jedoch keinesfalls nahe, dass man zum Zwecke des QM auf differenzierte mehrdimensionale Patientenbefragungen verzichten sollte. Die Befunde unterstreichen vielmehr, dass Messungen der Globalzufriedenheit sich gut für Screenings eignen, dass aber nur differenzierte Befragungen konkrete Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen liefern können.

Interessenkonflikte: Der Autor J. Schmidt ist Mitgesellschafter der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen.

Literatur

Nübling, R., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D. & Schmidt, J. (2010): Kontinuierliche Patientenbefragungen – ein Königsweg für Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Rehabilitation?! DRV-Schriften, Band 88 (S. 62-64). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother. med. Psychol., 39, 248-255.

Schmidt, J., Kriz, D., Kaiser, U., Nübling, R. (2014): Patientenzufriedenheit im Spiegel von Messwiederholungen – Eine Stabilitätsanalyse mit dem ZUF-8. Band 103 (S. 156-159). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Zufriedenheit und subjektiv wahrgenommene Fairness von Versicherten mit dem Begutachtungsprozess. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens

Lohss, R. (1), Bachmann, M. (1), Walter-Meyer, B. (1), De Boer, W. (1), Kunz, R. (1), Fischer, K. (2)

(1) Universitätsspital Basel, (2) Hochschule für Angewandte Psychologie, Olten

Zielstellung

Die Medien berichten wiederholt über Versicherte, die unzufrieden sind und sich durch die Beurteilung ihrer Arbeitsunfähigkeit ungerecht behandelt fühlen. Es ist unklar, ob die Unzufriedenheit der Versicherten ein häufiges Problem darstellt, da bisher noch keine systematische Analyse durchgeführt wurde. Während in der Literatur über verschiedene Instrumente zur Beurteilung der Zufriedenheit von Patienten in medizinischen Settings berichtet wird (u.a. Hutchings et al., 2015), ist die Anwendbarkeit dieser Instrumente auf das sozialmedizinische Setting begrenzt oder überhaupt nicht möglich. Daher war es unser Ziel, einen Fragebogen anhand psychometrischer Kriterien zu entwickeln und zu validieren, um die Zufriedenheit und subjektiv wahrgenommene Fairness der Versicherten mit dem Begutachtungsprozess zu beurteilen. Zusätzlich entwickelten wir einen Kurz-Fragebogen für die Gutachter.

Methoden

Eine Gruppe von Experten identifizierte relevante Themen in Bezug auf die Zufriedenheit der Versicherten mit dem Begutachtungsprozess und erstellte einen Fragebogen mit 48 Items. Zusätzlich wurden zwei Skalen des „Kölner Patientenfragebogens“ (Pfaff et al., 2003) sowie die „Satisfaction with life scale“ (Diener et al., 1985) zur Messung der Validität genutzt. Darüber hinaus haben wir einen Fragebogen für die Gutachter mit drei Items entwickelt. Beide Fragebögen wurden auf Lesbarkeit, Verständnis und Vollständigkeit getestet und entsprechend dem Feedback modifiziert. Für die anschliessende Validierung des Fragebogens wurden Versicherte zwischen 18 und 65 Jahren sowie deren Gutachter aus vier Begutachtungsstellen rekrutiert. Versicherte mit mangelhaften Deutschkenntnissen wurden ausgeschlossen. Nach Berechnung einer konfirmatorischen Faktorenanalyse wurde der finale Fragebogen entwickelt.

Ergebnisse

Eingeschlossen wurden 305 Versicherte, darunter 61.9 % Frauen und 41.8 % zwischen 51 und 60 Jahre alt. Zusätzlich erhielten wir 465 Fragebögen von den Gutachtern. Sowohl Versicherte als auch Gutachter waren mehrheitlich zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Begutachtungsprozess. Es gab jedoch keine signifikante Korrelation zwischen der wahrgenommenen Fairness der Begutachtung seitens Versicherten und Gutachtern ($r=0.117$, $p=0.055$). Die konvergente Validität konnte bestätigt werden, da hohe und signifikante Zusammenhänge

zwischen den Skalen des „Kölner Patientenfragebogens“ und der Zufriedenheit mit der Begutachtung bestanden (Vertrauen zu Ärzten: r=0.686, p<0.001; Mobbing durch Ärzte: r=0.491, p<0.001). Dagegen bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Begutachtung (r=0.091, p=0.127). Der finale Fragebogen erfasst vier Themen mit jeweils vier Fragen: Gesprächsführung des Gutachters, Störfaktoren/Barrieren in der Begutachtung, Information des Versicherten durch den Gutachter sowie emotionale Aspekte (Cronbachs α = 0.905).

Fazit

Ziel der Studie war die Entwicklung eines Fragebogens. Die Studie selbst leistet daher kein Benchmarking zur internen Qualitätssicherung der beteiligten Begutachtungsstellen. Der Fragebogen gibt den Versicherten eine individuelle Stimme und könnte zur Sicherung der Qualität des Beachtungsprozesses bzw. einer Überprüfung des bisherigen Prozesses genutzt werden.

Literatur

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985): The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49. 71-75.

Hutchings, H. A., Cheung, W. Y., Alrubaiy, L., Durai, D., Russell, I. T. (2015): Development and validation of the gastrointestinal endoscopy satisfaction questionnaire (GESQ). Endoscopy, 47(12). 1137-1143.

Pfaff, H., Freise, D., Mager, G., Schrappe, M., (2003): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

Vergleichende Analyse von Methoden zum Umgang mit Missing Data im SF-12 Version 2.0

Roettele, N. (1), Morfeld, M. (2), Glaesmer, H. (3), Brähler, E. (3), Wirtz, M.A. (1)

(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Hochschule Magdeburg-Stendal,
(3) Universitätsklinikum Leipzig

Zielstellung

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt einen zentralen Outcome-Parameter in der Rehabilitation dar. Sie beschreibt, wie Personen ihren Gesundheitszustand und die damit verbundenen Konsequenzen für ihren Alltag erleben und bewerten. Der SF-12 stellt die Kurzversion des SF-36 (Morfeld et al., 2011) dar und ist eines der am häufigsten eingesetzten Screeninginstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Mit dem SF-12 können ein körperlicher (KSW) und ein psychischer (PSK) Skalenwert gebildet werden (Ware et al., 2005; Wirtz et al., im Druck). Ein Problem besteht jedoch darin, dass gemäß Manual im Falle fehlender Angaben keine Skalenwerte berechnet werden dürfen. Bisher existiert noch keine Empfehlung für die Ersetzung fehlender Werte, die mit den Theorien in der Missing-Data-Literatur vereinbar ist (Schafer & Graham, 2002). In der Praxis führt dies zur Verringerung der Anzahl auswertbarer Fragebögen und zu Verzerrungen der Ergebnisse.

Methoden

In einer Stichprobe von N = 1.137 orthopädischer Rehabilitanden wurde die Missing-Data-Struktur analysiert. Mittels logistischer Regression wurde die ermittelte Missing-Data-Struktur in (a) einer Teilstichprobe von orthopädischen Rehabilitanden ohne fehlende Werte (N = 810; 71 %) sowie (b) in einer Teilstichprobe von Personen der deutschen Allgemeinbevölkerung ohne fehlende Werte (N = 6.970; 95,8 %) simuliert. Die künstlich gelöschten Werte wurden anhand sieben verschiedener Imputationsverfahren (zwei Ersetzungen durch den Mittelwert, zwei stochastische Regressionsverfahren, den Expectation-Maximization-Algorithmus (EM-Algorithmus), zwei multiple Imputationsverfahren) ersetzt. Mittels unjustierter Intraklassenkorrelation (McGraw & Wong, 1996) wurde die Übereinstimmung der tatsächlichen, empirischen Werte mit den ersetzten Werten bestimmt.

Ergebnisse

In der klinischen Stichprobe mit orthopädischen Rehabilitanden wiesen 28 % der Probanden fehlende Werte auf, wobei eine Antwort eher verweigert wurde, je älter ($r = -.07 – -.15$; $p < .05$) die Rehabilitanden waren und je niedriger ihr Schulabschluss war ($r = .07 – .10$; $p < .05$). Die den Verfahren "fallweiser Ausschluss" und "paarweiser Ausschluss" zugrunde liegende Annahme des Missing-Data-Prozesses Missing-Completely-at-Random ist somit empirisch nicht haltbar. Mittels EM-Algorithmus (ICC = .33 – .72; $p < .05$), der lediglich den Missing-Data-Prozess Missing-at-Random voraussetzt, wurden für alle Items in beiden Teilstichproben fehlende Werte durchgängig exakter geschätzt als bei Anwendung von Mittelwertersetzung, Regressionsersetzung oder Multipler Imputation.

Fazit

Werden beim SF-12 nicht alle Items beantwortet, liefert der EM-Algorithmus die validesten Schätzungen für einzelne Itemwerte. Die allgemeinen Empfehlungen aus der Missing-Data-Literatur zum optimalen Umgang mit fehlenden Daten (Schafer & Graham, 2002) konnten somit auf Basis empirischer Daten von orthopädischen Rehabilitanden bestätigt werden. Die bisherige Empfehlung, bei fehlenden Einzelwerten, keine Skalenwerte zu bestimmen (Ware et al., 2005), geht sowohl mit sytematischem Verlust statistischer Teststärke als auch mit systematischen Verzerrungen einher. Da beide Effekte durch Anwendung des EM-Algorithmus vermieden bzw. abgemildert werden können, wird deshalb der EM-Algorithmus als geeigneteres Verfahren zum Umgang mit fehlenden Werten beim SF-12 empfohlen.

Literatur

McGraw, K. O. & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. Psychological Methods, 1(1), 30-46.

Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.

Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing Data: Our View of the State of the Art. Psychological Methods, 7(2), 147-177.

Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M. & Gandek, B. (2005). How to score version 2 of the SF-12 health survey. Retrieved March 23, 2017, from www.worldcat.org.

Wirtz, M. A., Morfeld, M., Braehler, E. & E. Brähler, E. (IM DRUCK). Konfirmatorische Prüfung der Skalenstruktur des SF-12 Version 2.0 in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica.

Mini-ICF-APP-S Activity and Participation in patients with mental disorders in self-rating

Linden, M. (1), Muschalla, B. (2), Baron, S. (3), Ostholt-Corsten, M. (4)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) SRH Hochschule für Gesundheit Gera, (3) Praxis für Psychotherapie, Berlin, (4) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

The observer-rating Mini-ICF-APP has become a standard instrument for social medical purposes (Linden et al., 2009; DRV, 2012; SGVP, 2012). The concept of capacity disorders describes 13 dimensions of psychological capacities which are regularly impaired in persons with mental disorders:

(1) Adjustment to rules and routines
(2) Planning and structuring of tasks
(3) Flexibility
(4) Competence
(5) Decision making and judgment
(6) Proactivity
(7) Endurance
(8) Assertiveness
(9) Conversation and small talk
(10) Group integration
(11) Dyadic relationships
(12) Self-care
(13) mobility

The rating focuses on capacity deficits. Since the explication of these is required in socio-medical reasoning when patients are dismissed unfit for work or with a bad prognosis.

What was until now missing is a rating which also covers the self-rating perspective of the patient, and which allows also a view on the resources, i.e. what the patient thinks what s/he can do well.

Purpose

The aim of this study is to first evaluate the Mini-ICF-APP-S, a self-rating scale covering the 13 Mini-ICF-APP capacity dimensions in terms of self-rating.

Methods

52 unselected patients in routine psychosomatic rehabilitation (72 % women, 72 % working, 26 % unemployed, 2 % second labour market) filled in the Mini-ICF-APP-S self-rating scale on their perceived capacity level during routine diagnostic at intake. The items are listed in table 1. Each item is rated by the patients on a scale from 0 = This is surely a resource of mine to 7 = I am not at all able to do this.

Results

There was a significant correlation between self-rating capacity level (Mini-ICF-APP-S) on the one hand and general global symptom load on the other hand (r=.314* SCL-90-R GSI score

at beginning and r=.720** end of treatment). There was also a significant correlation between self-rated capacity level and duration of sick leave in the past 12 months (r=.425**) and capacity level and having applied for disability pension (r=.284*). No significant correlation was found between self-rated capacity level and workplace problems (r=-.215). Results will be presented in detail.

Tab.1: Items of the Mini-ICF-APP-S capacity self-rating

1.	Can you obey rules, e.g. fixed work routines and official channels, be on time in meetings, comply with agreements?
2.	How ell can you plan things? E.g. organizing your day, planning what you must do when within a week, which works, duties or errands are urgent or prior? Are you able to plan with reasonable time frames?
3.	Are you able to come along with changes, e.g. changes in work routines, new office, new colleagues or supervisors, new computer program or techniques? How can you cope with sudden changes in dating times or time frames? Or when you have to change your location? What happens when you become interrupted (e.g. by telephone) or when you suddenly have to take care of an intercurrent task?
4.	Are you able to apply your knowledge when it is asked, e.g. fulfilling your duties at work in a way your professional rules and current knowledge are requiring?
5.	Can others trust in your suggestions, decisions or advice? Can you make conclusions (from different information) which others agree to be senseful or convincing?
6.	How well are you able to initiate activities, e.g. spontaneous meetings with colleagues or friends, freetime or household activities?
7.	How well are you able to keep an activity or resist some stress, e.g. working through a whole working day, not let impress yourself by ugly conditions, continuing activities also when it becomes hard or problems occur.
8.	How well can you express your position in front of others, without being unreasonable or make yourself too small? Are you able to lead others to do what you want, take them for yourself? Can you push through in case you are in a position which requires doing this?
9.	How well are you able to openly engage with others? E.g. starting a talk with someone new, doing small talk on a party, making others feel you are a good person to talk with?
10.	How well are you coming along in groups, e.g. working teams, private peer groups? Can you add to the discussions and activities, and make a pause when neccessary, are you able to support group identification and cohesion?
11.	How well are you able to build up and maintain narrow dyadic relationships? How are you feeling when being in family or a partnership? Are you a family person, a person to whom others may trust and who is reliable?
12.	How well are you able to care for yourself and you outer appearance, to dress according to the season and situation, or to be balanced? Are you able to care for your relaxation, health and needs of your body? Are you doing sports or move?
13.	Can you move your body, bend over, climb stairs? Can you go everywhere you want or must go? E.g. make your weekly shopping, use public transportation means such as bus, car, tube, train or air plane?

Discussion

Patients´ self-rated capacity level may be understood as a status of activity impairment, in addition to symptom load. The relation to sick leave duration shows that the degree of perceived capacity limitation is important.

Taking into consideration capacity deficits as well as resources is important in order to come to a conclusion in socio-medical decision. The capacity perspective may also open the way to introduce psychological concepts to patients with mental disorders who do not accept a mental disorder concept (e.g. Muschalla et al., 2017). The aim is to speak about activities, i.e. “what one can do with one´s illness and impairment” instead of “mental disorders symptoms”.

Further research with the Mini-ICF-APP-S is needed on validity of the self-ratings, e.g. by comparing self-rating and independent observer-ratings.

Interessenkonflikte: Die Co-Autorin M. Ostholt-Corsten ist Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literature

DRV (2012): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2009): Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Huber/Hogrefe.

Muschalla, B., Rau, H., Küster, A., & Knaevelsrud, C. (2017): Work-related Capacity Impairments in Self- and Observer-rating in Military Personnel with Mental Disorders. Wehrmedizinische Monatsschrift, in press.

SGVP (2012): Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Schweizer Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie und Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Bern.

Entwicklung und Überprüfung einer Itembank für Angst bei Patienten in der orthopädischen Rehabilitation

Kallinger, S. (1), Scharm, H. (1), Böcker, M. (2), Baumeister, H. (1)

(1) Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm,

(2) Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, RWTH Aachen

Zielstellung

Angststörungen zählen mit einer Prävalenz von 15 % (4 Wochen) neben affektiven Störungen zu den häufigsten komorbiden psychischen Störungen bei orthopädischen Rehabilitanden (Härter et al., 2004). Stationäre orthopädische Patienten sind häufiger von einer Angststörung betroffen (44 %) als Patienten mit anderen somatischen Erkrankungen (35 %) (De Moraes, Jorge, Faloppa, & Belloti, 2010) und weisen häufiger psychische Komorbiditäten auf als kardiologische Patienten (Härter et al., 2004). Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (11.6 %) ist die 12-Monats-Prävalenzrate von Angststörungen (23.4 %) bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen signifikant erhöht (OR = 2.3, $p < 0.1$) (Härter et al., 2007). Das Vorliegen sowohl ängstlicher als auch depressiver Symptome bei orthopädischen Rehabilitanden geht mit einer erhöhten Krankheitsaktivität, einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer geringeren Chance auf Remission innerhalb von 2 Jahren, sowie einem um 50% reduzierten Ansprechen auf Behandlung einher (Matcham et al., 2016). Um diesen negativen Konsequenzen entgegenzuwirken, ist es von großer Bedeutsamkeit frühzeitig das Angstniveau der orthopädischen Rehabilitanden zu erfassen. Im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Projektes zur „Implementierung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdiagnostik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation“ wird ein Computer-adaptiver Test (CAT) für Angst entwickelt. CATs ermöglichen eine valide, reliable und ökonomische Erfassung. Voraussetzung eines CATs ist die Entwicklung und Kalibrierung einer eindimensionalen Itembank.

Methoden

Grundlage für die Entwicklung und Kalibrierung einer Itembank stellt ein Itempool dar. Der finale Itempool der AIB-cardio Studie (Abberger et al., 2013) wurde durch Löschen irrelevanter und durch Ergänzen orthopädisch-spezifischer Items adaptiert, so dass letztlich 150 Items die finale Itempoolbasis bilden konnte. Zur Datenanalyse wurden 474 Daten von orthopädischen Rehabilitanden aus zwei Rehabilitationskliniken herangezogen. Um eine einfaktorielle Lösung zu bestätigen wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse (Schätzer: WLSMV) mit MPlus durchgeführt. Faktorladungen <.5 wurden gelöscht. Durch eine Mokkenanalyse mit R wurde die doppelte Monotonie zur Voraussetzung für die Verwendung des Partial Credit Raschmodells überprüft. Auf Item-Response-Theorie-basierender Auswertung nach dem Raschmodell wird die Kalibrierung der Itembank erfolgen.

Ergebnisse

Aufgrund niedriger Faktorladungen wurden insgesamt 7 Items schrittweise entfernt, sodass in die letzte Faktorenanalyse 143 Items miteinbezogen werden konnten. Die konfirmatorische Faktorenanalyse kann eine einfaktorielle Lösung mit einem guten Modellfit bestätigen (RMSEA = .042 ; SRMR = .064 ; CFI = .923 ; TLI = .922). 21 weitere Items wurden durch die Mokkenanalyse aufgrund niedriger Loevinger's H Werte gelöscht. Das Loevinger's H der Gesamtskala (122 Items) liegt bei .518. Die Rasch-Analyse (unter Berücksichtigung der Anordnung von Schwellen, des Modelfits, der lokalen stochastischen Unabhängigkeit, des Differential Item Functioning, der Eindimensionalität, der Skalierung und der Reliabilität) dient der Kalibrierung der finalen Itembank RehaCAT-Angst-Ortho.

Fazit

Auf Basis der Faktorenanalyse ist ein Hinweis auf die Eindimensionalität gegeben. Die Voraussetzung zur Verwendung eines Partial Credit Raschmodels ist vorhanden. Zur weiteren Entwicklung der Itembank werden die Raschanalysen durchgeführt werden. Diese Ergebnisse werden bei dem Rehakolloquium präsentiert. Durch die Entwicklung einer Rasch-homogenen, eindimensionalen Itembank wird die Basis für einen CAT gelegt. CATs zeichnen sich vor allem durch eine hohe Messpräzision trotz Verringerung der Itemanzahl aus. So minimiert sich für den Patienten die zeitliche Belastung durch die Testverkürzung, aber auch Kliniker profitieren durch eine automatisierte Datenauswertung, so dass unmittelbar nach der Testung eines Patienten die Ergebnisse eingesehen und Behandlungsentscheidungen getroffen werden können.

Literatur

Abberger, B., Haschke, A., Krense, C., Wirtz, M. A., Bengel, J., & Baumeister, H. (2013). The calibrated, unidimensional anxiety item bank for cardiovascular patients provided the basis for anxiety assessment in cardiovascular rehabilitation patients. Journal of Clinical Epidemiology, 66(8), 919-927.

De Moraes, V. Y., Jorge, M. R., Faloppa, F., & Belloti, J. C. (2010). Anxiety and depression in Brazilian orthopaedics inpatients: A cross sectional study with a clinical sample comparison. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17(1), 31-37.

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H.-U. H.-U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. Psychotherapy and Psychosomatics, 76(6), 354-360.

Härter, M., Hahn, D., Baumeister, H., Reuter, K., Wunsch, A., & Bengel, J. (2004). Komorbidität bei patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären erkrankungen: Prävalenzen, diagnosen and konsequenzen für die rehabilitation. Journal of Public Health, 12(3), 162-167.

Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., & Hotopf, M. (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. Rheumatology (Oxford, England), 55(2), 268-278.

Überprüfung eines Itempools zur Erfassung von Behandlungsmotivation im Klinikalltag

Scharm, H. (1), Kallinger, S. (1), Böcker, M. (2), Baumeister, H. (1)

(1) Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm,

(2) Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, RWTH Aachen

Zielstellung

Behandelnde Ärzte und Therapeuten sehen sich in der Rehabilitation mit einer ambivalenten Behandlungsmotivation seitens der Patienten konfrontiert (Deck, 1999). Dabei stellt die Behandlungsmotivation von Rehabilitanden eine wesentliche Einflussgröße für den Therapieprozess und -erfolg dar (Hafen, 2002). Eine schwach ausgeprägte Behandlungsmotivation der Rehabilitanden erschwert nicht nur das Erreichen kurz- und mittelfristiger Rehabilititionsziele, sondern kann auch Frustration bei Patienten und Behandlern auslösen (Kühn et al., 2001).

Eine Vielzahl von in der Rehabilitation angewendeten Diagnostikinstrumenten weisen eine hohe Itemanzahl auf, was zu einer unökonomischen Erhebungsweise führt. Rasch-/ IRT-basierte Computer-adaptive Tests (CATs) ermöglichen ggf. eine psychometrisch valide, reliable und ökonomische Grundlage für die Diagnostik der Behandlungsmotivation von Rehabilitanden.

Grundidee hierbei ist, dass jeder Patient einen individuell auf ihn zugeschnittenen Test dargeboten bekommt, der auf für diesen speziellen Patienten irrelevante Fragen verzichtet und somit eine substantielle Testverkürzung ermöglicht (Frey et al., 2011). Im Rahmen des von der DRV geförderten Projektes „Implementierung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdiagnostik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation“ wird ein computer-adaptives Testverfahren für die Erfassung der Behandlungsmotivation entwickelt. Als Grundlage hierfür wird eine Rasch-homogene Itembank (kalibrierte Itemsammlung von Rasch-homogenen Items mit nachgewiesener Eindimensionalität) entwickelt.

Methoden

In Anlehnung an Abberger & Kollegen (2013) wurde ein Itempool aus 1887 Items zusammengestellt, der durch einen Konsensfindungsprozess, eine Expertenbefragung sowie Patienteninterviews bzgl. Relevanz, Verständlichkeit und Äquivalenz im Inhalt auf 132 Items reduziert wurde. Durch die Datenerhebung in 2 stationären kardiologischen und 2 orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen konnten Daten von 1.690 Patienten in den Analyseprozess, bestehend aus 523 orthopädischen und 1.186 kardiologischen Patienten, eingehen. Um jeweils eine eindimensionale Itembank für Behandlungsmotivation (Orthopädie und Kardiologie) zu erstellen, wurden zunächst Faktorenanalysen mit Mplus (Schätzer: WLSMV) durchgeführt. Daran schließt sich die Mokkenanalyse, die als Überprüfung der doppelten Monotonie die Voraussetzung des Partial Credit Raschmodells bildet. Die Kalibrierung der Itembank erfolgt dann auf Basis des IRT-basierten Raschmodells.

Ergebnisse

Von den ursprünglichen 132 Items wurden durch die Faktorenanalyse 18 Items (Itempool: kardiologische Rehabilitation) und 29 Items (Itempool: orthopädische Rehabilitation) auf Basis der Faktorladungen <.5 entfernt. Somit können 114 Items des Itempools für die kardiologische Rehabilitation und 103 Items des Itempools für die orthopädische Rehabilitation zur Mokkenanalyse einbezogen werden. Die konfirmatorische Faktorenanalyse weist auf eine einfaktorielle Lösung hin mit einem ModelfitKardio von RMSEA = .075; TLI= .709; CFI = .715 und einem ModelfitOrtho von RMSEA = .073; TLI= .803; CFI = .807. Ergebnisse der Mokken- und Raschanalyse werden berichtet.

Fazit

Mit den Itembanken RehaCAT-Motivation-Ortho und -Kardio bestehen bei erfolgreicher Kalibrierung eindimensionale Itembanken als Grundlage für ökonomische und messpräzise CATs, die als (Eingangs-) Screening sowie zur Verlaufs- und Ergebnismessung der Behandlungsmotivation in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation eingesetzt werden können.

Literatur

Abberger, B., Haschke, A., Krense, C., Wirtz, M. A., Bengel, J., & Baumeister, H. (2013). The calibrated, unidimensional anxiety item bank for cardiovascular patients provided the basis for anxiety assessment in cardiovascular rehabilitation patients. Journal of Clinical Epidemiology, 66(8), 919-927.

Deck, R. (1999): Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg (Gesundheitswissenschaft). Zugl.: Marburg, Univ., Diss. Lage: Jacobs.

Frey, C., Zwingmann, C., Böcker, M., Forkmann, T., Kröhne, U., Müller, E. & Wirtz, M. (2011). Adaptives Testen in der Rehabilitation. Ein Weg zur ökonomischen Erhebung von Patientenmerkmalen. Die Rehabilitation, 50 (3), 195-203.

Hafen, K. (2002). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation, Albert-Ludwigs-Universität. Freiburg.

Kühn, A., Pannicke, L., Mohs, A. & Schneider, H. (2001). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung motivationaler Bedingungen zur Vorhersage der Therapiemitarbeit von LVA. Versicherten während stationärer medizinischer Rehabilitation. Erste Ergebnisse der Skalenentwicklung. Rehabilitation, 40 (3), 165-174.

Möglichkeiten IRT-basierter Methoden zur konstruktbasierten Erfassung körperlicher Funktionsfähigkeit am Beispiel der PROMIS Physical Function Itembank

Liegl, G., Fischer, H.F., Nolte, S., Rose, M.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Die Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) Initiative hat Itembanken zur standardisierten Erfassung verschiedener Konstrukte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf Basis der Item-Response Theorie (IRT) entwickelt (Cella et al., 2010). Die statistische Beziehung zwischen den einzelnen Items und dem gemessenen latenten Konstrukt wird dabei mathematisch modelliert. IRT-basierte Itembanken haben dadurch den Vorteil gegenüber herkömmlichen Selbstbeurteilungsinstrumenten, dass theoretisch jede beliebige Teilmenge der Items ("Item-Subsets") genutzt werden kann, um die zu messende Eigenschaft auf einer standardisierten Metrik abzubilden. Dies ermöglicht den Einsatz von maßgeschneiderten (z. B. studien- oder populationsspezifischen) Fragebögen sowie von computer-adaptiven Tests, wobei die resultierenden Scores stets auf der gleichen Skala dargestellt und global interpretiert werden können. In diesem Beitrag wird die deutsche Übersetzung der PROMIS Physical Funktion (PF) Itembank, welche 121 Items zur Erfassung verschiedener Domänen körperlicher Funktionsfähigkeit (z. B. Mobilität und Feinmotorik) umfasst, vorgestellt (Rose et al., 2014). Des Weiteren werden die Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung der finalen deutschsprachigen Version der Itembank und von sieben zugehörigen Kurzformen (SF-4, SF-6, SF-8, SF-10, SF-20, Mobility Scale, Upper Extremity Scale) präsentiert und die Vorteile gegenüber herkömmlichen Selbstbeurteilungsfragebögen diskutiert.

Methoden

Die Übersetzung der Itembank erfolgte auf Basis der Functional Assessment of Chronical Illness (FACIT) Methodologie (Eremenco et al., 2005). Um Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Items sicherzustellen, wurden qualitative Interviews mit deutschsprachigen Patienten durchgeführt. Zur Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften, wie interner Konsistenz, Skalierbarkeit und Konstruktvalidität, beantworteten n=667 stationäre und ambulante Patienten aus unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen (Rheumatologie: n=200; Kardiologie: n=201; Psychosomatische Medizin: n=266) alle 121 Items der PROMIS PF Itembank sowie die SF-36® Physical Functioning Scale (PF-10). Zur Überprüfung der Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Kurzformen und der gesamten PROMIS PF Itembank wurden Pearson Korrelationskoeffizienten und Root Mean Square Errors zwischen den resultierenden Scores berechnet. Die Skalierbarkeit der einzelnen PROMIS PF Items zur Messung des latenten Konstruktes wurde anhand eines non-parametrischen Item-Response Theorie Modells überprüft. Zur Überprüfung der Eindimensionalität wurden konfirmatorische Faktorenanalysen geschätzt. Zur Untersuchung der externen Validität wurde mit einer Teilstichprobe (n=67) der Physical Performance Test (PPT) als objektives Maß der allgemeinen körperlichen Funktionsfähigkeit durchgeführt, bei dem die Zeit zum Ausführen von neun simulierten Akti-

vitäten des täglichen Lebens gemessen und damit ein breites Spektrum körperlicher Einschränkungen abgebildet wird. Anhand von logistischen Regressionsanalysen wurden alle Items auf Differential Item Functioning (DIF) zwischen den drei Krankheitsgruppen überprüft. Im Falle von DIF muss davon ausgegangen werden, dass die entsprechenden Items in unterschiedlichen Gruppen nicht dasselbe latente Konstrukt messen und damit gruppenübergreifende Vergleichbarkeit der PROMIS PF Scores nicht valide sind.

Ergebnisse

Die innere Konsistenz der finalen Übersetzung der PROMIS PF Itembank und der sieben Kurzformen war gut bis exzellent ($\alpha>0.85$). Die gesamte PROMIS PF Itembank sowie die meisten Kurzformen zeigten eine hohe konvergente Validität mit der PF-10 ($r>0.80$); eine Ausnahme stellte die Upper Extremity Scale dar ($r=0.64$), welche auch eine niedrigere Übereinstimmung mit der gesamten PROMIS PF Itembank aufwies als die anderen Kurzformen. Die Skalierbarkeit jedes einzelnen PROMIS PF Items konnte bestätigt werden. Die jeweils durchgeführten faktoranalytischen Methoden unterstützten die eindimensionale Struktur der PROMIS PF Itembank sowie von jeder einzelnen Kurzform (TLI und CFI>0.90; RMSEA<0.08). Die Korrelation der PROMIS PF Itembank und der meisten Kurzformen mit dem PPT war in jeder Krankheitsgruppe hoch ($r>0.70$). Hingegen korrelierte die Upper Extremity Scale nur in Patienten der Rheumatologie hoch mit dem PPT. In 21 Items wurde DIF zwischen Patienten der Rheumatologie und Kardiologie nachgewiesen. Alle DIF Items betreffen Fragen über die Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten/Feinmotorik.

Fazit

Die deutschsprachige Version der PROMIS PF Itembank sowie verschiedene zugehörige Kurzformen erfüllen die psychometrischen Kriterien zum Einsatz in der klinischen Praxis und Forschung. Somit kann mit der PROMIS PF Itembank die allgemeine körperliche Funktionsfähigkeit in der ganzen Breite des Konstrukts flexibel und valide erhoben werden. Eine Ausnahme sind Items zur Erfassung der Feinmotorik, die bei Patienten der Rheumatologie stärker mit dem Konstrukt der allgemeinen körperlichen Funktionsfähigkeit assoziiert zu sein scheinen, als bei Patienten anderer Fachbereiche.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Literatur

Cella, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Yount, S., Amtmann, D., Bode, R., Buysse, D., Choi, S., Cook, K., Devellis, R., DeWalt, D., Fries, J.F., Gershon, R., Hahn, E.A., Lai, J.S., Pilkonis, P., Revicki, D., Rose, M., Weinfurt, K., Hays, R. (2010): The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. Journal of Clinical Epidemiology, 63(11). 1179-1194.

Eremenco, S.L., Cella, D., Arnold, B.J. (2005). A Comprehensive Method for the Translation and Cross-Cultural Validation of Health Status Questionnaires. Evaluation & the Health Professions, 28(2). 212-232.

Rose, M., Bjorner, J.B., Gandek, B., Bruce, B., Fries, J.F., Ware, J.E. (2014): The PROMIS Physical Function item bank was calibrated to a standardized metric and shown to improve measurement efficiency. Journal of Clinical Epidemiology, 67(5). 516-526

Test-Equating in der Depressionsdiagnostik unter Anwendung der probabilistischen Testtheorie

Böcker, M. (1), Kreiner, S. (2), Volz-Sidiropoulou, E. (1), Wirtz, M.A. (3), Forkmann, T. (1), Nielsen, T. (2)

(1) RWTH Aachen, (2) University of Copenhagen, (3) Pädagogische Hochschule Freiburg

Zielstellung

Ein großes Problem in der klinisch-psychologischen Diagnostik besteht darin, dass für die meisten zu erfassenden Konstrukte eine z. T. unübersichtliche Vielzahl an Fragebogenverfahren existiert, die vermeintlich dasselbe Konstrukt erfassen sollen. Diese Fragebogenverfahren können sich in vielerlei Hinsicht unterscheiden, wie z. B. in den zugrundeliegenden Theorien bzgl. des zu erfassenden Konstruktes, den verwendeten psychometrischen Verfahren zur Testkonstruktion, in der Betonung verschiedener inhaltlicher Facetten des Konstruktes oder aber auch bzgl. der Frage, wer den Fragebogen ausfüllt (Selbst-vs. Fremdversion). Eine große psychometrische Herausforderung besteht nun darin zu untersuchen, ob zwei oder mehrere Testverfahren überhaupt dasselbe Konstrukt erfassen und wenn dies der Fall ist, die Ergebnisse, die mit den verschiedenen Testverfahren erzielt werden, über die verschiedenen Fragebogenverfahren hinweg vergleichbar zu machen. Eine elegante Möglichkeit, die Ergebnisse verschiedener Testverfahren, die dasselbe Konstrukt erfassen, direkt miteinander zu vergleichen, stellt das sogenannte Test-Equating dar. Das Test-Equating wird schon seit vielen Jahren in der pädagogischen Forschung angewendet. Seit Kurzem hat es auch Einzug in den Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik gehalten.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, das Test-Equating zu verwenden, um für die beiden Testversionen des Rasch-basierten Depressionsscreenings (DESC) für den klinischen Gebrauch Umrechnungstabellen zur Verfügung zu stellen. Die zwei Testversionen DESC-I und DESC-II waren ausgehend von der Aachener Depressionsitembank unter Verwendung des Rasch-Modells und Strukturgleichungsmodellierung entwickelt wurden. Beide verfügen über sehr gute psychometrische Kennwerte bzgl. Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität. In vier Studien konnte mit Werten zwischen .92 und .99 eine sehr hohe Korrelation zwischen DESC-I- und DESC-II nachgewiesen werden, woraufhin auf eine sehr gute Parallelität der beiden Testversionen geschlossen wurde. Aber bislang wurde noch nie untersucht, ob die DESC-I- und DESC-II-Testversionen streng parallel sind und gleiche Testwerte im DESC-I und DESC-II sich einander entsprechen.

Methoden

<u>Stichprobe</u>

Für das Test-Equating von DESC-I- und DESC-II wurden die Daten der DESC-Entwicklungs- und Validierungsstudien zusammengelegt und reanalysiert (Forkmann et al., 2009, 2010; Vehren et al., 2013). Die Stichprobe setzte sich aus 796 Patienten zusammen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung stationär in einem Universitätsklinikum behandelt wurden. 207 der Patienten wurden aufgrund einer affektiven Erkrankung behandelt, die restlichen 589 Patienten aufgrund von somatischen Erkrankungen (neurologisch, kardiologisch, HNO). Die Patienten waren im Mittel 48.8 Jahre alt (Stdw = 16.1) und 47 % waren weiblich.

Instrument

Der DESC besteht aus zwei Testversionen zu je 10 Items mit fünfstufigem Antwortformat. Höhere Werte deuten dabei auf eine höhere Depressivitätsausprägung hin.

Leunbach-Modell

Für das Test-Equating wurde das Leunbach-Modell (Leunbach, 1976) verwendet. Dies testet die Null-Hypothese, ob zwei Testwerte einer Person, die mit zwei verschiedenen Fragebogenverfahren erhoben wurden, durch einen gemeinsamen Personenparameter bedingt sind. Wenn dies der Fall ist, können beide Fragebogenverfahren direkt miteinander verglichen werden und Umrechnungstabellen erstellt werden. Eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung des Leunbach-Modells besteht darin, dass kein Differential Item Functioning (DIF) für ein oder beide Testverfahren besteht. Ansonsten müssen getrennte Modelle für z. B. das Geschlecht, verschiedene Alters- oder Diagnosegruppen berechnet werden.

Datenanalyse

Da die gepoolte Stichprobe dieser Studie noch nicht zuvor gemeinsam analysiert wurde, wurden zunächst für beide DESC-Varianten Itemanalysen gemäß des Rasch-Modell durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Stichprobe kein DIF für die Variablen Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe (psychische vs. somatische Erkrankung) aufweist. Danach wurde das Leunbach-Modell angewendet, um in einem ersten Schritt aufzuzeigen, dass DESC-I und DESC-II dasselbe zugrundeliegende Konstrukt Depressivität erfassen. Im zweiten Schritt wurde das Leunbach Modell für das Test-Equating verwendet, um Umrechnungstabellen von DESC-I zu DESC-II-Werten und umgekehrt zu erstellen. Die Datenanalyse erfolgte mit der Software SCD/DIGRAM (Kreiner & Nielsen, 2013).

Ergebnisse

Für beide DESC-Testversionen konnte ein graphisches-loglineares Rasch-Modell ohne DIF angepasst werden. Daher konnte im weiteren Verlauf das Leunbach-Modell für die gesamte Stichprobe angewendet werden. Die Ergebnisse des Leunbach-Modells zeigen, dass DESC-I und DESC-II erwartungsgemäß dieselbe Dimension erfassen. Das Test-Equating deutet darauf hin, das beide Testversionen nahezu perfekt parallel sind: Die Umrechnungstabellen zeigen nämlich, dass lediglich im oberen Bereich der Skala (höhere Depressivität) beide Testversionen minimal voneinander abweichen.

Fazit

Mit der vorliegenden Studie konnte das Test-Equating unter Anwendung des Leunbach-Modells anhand eines Beispiels aus der Depressionsdiagnostik vorgestellt werden. Mithilfe des Leunbachs-Modells wurden für die beiden Testversionen des DESC Umrechnungstabellen erstellt. In weiteren Studien sollte der DESC auch mit anderen Fragebögen zur Erfassung von Depressivität verglichen werden und, wenn möglich, Umrechnungstabellen zur Verfügung gestellt werden.

Förderung: START-Programm der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen

Literatur

Forkmann, T., Boecker, M., Wirtz, M., Eberle, N., Westhofen, M., Schauerte, P., Mischke, K., Kircher, T., Gauggel, .S, & Norra, C. (2009). Development and validation of the Rasch-

based Depression Screening (DESC) using Rasch analysis and structural equation modelling. J Behav Ther Exp Psychiatry; 40: 468-478.

Forkmann, T., Norra, C., Wirtz, M., Gauggel, S., & Boecker M. (2010). Psychometric evaluation of the Rasch-based depression screening in patients with neurologic disorders. Arch Phys Med Rehabil; 91: 1188-1193.

Kreiner, S., & Nielsen, T. (2013). Item analysis in DIGRAM 3.04. Part I: Guided tours. Research report 2013/06. University of Copenhagen, Department of Public Health.

Leunbach, G. (1976). A probabilistic measurement model for assessing whether two tests measure the same personal factor (Technical Report no. 1976.19.). Copenhagen, Denmark. The Danish Institute of Educational Research.

Vehren, T., Boecker, M., Norra, C., Wirtz, M., Gauggel, S., & Forkmann, T. (2013). Cross-sectional validation of the Rasch-based Depression Screening (DESC) in a mixed sample of patients with mental and somatic diseases. Compr Psychiatry; 54: 1082-1089.

Die gemeinsame Verwendung von WHO-Klassifikationen am Beispiel von Fallstudien zu Verletzungen und Erkrankungen der Hand

Coenen, M. (1), Kus, S. (1), Eisele, A. (1), Rudolf, K.-D. (2), Dereskewitz, C. (2)
(1) Ludwig-Maximilians-Universität München, (2) BG Klinikum Hamburg

Zielstellung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) plant im März 2018 die 11. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) zu verabschieden (WHO, 2017). Mit Einführung der ICD-11 soll auch die gemeinsame Nutzung der drei WHO-Klassifikationen ICD, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO, 2001) und International Classification of Health Interventions (ICHI) (WHO, 2017) umgesetzt werden; Informationen zur gemeinsamen Verwendung von ICD und ICF sind bei Selb et al. (2015) dargestellt. ICD-11 und ICHI liegen derzeit als Beta-Versionen ausschließlich in englischer Sprache vor (ICD-11: https://icd.who.int/dev11/l-m/en; ICHI: https://mitel.dimi.uniud.it/ichi/). Neben der Kodierung von Diagnosen mittels der ICD-11 können zukünftig auch Aspekte der Funktionsfähigkeit („functioning entities“ in ICD-11) über die „V Supplementary section for functioning“ in der ICD-11 und damit neben Angaben zur Morbidität auch mögliche Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit verschlüsselt werden. Functioning entities sind ausgewählte Aspekte der Funktionsfähigkeit aus den ICF-Komponenten Körperfunktionen und Aktivitäten & Partizipation. Mit ICHI, der neuesten Klassifikation der WHO, steht ein Klassifikationssystem zur Verfügung, mit dem gesundheitsbezogene Interventionen für statistische Zwecke erfasst und analysiert werden können (WHO, 2017). Die Klassifikation bezieht sich in ihrem Aufbau auf die Komponenten der ICF und strukturiert Interventionsziele gemäß der Domänen der ICF: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten & Partizipation, Umweltfaktoren. Um die gemeinsame Anwendung der drei Klassifikationen zu unterstützen, ruft die WHO dazu auf, Anwendungsfälle (use cases) zu erarbeiten.

Im Rahmen des Leuchtturmprojekts Hand wurde das Kurze ICF Core Set der Hand (Rudolf et al., 2012) als Steuerungsinstrument in der Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Verletzungen oder Erkrankungen der Hand implementiert (www.leuchtturmprojekt-hand.de). Als Ergebnisse des Projekts liegen unter anderem das ICF-basierte Assessmentverfahren (ICF-HandA) zur Erfassung der Funktionsfähigkeit gemäß des Kurzen ICF Core Sets der Hand (Kus et al., 2017) und Behandlungsstandards zu ausgewählten Verletzungen und Erkrankungen der Hand (u.a. Amputation einer oder mehrerer Finger, komplexes regionales Schmerzsyndrom) mit definierten Referenzpunkten zum Einsatz des ICF-HandA vor. Die Behandlungsstandards legen in Abhängigkeit der Diagnose (z. B. Amputation einer oder mehrerer Finger) ferner fest, welche Maßnahmen und Interventionen (z. B. aktive oder passive Mobilisation angrenzender Gelenke) bei welchen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (z. B. Funktionen der Gelenkbeweglichkeit) angebracht sein können.

Basierend auf fünf Fallstudien aus dem Leuchtturmprojekt Hand soll die gemeinsame Verwendung der drei WHO-Klassifikationen ICD-11, ICF und ICHI aufgezeigt werden.

Methoden

Es wird ein Mapping der Inhalte der Fallstudien sowie der Behandlungsstandards zu fünf ausgewählten Erkrankungen und Verletzungen zu den WHO-Klassifikationen ICD-11, ICF und ICHI anhand eines standardisierten Verfahrens vorgenommen. Diagnostische Informationen werden dabei mittels der ICD-11 (z. B. NC59.1&XK271422288; traumatic amputation of other single finger, rechts) kodiert; Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit über die Functioning entities und ICF-Kategorien kodiert (z. B. b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit; VB20 Mobility of joint functions); in den Behandlungsstandards definierte Interventionen werden gemäß des konkreten Fallbeispiels anhand von ICHI-Kategorien verschlüsselt (z. B. MGJ PB ZZ Mobilisation of joint of hand or finger).

Ergebnisse

Als Ergebnis liegen für fünf Fallstudien Angaben zur Diagnose kodiert über die ICD-11 und Angaben zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit kodiert über die in der ICD-11 enthaltenen Functioning entities und ICF-Kategorien vor. Den identifizierten Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit werden gemäß der in den Behandlungsstandards festgelegten Maßnahmen und Interventionen die entsprechenden Kodes der ICHI-Klassifikation zugeordnet.

Fazit

Die im Leuchtturmprojekt Hand entwickelten Behandlungsstandards können unter Anwendung von realen Patientenfällen für die gemeinsame Verwendung der drei WHO-Klassifikationen ICD-11, ICF und ICHI verwendet werden. Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit können konkreten Maßnahmen und Interventionen zugeordnet werden und unter Verwendung der standardisierten Sprache der Klassifikationen eindeutig verschlüsselt werden.

Das vorliegende Mapping der fünf Fallstudien zu ausgewählten Verletzungen und Erkrankungen der Hand zeigt die gemeinsame Anwendung und damit das Zusammenspiel der drei Klassifikationen ICD-11, ICF und ICHI auf. Die Ergebnisse und Erfahrungen aus diesem Mapping können die Weiterentwicklung von ICHI sowie der Functioning entities der ICD-11 und die Erstellung von Materialien für den gemeinsamen Gebrauch der Klassifikationen unterstützen.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Literatur

Kus, S., Dereskewitz, C., Coenen, M., Rauch, A., Rudolf, K.D., Consortium Lighthouse Project Hand (2017): International Classification of Functioning, Disability and Health: development of an assessment set to evaluate functioning based on the Brief ICF Core Set for Hand Conditions - ICF HandA. Journal of Hand Surgery (European Volume), 42. 731-741.

Rudolf, K.D., Kus, S., Chung, K.C., Johnston, M., Leblanc, M., Cieza, A. (2012): Development of the international classification of functioning, disability and health core sets for hand conditions - results of the world health organization international consensus process. Disability and Rehabilitation, 34. 681-693.

Selb, M., Kohler, F., Robinson Nicol, M.M., Riberto, M., Stucki, G., Kennedy, C., Üstün, B (2015): ICD-11: a comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. Journal of Rehabilitation Medicine, 47. 2-8.

World Health Organization (2017): Classifications. URL: http://www.who.int/classifications/en/, Abruf: 23.10.2017.

World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO.

Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Patient(inn)en mit traumatischen Handverletzungen – eine biopsychosoziale Perspektive

Eisele, A. (1), Dereskewitz, C. (2), Kus, S. (1), Oberhauser, C. (1), Rudolf, K.-D. (2), Coenen, M. (1)

(1) Ludwig-Maximilians-Universität München, (2) BG Klinikum Hamburg

Zielstellung

Handverletzungen sind häufig und führen oft zu vorübergehender oder langfristiger Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Sorock et al., 2001). Die Kenntnis prognostischer Faktoren sowie eine frühzeitige Abschätzung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit können die Einschätzung des rehabilitativen Bedarfs und die Entscheidung für eine frühzeitige Initiierung spezieller Rehabilitationsmaßnahmen erleichtern (Sullivan et al., 2005). Jedoch sind Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach Handverletzungen komplex und wurden bisher noch nicht vollständig erfasst (Shi et al., 2014). Bisherige Studien zogen häufig nur eine begrenzte Auswahl an Faktoren in Betracht, beispielsweise soziodemografische Aspekte oder die Schwere und Lokalisation von Verletzungen (Shi et al., 2014). Für ein umfassendes Verständnis von Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Patient(inn)en mit Handverletzungen ist ein biopsychosozialer Ansatz notwendig. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) integriert eine umfassende Perspektive auf Gesundheit und gesundheitsbezogene Aspekte (WHO, 2001) und stellt somit einen geeigneten Rahmen für die Identifikation potentieller Einflussfaktoren dar. Ziel dieser Studie war die Analyse der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Patient(inn)en mit traumatischen Handverletzungen sowie die Identifikation von Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aus einer biopsychosozialen Perspektive.

Methoden

Die Daten für diese Untersuchung stammen aus einer prospektiven multizentrischen Studie im Rahmen des Leuchtturmprojekts Hand (http://leuchtturmprojekt-hand.de/). Es wurden Patient(inn)en mit akuten Handverletzungen eingeschlossen und unter Anwendung des ICF-basierten Assessments Hand (ICF-HandA, Kus et al., 2017) untersucht und befragt. Auf diese Weise wurden Baseline-Daten zu den ICF-Komponenten Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie Umweltfaktoren und Personenbezogene Faktoren erhoben. Informationen zur Arbeitsfähigkeit wurden bei Baseline sowie nach sechs, zwölf und 24

Wochen gesammelt. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurde mittels Kaplan-Meier Methode für die Gesamtpopulation dargestellt sowie für verschiedene Subgruppen verglichen. Außerdem ermittelten wir unter Anwendung von Cox-Regressionsanalysen Einflussfaktoren der Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Dabei wurden Regressionsmodelle für die einzelnen ICF-Komponenten sowie ein finales Gesamtmodell berechnet.

Ergebnisse

Es wurden 231 Patient(inn)en mit einem breiten Spektrum an Handverletzungen eingeschlossen. Insgesamt erlangten 178 Patient(inn)en (77 %) innerhalb der Beobachtungszeit von maximal 200 Tagen ihre Arbeitsfähigkeit wieder. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug 83 Tage (SD=3,8). Einschränkungen der Funktionen der Gelenkbeweglichkeit und Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize sowie höhere berufsbedingte Belastung der Hand führten zu längerer Arbeitsunfähigkeit. In den Regressionsmodellen der einzelnen ICF-Komponenten beeinflussten außerdem das Geschlecht, Feinmotorischer Handgebrauch sowie der Beschäftigungsstatus die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Fazit

Es wurden Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aus allen ICF-Komponenten identifiziert. Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine biopsychosoziale und damit umfassende Herangehensweise bei der Analyse der Dauer der Arbeitsunfähigkeit angebracht ist. Die ermittelten Einflussfaktoren sollten bei der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen für Patient(inn)en mit Handverletzungen besonders beachtet werden, um eine schnellstmögliche Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu unterstützen.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Literatur

Kus S., Dereskewitz C., Coenen M., Rauch A., Rudolf K.D., Consortium Lighthouse Project Hand (2017): International Classification of Functioning, Disability and Health: development of an assessment set to evaluate functioning based on the Brief ICF Core Set for Hand Conditions - ICF HandA. Journal of Hand Surgery (European Volume), 42. 731-741.

MacDermid J.C., Roth J.H., McMurtry R. (2007): Predictors of time lost from work following a distal radius fracture. Journal of Occupational Rehabilitation, 17. 47-62.

Shi Q., Sinden K., MacDermid J.C., Walton D., Grewal R. (2014): A systematic review of prognostic factors for return to work following work-related traumatic hand injury. Journal of Hand Therapy, 27. 55-62.

Sorock G.S., Lombardi D.A., Courtney T.K., Cotnam J.P., Mittleman M.A. (2001): Epidemiology of occupational acute traumatic hand injuries: a literature review. Safety Science, 38. 241-256.

Sullivan M.J., Feuerstein M., Gatchel R., Linton S.J., Pransky G. (2005): Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. Journal of Occupational Rehabilitation, 15. 475-489.

World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO.

Cluster-randomisierte Studien in der Rehabilitationsforschung: ein (zu) selten genutztes Studiendesign ?

Kaluscha, R. (1), Dreyhaupt, J. (2), Dannenmaier, J. (1), Krischak, G. (1), Muche, R. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchauch, (2) Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm

Zielstellung

Häufig wird beklagt, dass in der Rehabilitationsforschung zu wenig randomisierte Studien durchgeführt werden, um methodisch hochwertige Evidenz zu gewinnen. Allerdings wird auch anerkannt, dass sich das Design der doppel-blinden, placebo-kontrollierten, randomisierten Studie nicht 1:1 aus der Pharmaforschung in die Rehabilitation übertragen lässt (Sachverständigenrat 2014). Denn zum einen sind die Fragen noch offen, wie ein „Reha-Placebo“ aussehen und wie die Verblindung von Behandlern und Rehabilitanden erfolgen könnte.

Zum anderen stehen neben juristischen und ethischen Problemen manchmal auch ganz praktische Schwierigkeiten im Wege. So ist es mitunter schwierig, zwei ähnliche Therapieformen in einer Rehabilitationseinrichtung parallel laufen zu lassen, weil für weitere Gruppen keine geeigneten Therapeuten oder Therapieräume zur Verfügung stehen. Ferner sind Kontaminationseffekte zu befürchten, wenn sich Rehabilitanden aus unterschiedlichen Studienzweigen über ihre Therapie austauschen. Bei der Bewältigung dieser Schwierigkeiten kann eine Cluster-Randomisierung hilfreich sein. Daher stellt sich die Frage, wie häufig dieses Studiendesign in der deutschen Rehabilitationsforschung genutzt wird und welche Möglichkeiten und Grenzen dabei bestehen.

Methoden

Die Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien sind die wichtigste Tagung für die deutschen Rehabilitationsforschung; hier werden auch viele Studien vorgestellt, die (noch) nicht in den einschlägigen Fachzeitschriften publiziert sind. Daher dienten die Tagungsbände als Grundlage für eine entsprechende Recherche. Seit dem Jahr 2000 sind sie elektronisch als PDF-Dateien verfügbar, so dass sie in eine Volltext-Datenbank (Oracle Text) eingespeist und mittels einer computerlinguistischen Anfrage („$clusterrand% or near(($cluster, rand%), 9, FALSE)“) nach entsprechenden Studien durchsucht werden konnten. Diese Anfrage sucht – vereinfacht gesagt – alle zu „Clusterrandomisierung“ ähnlichen Wörter sowie das gemeinsame Auftreten der Wörter „Cluster“ und „Randomisierung“ bzw. „randomisieren“ innerhalb eines Fensters von neun Wörtern. Diese computerlinguistische Anfrage hat den Vorteil, dass die Treffer spezifischer sind als bei einer Suche nach dem Wort „Cluster“, da z. B. Studien mit Clusteranalysen bereits ausgefiltert werden.

Die so gefundenen Abstracts wurden daraufhin nochmals manuell auf Einschlägigkeit geprüft. Dabei wurden etliche ausgeschlossen, bei denen lediglich in der Literaturliste eine cluster-randomisierte Studie zitiert wurde.

Bei den 22 korrekten Treffern wurde ausgewertet, wie viele Cluster bestanden und nach welchen Kriterien sie gebildet wurden, z. B. konsekutiv rekrutierte Gruppen, Anreisewochen oder bei multizentrischen Studien auch Standorte.

Ergebnisse

Insgesamt konnten in den 18 Tagungsbänden lediglich 22 Studien mit einem cluster-randomisierten Design identifiziert werden. Dabei entstammte der Großteil der Evaluation von Patientenschulungen (z. B. Musekamp et al. 2017).

Häufig fehlten aber Angaben zu Charakteristika der Cluster wie Anzahl und Größe sowie eine nachvollziehbare Darstellung, wie sie konkret gebildet wurden. Solche Informationen wären aber wichtig, um die Aussagekraft der Studien besser beurteilen zu können.

Fazit

Während in den letzten Jahren im Bereich Patientenschulung hin und wieder cluster-randomisierte Studien durchgeführt wurden, wird dieses Design zur Bewertung von Therapiekonzepten oder Behandlungselementen immer noch sehr selten genutzt (Ausnahmen sind z. B. Bethge et al. 2008 oder Gülich et al. 2005). Hier wäre zu wünschen, dass dieses Studiendesign künftig häufiger in entsprechenden Studien zum Einsatz kommt. Dabei sollten auch die Details der Cluster-Bildung mit den resultierenden methodischen Implikationen ausführlicher berichtet werden, damit die Vor- und Nachteile der Cluster-Randomisierung für die praxisnahe Rehabilitationsforschung transparenter werden.

Literatur

Bethge M, Herbold D, Jacobi C, Trowitzsch L, Hansmeier T, Müller-Fahrnow W (2008): Selbstwirksamkeitserwartungen und berufliche Leistungsfähigkeit nach einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation - Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit eines multimodalen Programms mit kognitiv-behavioralem Ansatz. DRV-Schriften Bd. 77, S. 231-233.

Gülich M, Kainz B, Jäckel WH (2005): Outcome dreier ambulanter Therapieformen zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen - Ergebnisse der multizentrischen START-Studie. DRV-Schriften Bd. 59, S. 278-280.

Musekamp G, Ehlebracht-König I, Höfter A, Schlittenhardt D, Gerlich C, Faller H, Reusch A (2017): Kurz- und mittelfristige Effektivität einer Patientenschulung Fibromyalgie‑Syndrom, DRV-Schriften Bd. 111, S. 172-173.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung − Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.

Psychosoziale Interventionen zur Rehabilitation von Überlebenden einer pädiatrischen Krebserkrankung und ihren Familien: Eine systematische Übersichtsarbeit

Peikert, M.L., Inhestern, L., Bergelt, C.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zielstellung

Die Überlebensrate von Krebspatienten im Kindesalter stieg in den letzten Jahrzehnten in den Industrieländern durch verbesserte Diagnostik- und Behandlungsmethoden stark an (Kaatsch, 2010). Doch auch nach einer erfolgreichen Behandlung ist der Weg zurück in den Alltag für die Kinder und ihre Familien oft eine schwierige Aufgabe, wodurch eine psychosoziale Nachsorge der betroffenen Familien erforderlich ist (Labay et al., 2004). Daher ist das Ziel dieser Studie, einen Überblick über psychosoziale Interventionen für Überlebende einer pädiatrischen Krebserkrankung und ihre Familien in den ersten Jahren nach dem Ende der Behandlung zu verschaffen.

Methoden

Unsere systematische Übersichtsarbeit folgt der PRISMA Checklist (Moher et al., 2015) und wurde im International prospective register of systematic reviews (PROSPERO) registriert (Registrierungsnummer: CRD42017059782). Im November 2016 und September 2017 führten wir eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, PSYNDEX und Web of Science durch. Eingeschlossen wurden Primärstudien, die eine quantitative Analyse beinhalteten und in deutscher oder englischer Sprache in peer-reviewed Journals veröffentlicht wurden. Weitere Einschlusskriterien waren, dass die Studien psychosoziale Interventionen für Überlebende einer Krebserkrankung unter 21 Jahren, ihre Familienmitglieder oder die Familie als Ganzes untersuchten und die Intervention primär in den ersten fünf Jahren nach dem Behandlungsende stattfand. Im Anschluss fassten wir die Studiencharakteristika zusammen und nahmen eine narrative Synthese der Studienergebnisse vor. Abschließend erfolgte die Einschätzung der Qualität der eingeschlossenen Studien mittels des Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tools (EPHPP; Thomas et al., 2004). Das Volltextscreening, die Datenextraktion und die Qualitätsbewertung wurden von zwei Wissenschaftlerinnen vorgenommen.

Ergebnisse

Insgesamt identifizierten wir 8.215 Veröffentlichungen durch unsere Datenbankrecherchen und 17 weitere Publikationen über zusätzliche Handsuchen. Wir schlossen 33 Artikel in die qualitative Synthese ein, davon 28 aus Nord Amerika oder Europa. Eine quantitative Synthese war aufgrund von hoher Studienheterogenität nicht möglich. Die Studien beschrieben ein großes Spektrum an Interventionen mit verschiedenen Hauptzielen, Zielpersonen und Settings. Die meisten Interventionen zielten auf eine Verbesserung der psychischen Situation (n = 9), von sozialen Fähigkeiten (n = 8) und der physischen sowie psychischen Situation gemeinsam (n = 9) ab. Überwiegend wurden Interventionen primär für das überlebende Kind untersucht (n = 15). Weitere eingeschlossene Studien beschrieben Interventionen für die Familie als Ganzes (n = 9), für Eltern (n = 7) sowie für Geschwisterkinder (n = 2). Die meisten

Interventionen inkludierten Kinder mit allen Krebsdiagnosen (n = 22) und fokussierten sich auf Kinder und Jugendliche von 8 bis 18 Jahren (n = 25). Neben Studien zu ambulanten Gruppeninterventionen (n = 15) wurden auch stationäre familienorientierte Rehabilitationsprogramme (n = 5), ambulante Individualinterventionen (n = 4), Camps (n = 4), Computerinterventionen (n = 3) und Interventionen bei den Familien zu Hause (n = 2) untersucht. Insgesamt konnte für die meisten Interventionen ein signifikanter, positiver psychosozialer Nutzen ermittelt werden. Die Qualität der eingeschlossenen Studien ist insgesamt als eingeschränkt zu beurteilen. Während 19 Studien die Bewertung schwach erhielten, wurde nur eine Studie als qualitativ hochwertig eingeschätzt.

Fazit

In dieser systematischen Übersichtsarbeit wurde eine große Vielfalt unterschiedlicher Interventionen erfasst und so konnte ein umfassender Überblick über bestehende psychosoziale Interventionen für Überlebende einer pädiatrischen Krebserkrankung und ihre Familien gegeben werden. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine Wirksamkeit verschiedener Angebote hin. Gleichzeitig zeigt sich ein großer Bedarf an Studien mit hoher Qualität. Weiterhin sollten weitere Interventionen entwickelt werden, die die Familie als Ganzes und Geschwisterkinder adressieren, sowie Interventionen für jüngere Kinder und ihre Familien, die bisher in der Forschung kaum Beachtung fanden. Die Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit können dazu beitragen, die psychosoziale Nachsorge betroffener Familien zu verbessern und diese dadurch bei ihrem Weg zurück in den Alltag zu unterstützen.

Literatur

Kaatsch, P. (2010): Epidemiology of childhood cancer. Cancer Treatment Reviews, 36, 4. 277-285.

Labay, L. E., Mayans, S., Harris, M. B. (2004): Integrating the child into home and community following the completion of cancer treatment. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 21, 3. 165-169.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Steward, L. A., PRISMA-P Group (2015): Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic Reviews, 4, 1. 1.

Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., Micucci, S. (2004): A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1, 3. 176-184.

Einflussgrößen zu Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität von Patienten mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen - eine systematische Literaturübersicht

Coenen, M. (1), Simmel, S. (2), Esteban, E. (1), Kus, S. (1), Seyfried, F. (1), Bühren, V. (2)

(1) Ludwig-Maximilians-Universität München, (2) BG Unfallklinik Murnau

Zielstellung

Ziel dieser Studie ist die Identifikation von möglichen Einflussgrößen (Prädiktoren) für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Lebensqualität von Patienten mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen in unfallchirurgisch-orthopädischer Rehabilitation basierend auf der Evidenz aus der wissenschaftlichen Literatur unter besonderer Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Methoden

Es wurden zwei systematische Literaturreviews durchgeführt. Gesucht wurde nach Studien, die potentielle Prädiktoren der Arbeitsfähigkeit (Suche 1) und Lebensqualität (Suche 2) von Patienten mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen untersuchen und in den letzten 10 Jahren (Juni 2007 bis Juli 2017) in englischer oder deutscher Sprache publiziert wurden. Die beiden Suchen wurde in den folgenden bibliographischen Datenbanken durchgeführt: MEDLINE, Embase, PsycINFO, Cinahl, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials und Database of Abstracts of Reviews of Effects.

Nach Ausschluss von Duplikaten wurden die verbleibenden Referenzen anhand von Ein- und Ausschlusskriterien selektiert. Die wichtigsten Einschlusskriterien waren: (1) Studienpopulation mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen in Anlehnung an das Verletzungsartenverzeichnis (DGUV, 2014), (2) Patienten im erwerbsfähigen Alter und (3) Studien, die in Europa, Nordamerika oder Australien durchgeführt wurden.

Alle bei den Suchen identifizierten systematischen Reviews wurden nach relevanten Studien untersucht.

Die Hauptcharakteristika der eingeschlossen Studien (z. B. Ziel, Design, Setting, Studienpopulation, Art der statistischen Analysen) und die untersuchten Einflussgrößen (mögliche Prädiktoren der Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität) wurden extrahiert. Die untersuchten Einflussgrößen wurden zu ICF-Kategorien (Aspekte der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren) unter Zuhilfenahme von etablierten Linking-Regeln gemappt (Cieza et al., 2016). Einflussgrößen, die nicht zur ICF gemappt werden konnten, wurden als „Gesundheitsproblem / diagnosebezogene Aspekte“ extrahiert oder als nicht in der ICF enthalten („not covered“) bezeichnet. Abschließend wurden Häufigkeitsanalysen der gemappten ICF-Kategorien und der weiteren Aspekte durchgeführt. Die interne und externe Validität der eingeschlossenen Studien wurde anhand einer standardisierten Checkliste bewertet (NICE, 2012).

Zwei Projektmitarbeiter sichteten unabhängig voneinander 20% der abgerufenen Referenzen. Diskrepanzen bezüglich des Ein- und Ausschlusses von Referenzen wurden diskutiert und Konsens erreicht. Das Mapping der in den Studien untersuchten Einflussgrößen zu ICF-

Kategorien wurde unabhängig voneinander von zwei Projektmitarbeitern durchgeführt. Abweichende Ergebnisse wurden diskutiert und im Falle keiner Einigung mit einer dritten Person diskutiert. Es wurde zwischen untersuchten Einflussgrößen, die in den statistischen Analysen als signifikant selektiert (Prädiktoren) bzw. die nicht selektiert wurden, unterschieden.

Ergebnisse

Die Literatursuchen lieferten 1.902 Referenzen zur Arbeitsfähigkeit und 4.641 Referenzen zur Lebensqualität, von denen jeweils 37 und 17 unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien in die weiteren Analyse eingeschlossen werden konnten. Keine zusätzliche wissenschaftliche Publikation wurde in den durchsuchten systematischen Reviews identifiziert. Von den 37 Studien, die die Einflussgrößen zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit untersuchten, wurden 16 in Europa, 17 in Australien bzw. Neuseeland und 4 in Amerika bzw. Kanada durchgeführt. Von den 17 Studien zur Vorhersage der Lebensqualität wurden 12 in Europa, 2 in Australien bzw. Neuseeland und 3 in Amerika bzw. Kanada publiziert.

Mithilfe des Mapping der Einflussgrößen konnten 78 bzw. 50 Einflussgrößen identifiziert werden, die in den Analysen der eingeschlossenen Referenzen als statistisch signifikante Prädiktoren für die Vorhersage der Arbeitsfähigkeit bzw. Lebensqualität extrahiert wurden. Tabelle 1 zeigt die absoluten und relativen Häufigkeiten der Prädiktoren für Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität und deren Zuordnung zum bio-psycho-sozialen Modell der ICF und wieteren Aspekten.

Tab. 1: Prädiktoren zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit bzw. Lebensqualität und deren Zuordnung zum bio-psycho-sozialen Modell der ICF.

	Prädiktoren der Arbeitsfähigkeit (N=78)	**Prädiktoren der Lebensqualität (N=50)**
Funktionsfähigkeit		
Körperfunktionen	11 (14 %)	4 (8 %)
Körperstrukturen	8 (10 %)	7 (14 %)
Aktivitäten & Partizipation	7 (9 %)	4 (8 %)
Kontextfaktoren		
Umweltfaktoren	14 (18 %)	8 (16 %)
Personbezogene Faktoren	16 (21 %)	12 (24 %)
Weitere Aspekte		
Gesundheitsproblem und diagnosebezogene Aspekte	11 (14 %)	7 (14 %)
Nicht in der ICF abgebildet („not covered“)	11 (14 %)	8 (16 %)

Fazit

Als Ergebnis der systematischen Literaturreviews konnten Aspekte der Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren identifiziert werden, die sich als relevant für die Vorhersage der Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität von Patienten mit schweren muskuloskeletalen Verletzungen herausgestellt haben. Relevante Einflussgrößen stammen aus allen Komponenten der ICF und werden durch diagnosebezogene Aspekte (z. B. Einfach- oder Mehrfachverletzung) und Aspekte, die nicht in der ICF abgebildet sind (z. B. Dauer der Intensivbehandlung, Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Vorgeschichte) komplementiert.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Literatur

Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., Prodinger, B. (2016): Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. Disability and Rehabilitation, 17:1-10.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (2014): Verletzungsartenverzeichnis: Verletzungsartenverzeichnis mit Erläuterungen unter Einschluss des Schwerstverletzungsartenverfahrens. URL: http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/verletz3.pdf, Zugriff: 23.10.2017.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012): Quality appraisal checklist: quantitative studies reporting correlations and associations. In: Methods for the Development of NICE Public Health Guidance. London: NICE.

Förderung von körperlicher Aktivität bei Patient(inn)en mit muskuloskelettalen Beschwerden – Welche Techniken der Verhaltensänderung sind effektiv?

Eisele, A. (1), Schagg, D. (1), Krämer, L. (2), Bengel, J. (2), Göhner, W. (1)

(1) Katholische Hochschule Freiburg,

(2) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Zielstellung

Körperliche Aktivität gehört zu den wichtigsten Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen muskuloskelettalen Beschwerden (Harris & Susman, 2002). Um einen langfristigen Behandlungserfolg zu erzielen, ist es häufig notwendig, dass Bewegungsaktivitäten im Anschluss an die Rehabilitation beibehalten werden. Oft fällt es Patient(inn)en jedoch schwer, körperliche Aktivität längerfristig in ihren Alltag zu integrieren. Um die Selbstmanagementkompetenz von Patient(inn)en zu fördern und so deren Adhärenz an körperliche Aktivität zu verbessern, ist ein Einsatz gezielter psychologischer Techniken notwendig (Geidl et al., 2012). In den vergangenen Jahren wurden existierende Techniken der Verhaltensänderung (Behaviour Change Techniques; BCTs) systematisiert und in Form einer international anerkannten Taxonomie verschriftlicht (Michie et al., 2013). Diese Taxonomie ermöglicht unter anderem eine einheitliche Beschreibung von Interventionen sowie eine gezielte empirische Prüfung einzelner Techniken gegeneinander. Beispiele für BCTs sind etwa Handlungsplanung, Feedback und Belohnung. Aktuelle Erkenntnisse, welche BCTs die Beibehaltung von körperlicher Aktivität bei Patient(inn)en mit chronischen muskuloskelettalen Beschwerden fördern können, fehlen derzeit. Ziel dieses systematischen Literaturreviews ist deshalb die Identifikation von BCTs, die die Adhärenz an körperliche Aktivität bei dieser Zielgruppe verbessern.

Methoden

Die systematische Literatursuche erfolgte in folgenden Datenbanken: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, CINAHL, PsychINFO, EMBASE, PEDro

und SPORTDiscus. Eingeschlossen wurden (Cluster-/quasi-) randomisiert-kontrollierte Studien mit mindestens einer Kontrollgruppe und 3-Monats-Postinterventions-Follow-Up, die die Wirksamkeit einer oder mehrerer BCTs auf die Adhärenz an körperliche Aktivität bei Patient(inn)en mit chronischen (mindestens 3 Monaten bestehenden) muskuloskelettalen Beschwerden untersuchen. Die Qualität relevanter Studien wurde überprüft und eingesetzte BCTs wurden entsprechend der Taxonomie von Michie und Kollegen (2013) kodiert. Die Ergebnisse wurden narrativ zusammengefasst.

Ergebnisse

Die Literatursuche ergab 3.986 Treffer, von denen 1.356 Duplikate waren. Von den verbleibenden 2.630 Publikationen wurden Titel und Abstracts auf ihre Relevanz hin überprüft. Dies führte zum Ausschluss von 2.399 Publikationen. Die Volltexte der 231 verbliebenen Publikationen wurden geprüft. Bisher wurden 14 Publikationen über elf Studien eingeschlossen. In vier von ihnen konnte die körperliche Aktivität der Teilnehmenden bis drei oder mehr Monate nach der Intervention gesteigert werden. Als wirksam erwiesen sich unter anderem die BCTs Problemlösen, Handlungsplanung, Anleitung zur Ausführung eines Verhaltens, Üben und Wiederholen, Zielsetzung, Selbstbeobachtung und gestufte Aufgaben. Die Interventionen der elf Studien enthielten im Durchschnitt sieben (vier bis 15) verschiedene BCTs, wobei die Interventionen, die sich in jenen vier Studien als wirksam erwiesen hatten, im Vergleich eine deutlich höhere Anzahl an BCTs enthielten.

Fazit

Eine Integration wirksamer BCTs in die Therapie kann den Alltagstransfer von Bewegungsaktivität nach einer orthopädischen Rehabilitation unterstützen. Die Identifikation von wirksamen BCTs zur Förderung der Adhärenz an körperliche Aktivität bei Patient(inn)en mit muskuloskelettalen Beschwerden bietet somit eine Wissensbasis für eine effektive Gestaltung bewegungsbezogener Rehabilitationsmaßnahmen. Die Ergebnisse dieses systematischen Reviews sollen nach Abschluss der Untersuchung konkret zur Weiterentwicklung einer Fortbildung für Bewegungs- und Physiotherapeut(inn)en genutzt werden.

Förderung: Kooperatives Promotionskolleg "Versorgungsforschung: Collaborative Care" aus Mitteln des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg

Literatur

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Rehabilitation, 51(04), 259-268.

Harris, G. R. & Susman, J. L. (2002): Managing musculoskeletal complaints with rehabilitation therapy: summary of the Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on musculoskeletal rehabilitation interventions. The Journal of Familiy Practice, 51(12), 1042-1046.

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M.P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013): The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. Annals of Behavioral Medicine, 46(1), 81-95.

Veränderte motorische Kontrolle bei Personen mit unspezifischen Rückenschmerzen während des Gehens – eine systematische Literaturanalyse

Koch, C., Hänsel, F.

Institut für Sportwissenschaft, Technische Universität Darmstadt

Zielstellung

Unspezifische Rückenschmerzen stellen in Deutschland durch hohe Behandlungskosten und Arbeitsausfälle ein sozioökonomisches Problem dar (Raspe, 2012). Es wird diskutiert, dass eine Beeinträchtigung der motorischen Kontrolle zu der Entstehung und Chronifizierung von unspezifischen Rückenschmerzen beiträgt (Saragiotto et al., 2016). Ziel dieser systematischen Literaturübersicht ist es, Unterschiede in der motorischen Kontrolle bei Personen mit und ohne unspezifischen lumbalen Rückenschmerz beim Gehen zusammenzufassend darzustellen und zu bewerten. Um ein umfassendes Bild der motorischen Kontrolle zu erhalten, werden dabei sowohl biomechanische als auch neuromuskuläre Parameter berücksichtigt.

Methoden

Eine Literaturanalyse in den Datenbanken Medline, SportDiscus, PsychInfo, PsychArticles, EMBASE und Scopus für den Zeitraum von 2000 bis Juli 2016 ergab 2.490 Treffer, aus denen anhand definierter In- und Exklusionskriterien 25 relevante Studien zum Gehen extrahiert wurden (Jackson & Waters, 2005). Die Bewertung der Studienqualität erfolgte in Anlehnung an die NOS (Wells et al., 2011) unabhängig von zwei Personen.

Ergebnisse

Von den eingeschlossenen Studien werden 5 als qualitativ hochwertig eingestuft (mind. 8 von 12 Punkten). Weitere 10 Studien weisen eine mittlere Qualität (mind. 6 Punkte) auf. Die restlichen Studien zeigen eine eingeschränkte Qualität (5 Punkte). Es werden elf unterschiedliche Parameter biomechanischer und kinematischer Natur untersucht. Für die Parameter liegen je zwischen einer und acht Studien vor. Auf biomechanischer Ebene kann bei Personen mit unspezifischen Rückenschmerzen eine tendenzielle bis mittlere Evidenz für eine niedrigere selbstgewählte Geschwindigkeit, weniger Beckenbewegung mit geringerer Verdrehung der Lendenbeckenregion, geringere Bodenreaktionskräfte und eine geringere Schritt-zu-Schritt-Variabilität gefunden werden; widersprüchliche Evidenz wird für die Schrittdauer festgestellt. Auf neuromuskulärer Ebene kann eine moderate Evidenz für eine Erhöhung der Aktivität des M. erector spinae (ES) festgestellt werden; zu Unterschieden in der EMG-Variabilität kann aufgrund einer geringen Anzahl an Studien keine Aussage getroffen werden.

Fazit

Auch wenn eine isolierte Betrachtung der untersuchten Parameter alleine keine starke Evidenz für Unterschiede in der motorischen Kontrolle beim Gehen aufzeigt, so lassen sich die Ergebnisse in der Zusammenschau konsistent interpretieren: Die Versteifung der Hüft-Becken-Lendenregion wird durch die Erhöhung der muskulären Aktivität erreicht. Diese Bewegungseinschränkungen, die mit einer geringeren Verwringung der Lenden-Becken-Region einhergehen, erschweren die Gangkoordination, wodurch es zu langsameren Bewegungen

mit geringeren Bodenreaktionskräften bei Personen mit unspezifischem Rückenschmerz kommen kann. Somit weisen unsere Ergebnisse auf Veränderungen in der motorischen Kontrolle beim Gehen hin. Diese Veränderungen können kurzfristig als Schutz der Strukturen dienen, haben jedoch langfristig durch die veränderte Biomechanik und die damit verbundene veränderte Belastung der Strukturen negativen Konsequenzen (Hodges, 2011). In einem Modell von Panjabi (1992) wird davon ausgegangen, dass eine Bedrohung der Stabilität der Wirbelsäule solche Veränderungen der motorischen Kontrolle hervorrufen kann. Zunächst kleine Veränderungen im passiven, aktiven oder neuralen System haben langfristig Auswirkungen auf alle drei Systeme (Panjabi, 1992).

Förderung: Klaus Tschira Stiftung gGmbH

Literatur

Hodges, P. W. (2011). Pain and motor control: from the laboratory to rehabilitation. Journal of Electromyography and Kinesiology, 21(2), 220-228.

Jackson, N., & Waters, E. (2005). Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. Health promotion international, 20(4), 367-374.

Panjabi, M. M. (1992). The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement. Clinical Spine Surgery, 5(4), 383-389.

Raspe, H. (2012). Themenheft 53" Rückenschmerzen".

Saragiotto, B. T., Maher, C. G., Yamato, T. P., Costa, L. O., Menezes Costa, L. C., Ostelo, R. W., & Macedo, L. G. (2016). Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. The Cochrane Library.

Van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., Bouter, L., & Group, E. B. o. t. C. C. B. R. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. Spine, 28(12), 1290-1299.

Wells, G., Shea, B., O'connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2011). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 2011: oxford. asp.

Wirksamkeit und Nutzen der medizinischen Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen: Rekrutierung und Studienstichprobe der MERCED-Studie

Hüppe, A., Langbrandtner, J., Lill, C., Raspe, H.
Universität zu Lübeck

Zielstellung

„Die mangelnde Evidenzbasis ist aus Sicht des Rates das Kernproblem des gesamten Rehabilitationssektors. Dies gilt in besonderem Maße für die Frage nach der „absoluten" Wirksamkeit der bestehenden Rehabilitationsmaßnahmen" (SVR Gesundheit 2014, S. 312). Die MERCED-Studie zielt auf eine Prüfung der absoluten generellen Wirksamkeit einer dreiwöchigen, stationären medizinischen Rehabilitation durch die DRV in der exemplarischen Indikation chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED). Die Wahl dieser Krankheitsgruppe verdankt sich der langjährigen Vorerfahrung der Autoren im Bereich gastroenterologischer Versorgungsforschung. Die Studie startete im Sommer 2016, der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich von Februar bis September 2017. Neben der Darstellung des bisherigen Studienablaufs interessiert besonders die Frage, ob es gelungen ist, eine „typische" Reha-Stichprobe zu gewinnen.

Methoden

Die DFG-finanzierte Studie wird als multizentrische, pragmatische randomisierte kontrollierte Studie (RCT) im Parallelgruppendesign mit zwei Messzeitpunkten im Abstand von 12 Monaten durchgeführt. Teilnehmende sind erwerbstätige DRV versicherte Mitglieder der AOK-Nordost, Barmer, Novitas-BKK und TK im Alter von 18-63 Jahren mit einem ärztlich bestätigten Morbus Crohn bzw. einer Colitis ulcerosa, deren Kassenabrechnungsdaten mindestens 2 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen in den letzten 12 Monaten aufwiesen. Ausgeschlossen wurden Versicherte ohne subjektiven Reha-Bedarf, Versicherte, deren berufliche oder private Lebenssituation keine Reha-Teilnahme im nächsten halben Jahr erlaubte sowie Versicherte ohne erkennbare Problemlagen in einem fragebogengestützten Problemfeld-Assessment.

Zur Rekrutierung schickten die Krankenkassen eligiblen Versicherten einen Studienflyer. Wer sich bei der Studienzentrale meldete, erhielt durch diese ausführliche schriftliche Studieninformationen (zusammen mit einem 18seitigen Fragebogen). Studienrationale wie Randomisierung wurden darin ausführlich erläutert. Es wurde dargelegt, dass Teilnehmer der Interventionsgruppe zeitnah eine Reha-Maßnahme beantragen sollten. Dazu erhalten sie zur Unterstützung schriftliches Material sowie bei Bedarf telefonische Beratung. Mitglieder der Kontrollgruppe sollten - wenn möglich - eine Reha-Beantragung um ein Jahr aufschieben, sie erhalten im Anschluss an die Follow-up-Befragung eine Antragsunterstützung. Der eingeset-

zte Fragebogen diente zur Überprüfung der Ein/Ausschlusskriterien und erfasst neben soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen Teilhabeeinschränkungen als Zielparameter der Studie (erfasst mit IMET und WPAI).

Mit Hilfe von Kontingenztafeln und t-Tests werden die Ausgangslagendaten in beiden Studienarmen verglichen sowie die Gesamtgruppe mit vier weiteren CED-Studienstichproben kontrastiert: mit TK-Versicherten (PROCED: Langbrandter et al 2016), fachärztlich Betreuten (CEDnetz: Langbrandtner et al 2017) und mit Rehabilitanden zweier CED-Fachkliniken (CEDreha, Hüppe et al 2016 sowie PACED - Reusch et al 2016).

Ergebnisse

4.359 Versicherte bekamen den Studienflyer, 1.144 meldeten sich bei der Studienzentrale und erhielten ausführliche Studieninformationen zusammen mit dem Baseline-Fragebogen. 759 Versicherte waren zur Studienteilnahme bereit, 530 erfüllten alle Ein-/Ausschlusskriterien und wurden auf die Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert. Die beiden Studienarme unterscheiden sich in keinem der erhobenen soziodemographischen wie krankheitsbezogenen Parameter.

In der Geschlechterverteilung (59 % Frauen) sowie im mittleren Alter (43 Jahre) gleicht die MERCED-Stichprobe den anderen CED-Studienstichproben. Mit einem Anteil von 31 % Personen mit Abitur werden in der Schulbildung höhere Werte beobachtet als in PACED (23 %), CEDreha (19 %) oder CEDnetz (27 %), wobei der Anteil niedriger ausfällt als in PROCED (42 %).

Verglichen mit den beiden Studienstichproben aus dem ambulanten Versorgungssektor präsentiert sich die MERCED-Stichprobe als stärker belastet: Sie weist u.a. mehr Studienteilnehmende mit schwerem Krankheitsverlauf auf (Krankheit ständig aktiv bei 40 % versus 23 % in PROCED und 22 % in CEDnetz), negative subjektive Erwerbsprognosen werden häufiger geäußert (52 % mit SPE-Score >/= 2 versus 25 % in PROCED und 19 % in CEDnetz). Im Problemfeld-Assessment werden mehr aktive Problemlagen identifiziert: durchschnittlich 5,3 versus 2,8 (PROCED) oder 2,4 (CEDnetz). Das Belastungsprofil entspricht stärker dem der beiden Rehastichproben: So zeigen etwa in PACED ebenfalls 40 % einen ständig aktiven Krankheitsverlauf, in CEDreha erreichen 55 % einen SPE-Score >/= 2 und im Mittel finden sich im Problemfeld-Assessment 4,7 aktive Problemfelder.

Fazit

Das gewählte Rekrutierungsprocedere erwies sich als machbar, auch wenn die angestrebte Fallzahl von N=300 Teilnehmern je Studienarm nicht ganz erreicht werden konnte. Die Studienstichprobe gleicht in vielen Merkmalen CED-Betroffenen, die den Weg in den rehabilitativen Versorgungssektor gefunden haben. Der bisherige Studienverlauf stützt die Aussage, dass unter bestimmten Rahmenbedingungen und Vorkehrungen individuell randomisierende kontrollierte Studien auch in der Reha-Forschung machbar sind. Allerdings erweist sich Planung und Durchführung gerade beim Einbezug mehrerer Krankenkassen als sehr aufwändig.

Literatur

Sachverständigenrat (SVR) Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bern: Hans Huber.

Langbrandtner, J., Raspe, H., Hüppe, A. (2016): Chronisch krank und erwerbstätig – weitere Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie unter GKV-Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Z Gastroenterol, 54. 139-145.

Reusch, A., Weiland, R., Gerlich, C., Dreger, K., Derra, C., Mainos, D., Tuschhoff, T., Berding, A., Witte, C., Kaltz, B., Faller, H. (2016): Self-management education for rehabilitation inpatients suffering from inflammatory bowel disease: a cluster-randomized controlled trial. Health Education Research, 31. 782-791.

Langbrandtner, J., Hüppe, A., Jessen, P., Büning, J., Nikolaus, S., Raspe, H., Bokemeyer, B. (2017): Quality of care in inflammatory bowel disease: results of a prospective controlled cohort study in Germany. Clinical and Experimental Gastroenterology, 10. 215-227.

Hüppe, A., Steimann G., Janotta, M., Langbrandtner, J., Eisemann, N., Bokemeyer, B., Raspe, H. (2016): Auf dem Prüfstand: stationäre medizinische Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Rehabilitation, 55. 248-255.

"Apotheker vor Ort" - ein neues Konzept zur Verbesserung der Therapiesicherheit in der medizinischen Rehabilitation

Berwanger, C. (1), Petri, H. (2)

(1) Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten,

(2) Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken, Bad Wildungen

Zielstellung

Deutschland hat europaweit eine geringste Anzahl von Krankenhausapothekern bezogen auf die Krankenhausbetten. Der ökonomische und klinische Nutzen von Arzneimittelinformation durch Krankenhausapotheker gewinnt auch hier zunehmend an Bedeutung (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker 2018). Daten zur Anzahl von Apothekern in Rehabilitationskliniken sind nicht bekannt, wobei davon auszugehen ist, dass der Krankenhausapotheker im Reha-Behandlungsteam eine Rarität darstellt. Dennoch ist er als Fachmann für Arzneimittel auch dort besonders geeignet, dem Arzt beratend bei der Arzneimitteltherapie beizustehen. Von einer engen Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker kann ein erheblicher Zugewinn an Qualität und Sicherheit der Arzneimitteltherapie erwartet werden.

In der Wicker-Gruppe, einem Verbund aus drei Akut- und neun Rehabilitationskliniken überwiegend in Nordhessen, wurde daher im April 2017 das vorerst dreijährige Projekt „Apotheker vor Ort“ in fünf nordhessischen Kliniken gestartet. Es handelt sich um die Neurologischen Akutklinik und die Hardtwaldkliniken I und II in Bad Zwesten sowie die Wickerklinik und die Klinik am Homberg in Bad Wildungen.

Exemplarisch soll das Vorgehen in der Abteilung Neurologie der Hardtwaldklinik I beschrieben werden.

Methoden

Es wurde eine zusätzliche Apothekerin in der Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken in Bad Wildungen eingestellt. In der dadurch möglich „Freistellung“ begann ein Fachapotheker für Arzneimittelinformation und Klinische Pharmazie die Stationsarbeit in den Kliniken. In Gesprächen mit Chefärzten und Leitenden Oberärzten wurde die für den jeweiligen Bereich gewünschte Mitarbeit des Apothekers besprochen. Daraus kristallisierten sich folgende Interventionen heraus:

Abteilung Neurologie, Bereich Neurorehabilitation (überwiegend DRV-Antragsverfahren):

Der den Patienten im Vorfeld übersandte Anamnesebogen wurde überarbeitet. Die Patienten werden gebeten, einen von ihrem heimischen Arzt bzw. Apotheker ausgefüllten aktuellen Medikationsplan zu übersenden. Für den Fall, dass kein Medikationsplan erstellt wird, ist eine vom Aufbau her selbsterklärende Vorlage entwickelt worden, die der Patient alternativ verwenden kann. In der Woche vor Aufnahme des Patienten werden die Medikationspläne an die Krankenhausapotheke gefaxt. In einer eigens erstellten Vorlage wird die Medikation über-

tragen, wobei der Apotheker Vorschläge zur Umstellung auf Listenpräparate des Apothekensortiments macht. Zudem wird eine Medikationsanalyse Typ 2B nach Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) (Bundesverband Deutscher Apothekerverbände 2014) durchgeführt. Die bearbeiteten Pläne werden in PDF-Format per email stationsbezogen an die Klinik gesendet. Der betreuende Arzt hat somit schon bei Aufnahme verlässliche und reproduzierbare Informationen über die Medikation. Diese umfassen die genaue Bezeichnung der Fertigpräparate (bspw. Antikonvulsiva, Schilddrüsenhormone und andere Präparate mit Substitutionsverbot), über den Verordner (Hausarzt oder Facharzt) und etwaige Selbstmedikation. Zudem soll der Patient etwaige Medikamentenallergien und Unverträglichkeiten mitteilen. Noch bestehende Unklarheiten wie Dosierung oder Anwendungsgrund können dann im Aufnahmegespräch geklärt werden. Darüberhinaus recherchiert der Apotheker Literatur zu offenen Fragen und gibt über email an einen ärztlichen und pflegerischen Verteiler Rückmeldung.

Abteilung Neurologie, Bereich Frührehabilitation (GKV, Phasen B und C):

Zunächst wurde mit den Leitenden Ärzten ein Positivstandard implementiert. Bei dessen Erarbeitung lag der Schwerpunkt auf der Arzneimitteltherapiesicherheit. Auf der einen Seite betraf dies Medikamente mit besonders geringem Interaktionspotenzial (bspw. wurde aus der Gruppe der SSRI Sertralin ausgewählt) (Petri 2015). Zum anderen wurden Medikamente favorisiert, die bei den zumeist älteren Patienten Vorteile bieten (beispielsweise Tropsiumchlorid als urologisches Blasenspasmolytikm). Hierbei orientierten wir uns an den entsprechenden Empfehlungen der PRISCUS-, Beers- und FORTA-Liste.

Im nächsten Schritt wurde eine wöchentliche Kurvenvisite begonnen. Die Medikationsanalyse Typ 2b wird gemäß Einteilung PCNE durchgeführt. Arzneimittelbezogene Probleme werden mit den behandelnden Ärzten zeitnah vor Ort besprochen. Am nächsten Tag erfolgt zudem eine schriftliche Rückmeldung an alle Ärzte.

Zusätzliche Maßnahmen: Da ein Großteil der Patienten über Sonde ernährt werden, wurde eine entsprechende Hilfstabelle bereitgestellt. Diese enthält eine Aufstellung der geeigneten und ungeeigneten Medikamente für diese Applikationsform. In flankierenden Fortbildungen wurde das Ärzte- und Pflegepersonal zu dieser Thematik geschult. Als Rückmeldung werden die Verbrauchsdaten der Klinik anlässlich der regelmäßigen Sitzungen der Arzneimittel- und Hygienekommission besprochen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auch im Antibiotika-Management, in welchem Krankenhausapotheker-vor-Ort und ABS-beauftragter Arzt intensiv zusammenarbeiten. Der Apotheker unterstützt zudem beim Entlassungsmanagement, das zum Oktober 2016 gesetzlich verankert wurde. Hierdurch soll die Überleitung an der Schnittstelle stationär-ambulant verbessert werden.

Ergebnisse

Unseres Wissens gibt es bisher keine Erfahrungen in der Betreuung von Rehabilitationseinrichtungen durch einen Krankenhausapotheker-vor Ort. Übliche Messinstrumente zur Beurteilung der Arzneimittelqualität wie der Medication Appropriateness Index (MAI) sind für eine Rehabilitationsmaßnahme nur bedingt tauglich. Es verfestigt sich mittlerweile der Eindruck, dass der Krankenhausapotheker in der Verbesserung der Pharmakotherapie einen sehr wichtigen Dienst leistet. Folgende Vorteile stellten wir fest:

- Die Qualität der Therapie wird verbessert
- Risikogeneigte Medikamentenkombinationen werden weitgehend vermieden
- Durch Umstellung auf die Hausliste soweit möglich wird die Therapie einfacher und kostengünstiger
- Ein pharmakologischer Wissenstransfer durch eine persönliche Vor-Ort-Betreuung wird gefördert.
- Phamakologischer Sachverstand bzgl. der Medikamentenaufbereitung insbesondere in der Frührehabilitation (parenterale und Sondengaben!)

Fazit

Zusammenfassend stellt sich das Konzept des „Apothekers-vor Ort" als wichtiges Element einer fachlich hochstehenden Medikamentenversorgung im Sinne einer bestmöglichen Patientensicherheit dar.

Literatur

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. (2018): https://www.adka.de/index.cfm?CFID=168256042&CFTOKEN=91652636&at=Ziele&pt=Ziele%5FUnterstuetzung%5Faerztlicher%5FLeistungen&menu_ac1t=Unterst%C3%BCtzung%20%C3%A4rztlicher%20Leistungen Datum: 18.10.2018.

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (2014): Grundsatzpapier zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement: https://www.abda.de/fileadmin/assets/Medikationsmanagement/Grundsatzpapier_MA_MM_GBAM.pdf Datum: 18.10.2018.

Petri, H. (2015): 22 wichtige Wechselwirkungen von Psychopharmaka. InFo Neurologie & Psychiatrie 17(10):49-59.

Kenntnisse, Bewertungen und Informationsbedarf zum Thema Rehabilitation: Quantitative Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten/innen und Orthopäden/innen in Westfalen-Lippe

Fröhlich, S. (1), Niemeyer, R. (1), Greitemann, B. (1, 2)

1 Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Bad Rothenfelde,
(2) Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Zielstellung

Hausärzte und niedergelassene Fachärzte sind wichtig für eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme. Sie sind sowohl in Antragstellung als auch Nachbetreuung involviert. Frühzeitige Zuweisung sowie gute Nachsorge sind wichtig für die Nachhaltigkeit einer Rehamaßnahme. Der Austausch zwischen niedergelassenes Ärzten, Kostenträgern und Rehakliniken wird schon länger als verbesserungswürdig empfunden (vgl. Dunkelberg et al., 2004; Lachmann et al., 1999; Walther et al., 2014; Greitemann, 2014).

Das Projekt NeHOR (Netzwerk Hausärzte/Orthopäden - Rehabilitation) möchte den Austausch zwischen Hausärzten/Orthopäden, Rehakliniken und Deutscher Rentenversicherung in der Region Westfalen-Lippe fördern. Dies geschieht in zwei Schritten: 1. Querschnittsbefragung von Hausärzten und Orthopäden zum Thema Rehabilitation, 2. Expertenrunden zur

Priorisierung von Optimierungsvorschlägen für einen besseren Austausch sowie das Erstellen eines Umsetzungsplans.

Methoden

In Kooperation mit dem deutschen Hausärzteverband und dem Berufsverband der deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen wurden 3277 Hausärzte und Orthopäden in Westfalen-Lippe mittels eines selbst erstellten Fragebogens schriftlich befragt. Erhoben wurden u. a. Kenntnisse bezüglich verschiedener Aspekte rund um die Rehabilitation sowie Bewertungen der Rehabilitation, Nahtstellenprobleme zur Deutschen Rentenversicherung und den Rehakliniken, Wünsche und Informationsbedarf.

Da der anfängliche Rücklauf gering war, wurde anstelle eines zweiten Reminders eine Kurzversion des ursprünglichen Fragebogens versendet.

Ergebnisse

468 Ärzte (Hausärzte und Orthopäden zusammen) füllten einen Fragebogen aus und waren durchschnittlich 56,3 Jahre alt (SD: 8,5). 69 % der Responder waren männlich. Im Mittel verfügten die Mediziner über 20 Jahre Berufserfahrung und schickten 2% ihrer Patienten/Innen im letzten Jahr in eine Rehabilitationsmaßnahme. 221 Ärzte füllten den Langfragebogen aus, 247 die Kurzversion.

Der Hälfte (49,8 %) der Responder ist die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) unbekannt. Noch weniger geläufig ist (65,1 %), dass es präventive Angebote (z. B. Betsi) in Reha-Kliniken gibt. Dass die Patienten Wunsch- und Wahlrecht bzgl. einer Rehaklinik haben, wissen über 38 % nicht. Und 31 % kennen nicht die Möglichkeit, einen Reha-Antrag als Eilantrag zu stellen.

Für die Kontakte sowohl zu der Deutschen Rentenversicherung als auch zu den Rehakliniken vergeben die Hausärzte und Orthopäden mehrheitlich die Note „befriedigend“. Gut 1/3 bewertet die Kontakte zu beiden Institutionen besser, ca. 1/4 findet den Kontakt zu Reha-Kliniken und DRV „ausreichend“ und schlechter. Positive Erfahrungen mit durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen gaben über 71 % der Responder an. Negative Erfahrungen gab es nur marginal (2,1 %).

Eine Webseite ist das bevorzugte Medium (41,8 %) für die zukünftige Information über Angebote und Entwicklungen in der Rehabilitation. Einen Flyer oder eine Weiterbildung wünschen sich 33 % bzw. 26,2 %.

Die antwortenden Ärzte wünschen sich vor allem mehr Informationen über MBOR. Von großem Interesse sind auch die Entscheidungsgrundlagen für die Ablehnung bzw. Bewilligung von Reha-Anträgen. Über die verhaltensmedizinische Orthopädie (VMO), Prävention und psychosomatische Nachsorge möchten sie ebenfalls mehr Auskünfte erhalten (s. Abb.1).

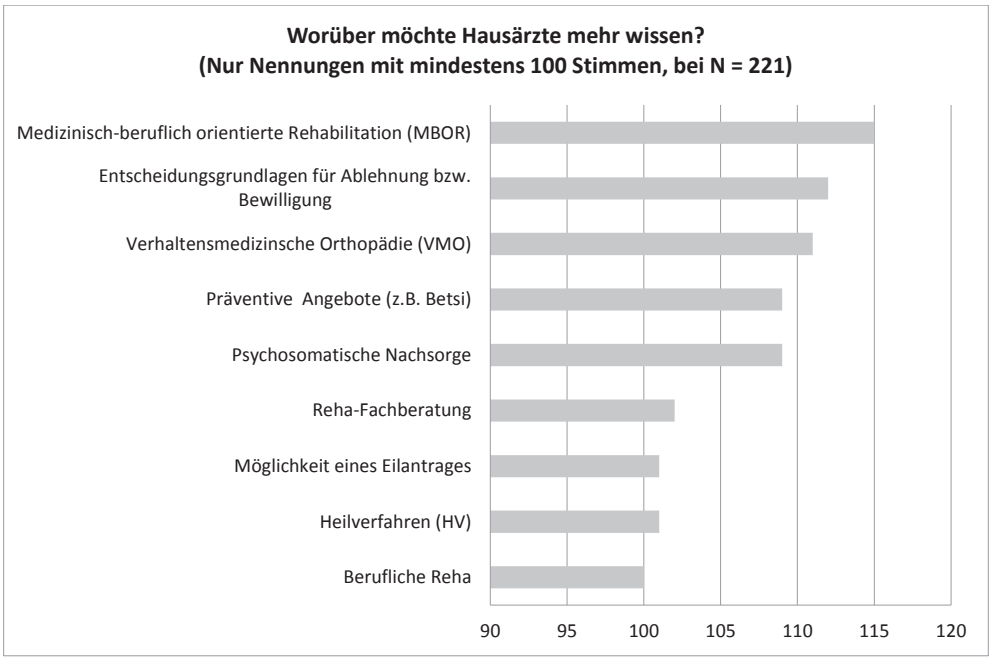

Abb. 1: Informationswünsche von Hausärzten und Orthopäden in Westfalen-Lippe

Fazit

Viele Ärzte sind sowohl über neue Angebote (Programme) und Veränderungen in der Rehabilitation als auch über einzelne Aspekte der Antragsstellung nicht ausreichend informiert. Abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahmen werden überwiegend gut bewertet, die Kontakte zu den Rehakliniken und der DRV hingegen schneiden mittelmäßig ab. Großes Informationsinteresse besteht u. a. an neueren Entwicklungen wie der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation und den Präventionsangeboten der DRV (u. a. Betsi). Des Weiteren möchten die Hausärzte und Orthopäden mehr über die Entscheidungsgrundlagen für abgelehnte bzw. bewilligte Reha-Anträge wissen. Im Internetzeitalter überrascht es nicht, dass das vorrangig gewünschte Informationsmedium über das Thema Rehabilitation eine Webseite ist, was sich mit dem Ergebnis der Arbeitsgruppe um Deck et al. (2012) deckt.

Trotz guter Bewertung für durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, gibt es bei den Hausärzten und Orthopäden in Westfalen-Lippe Informationslücken zum Thema Rehabilitation, die geschlossen werden sollten. Die anstehende Auswertung der qualitativen Daten wird weitere Diskussionspunkte für die geplanten Expertenrunden liefern. Diese haben das Ziel, konsentierte Optimierungsschritte zu vereinbaren, um die gegenwärtige Situation mittelfristig zu verbessern.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. (VFR), Norderney

Literatur

Deck, R., Scherer, M., Träder, J. M., & Pohontsch, N. (2012). Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung / Abschlussbericht: vffr.

Dunkelberg, S., & van den Bussche, H. (2004). Bedarf an und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmassnahmen aus hausärztlicher Sicht. Die Rehabilitation, 43(1), 33-41.
Greitemann, B. (2014). Behandelner Arzt und Rehabilitation – Ein nicht immer einfaches Verhältnis. Impulsreferat der genannten Satellitenveranstaltung auf dem 23. Reha-Kolloquium, Karlsruhe.
Lachmann, A., van den Bussche, H., Dunkelberg, S., & Ehrhardt, M. (1999). Der Bedarf an Rehamassnahmen aus allgemeinärztlicher Sicht. Rehabilitation, 38, 148-153.
Walther, A. L., Pohontsch, N. J., & Deck, R. (2014). Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. Gesundheitswesen(EFirst). doi: 10.1055/s-0034-1377034

Können Hausarzt- bzw. Rehabilitandenangaben zum Rehabilitationserfolg als Indikatoren für den Nutzen der Rehabilitation dienen?

Jankowiak, S. (1), Kaluscha, R. (1), Krischak, G. (1, 2)
(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau,
(2) Federseeklinik Bad Buchau

Zielstellung

Die Studienlage zur Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen ist laut Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „ungenügend“ (2014). Da randomisiert kontrollierte Studien (RCT) in der Rehabilitation schwierig durchzuführen sind, bedarf es anderer Ansätze für die Gewinnung von Evidenz. Möglichkeiten dafür wären z. B. Vergleiche von Rehabilitanden mit Unterinanspruchnehmern oder die Analyse differentieller Behandlungseffekte.

Rehabilitanden profitieren aus eigener Sicht bzw. aus Sicht ihrer Hausärzte in einem unterschiedlichen Ausmaß von einer Rehabilitation (vgl. Jankowiak et al. 2017).

Hier werden nun Zusammenhänge zwischen der subjektiven Nutzenbewertung und der Beitragszahlung in die Sozialsysteme, die den Erwerbsstatus widerspiegelt, sowie dem Risiko für Erwerbsminderung untersucht. Dies dient auch der Objektivierung der in den Rehabilitanden- und Hausärztefragebögen erhobenen Einschätzungen.

Methoden

Den Analysen wurde das umfassende Datenmaterial, welches im Rahmen eines Modellprojekts zur intensivierten Einbindung der Hausärzte in die Nachsorge (vgl. Jankowiak et al. 2017) gewonnen wurde, zugrunde gelegt. Dabei schätzten einerseits Hausärzte und Rehabilitanden das Rehabilitationsergebnis ein. Andererseits lagen anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg objektive Daten zum Erwerbsstatus vor.

Auf Basis von Proportional-Hazard-Modellen (Cox-Regressionen) wurde das Risiko für Erwerbsminderung (Anträge auf bzw. Bewilligungen von EM-Rente) je nach subjektiver Bewertung des Rehabilitationsergebnisses bestimmt. Neben den subjektiven Einschätzungen wurden weitere für die Zielereignisse prognostisch relevante Merkmale in die Modelle aufgenommen.

Ergebnisse

Im Rückkehrgespräch bewerteten 76 % der 998 Hausärzte die Ergebnisse als gut bis ausgezeichnet. Lediglich in 5 % der Fälle wurde der Erfolg vom Hausarzt als schlecht eingeschätzt. Bei einer postalischen Befragung etwa ein Jahr nach Rehabilitation gaben von 1.700 Rehabilitanden 58 % an, die Maßnahme habe viel bis sehr viel geholfen, während lediglich 6 % subjektiv keinen Nutzen wahrnahmen.

Bessere Beurteilungen des Rehabilitationserfolgs gingen mit einem geringen EM-Rentenrisiko einher. So hatten Rehabilitanden, bei denen laut Hausarzt ein günstiges Ergebnis vorlag, gegenüber Rehabilitanden, die ein schlechteres Ergebnis aufwiesen, ein rund 14mal geringeres Risiko für eine Erwerbsminderung (vgl. Tab. 1). Die erzielte Reduktion des Erwerbsminderungsrisikos kann für eine Hochrechnung zur Einschätzung der gesellschaftlichen Bedeutung von Rehabilitation genutzt werden. Hätte nämlich z. B. in der Gruppe der Rehabilitanden mit sehr gutem Rehabilitationserfolg niemand von der Rehabilitation profitiert, so wäre statt 3 beobachteter Erwerbsminderungsrenten die 13,7fache Anzahl, d.h. 41 Erwerbsminderungsrenten, zu erwarten gewesen. Für die Gruppe der Rehabilitanden mit gutem bzw. mittelmäßigem Nutzen ergeben sich so zu erwartende Steigerungen um das 2,5- bzw. 1,5fache. Insgesamt würde also die Anzahl von 41 beobachteten auf 115 zu erwartende EM-Renten anwachsen, falls Rehabilitation generell erfolglos wäre.

Tab. 1: Risiko eines Antrags auf EM-Rente sowie Risiko der Bewilligung einer EM-Rente (Hazard-Quotient) sowie Hochrechnung der Häufigkeiten in der Teilstichprobe mit einem Hausarztfragebogen.

Beurteilung des Erfolgs der Rehabilitation (Anteil Nennungen)		*Hazard-Quotient (HQ)*			*Hochrechnung EM-Rente*		
		HQ	*1 / HQ*	*p-Wert*	*tatsächlich*	*ohne Rehabilitation*	*„erspart“*
Anträge							
sehr gut bis ausgezeichnet	(34,4%)	0,074	13,513	<,0001	6	81	75
gut	(42,1%)	0,304	3,289	0,0009	31	102	71
mittelmäßig	(19,0%)	0,628	1,592	0,1887	31	49	18
schlecht	(4,5%)	Referenz			11	11	0
Gesamt					**79**	**243**	**164**
Bewilligungen							
sehr gut bis ausgezeichnet	(34,4%)	0,073	13,699	0,0006	3	41	38
gut	(42,1%)	0,407	2,457	0,1016	20	49	29
mittelmäßig	(19,0%)	0,665	1,504	0,4722	14	21	7
schlecht	(4,5%)	Referenz			4	4	0
Gesamt					**41**	**115**	**74**

Anm.: Als weiterer Confounder verblieben im Modell „Anträge“ (N=998) die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Rehabilitation und im Modell „Bewilligungen“ (N=973) die Summe der Beschäftigungstage im Kalenderjahr vor der Rehabilitation.

Bei Betrachtung der Rehabilitandenurteile zeigte sich, dass Rehabilitanden, die nicht von der Maßnahme profitieren konnten, gegenüber den Rehabilitanden, denen die Maßnahme viel geholfen hat, ein rund fünfmal höheres Risiko für Erwerbsminderung auf (vgl. Tab. 2). Führt man analog zu dem bei den Hausärzteurteilen geschilderten Verfahren eine Hochrechnung

durch, so ergeben sich bei tatsächlich beobachteten 131 EM-Renten 397 zu erwartende Bewilligungen, falls Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden generell nutzlos wäre.

Tab. 2: Risiko eines Antrags auf EM-Rente sowie Risiko der Bewilligung einer EM-Rente (Hazard-Quotient) sowie Hochrechnung der Häufigkeiten in der Teilstichprobe mit einem Rehabilitandenfragebogen

Einschätzung des Ausmaßes, wie sehr die Rehabilitations-maßnahme geholfen hat (Anteil Nennungen)		*Hazard-Quotient (HQ)*			*Hochrechnung EM-Rente*		
		HQ	*1 / HQ*	*p-Wert*	*tat-sächlich*	*ohne Reha-bilitation*	*„erspart“*
Anträge							
sehr viel	(20,6%)	0,205	4,878	<,0001	27	132	105
viel	(37,3%)	0,189	5,291	<,0001	47	249	202
mittel	(24,2%)	0,401	2,494	<,0001	60	150	90
wenig	(12,4%)	0,562	1,779	0,0148	46	87	41
gar nicht	(5,6%)		Referenz		33	33	0
Gesamt					**213**	**651**	**438**
Bewilligungen							
sehr viel	(20,6%)	0,246	4,065	<,0001	20	81	61
viel	(37,3%)	0,181	5,525	<,0001	27	149	122
mittel	(24,2%)	0,396	2,525	0,0011	37	93	56
wenig	(12,4%)	0,488	2,049	0,0171	26	53	27
gar nicht	(5,6%)		Referenz		21	21	0
Gesamt					**131**	**397**	**266**

Anm.: Als weiterer Confounder verblieben im Modell „Anträge“ sowie „Bewilligungen“ (N=1.695) das Alter, die Diagnose, Leistung nach bevorzugter Einladung der Rehabilitationseinrichtung (Eilfall), Leistung nach Aufforderung durch die Krankenkasse (§51 SGB V) und die Summe der Beschäftigungstage im Kalenderjahr vor der Rehabilitation.

Fazit

Konnten Rehabilitanden nicht von der Maßnahme profitieren, besteht eine deutlich schlechtere Erwerbsprognose. Der Zusammenhang deutet darauf hin, dass die Erwerbsverläufe der Rehabilitanden, die laut hausärztlicher bzw. eigener Einschätzung nicht von der Maßnahme profitierten, im Sinne der eingangs formulierten Annahme zur Bewertung der Behandlungseffekte herangezogen werden können.

Dabei dürften Hausärzte zu einer fundierten Einschätzung kommen, da sie ihre Patienten üblicherweise schon länger betreuen. Vermutlich stellen diese auf Basis der erreichten Ergebnisse intuitiv eine Prognose des ohne Rehabilitation zu erwartenden Krankheits- bzw. Genesungsverlaufs und bewerten auf dieser Grundlage den Behandlungserfolg.

Während bei den Hausarzturteilen das Ausmaß der Risikoreduktion der sprachlichen Rangfolge der Kategorien der Nutzenbewertung folgte, ergab sich bei den Rehabilitandenurteilen eine Inkongruenz: in der Kategorie „Reha half viel“ ist die Risikoreduktion etwas höher als bei „Reha half sehr viel“. Eine mögliche Erklärung dafür könnten Rückschaufehler sein, da die Rehabilitanden ein bis zwei Jahre nach der Maßnahme befragt wurden.

Anzumerken ist noch, dass sich ähnliche Zusammenhänge zwischen subjektiven Reha-Nutzen und Erwerbsstatus bzw. Erwerbsminderung auch in der QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg ergaben (Kaluscha et al. 2017).

Mittels der Gegenüberstellung der subjektiven Nutzenbeurteilung und der Perspektive der Solidargemeinsaft konnten wertvolle Hinweise auf die Wirksamkeit der Rehabilitation gewonnen werden. Dabei sind insbesondere die hausärztlichen Einschätzungen ein bedeutsamer Indikator für die erzielten Rehabilitationseffekte. Ihre überwiegend positive Bewertung ist insofern durchaus als Beleg für den Nutzen der Rehabilitation zu werten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G (2017). Einbindung des Hausarztes in die Rehabilitationsnachsorge – Effekte auf das subjektive und objektive Behandlungsergebnis. DRV-Schriften, Bd. 111. 207-209.

Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E. (2017). Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Bd. 111, S. 98-99

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung − Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.

Welche Bedeutung hat der Sozialraum der Versicherten in der stationären medizinischen Rehabilitation? Eine Multi-Method-Studie in stationären Reha-Zentren

Streibelt, M.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

In Forschung und Politik wird das Konzept der Sozialraumorientierung als Faktor einer „guten“ Rehabilitation diskutiert (Kleinecke et al., 2016). Der Begriff des Sozialraums bezieht sich auf den soziokulturellen Raum einer Person wie auch die Möglichkeiten und Potenziale diesen zu nutzen (Friesenhahn et al., 2014). Allerdings fehlt es aktuell an einem Modell der Sozialraumorientierung in der Rehabilitation. Aus diesem Grund hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund eine Untersuchung durchgeführt, um (Friesenhahn et al,. 2014) zu erfassen, was die Reha-Praxis unter dem Konzept versteht und wie seine Bedeutung in der Rehabilitation eingeschätzt wird, (Kleineke et al., 2016) den Stand der Sozialraumorientierung in der medizinischen Rehabilitation zu erheben und (Kleineke et al., 2015) daraus Empfehlungen für die zukünftige Reha-Praxis abzuleiten. Das vorliegende Papier beschäftigt sich mit den ersten beiden Fragen.

Methoden

22 stationäre Reha-Zentren beteiligten sich an der multimethodischen Studie. Im ersten Schritt wurden Experteninterviews mit drei Leitenden Ärzten durchgeführt, um das Konstrukt Sozialraumorientierung einordnen, die relevanten Themen identifizieren und die Auswirkungen auf die Rehabilitation einschätzen zu können. Das resultierende Arbeitsmodell inkl.

der aufgestellten Thesen bildete die Grundlage für einen Erhebungsbogen, mit dem anschließend eine Bestandserhebung in allen beteiligten Reha-Zentren erfolgte. Hierbei wurden alle wichtigen Themen aus den Interviews mittels selbst erarbeiteter Itembatterien operationalisiert und zu Summenscores (0-100 Punkte) zusammengefasst, wobei höhere Werte mit einer höheren Intensität der Sozialraumorientierung assoziiert sind.

Ergebnisse

Die Experten betonten die Relevanz der Sozialraumorientierung für die Sicherstellung erfolgreicher gesellschaftlicher Teilhabe. Sozialraumorientierung führt in der Reha-Praxis zu einer Kontextualisierung der Diagnostik sowie Bedarfsorientierung der Therapie. Dabei reicht der therapeutische Zugang von der Befähigung der Patienten ihre Sozialräume aktiv in Anspruch zu nehmen, einem strukturierten Überleitungsmanagement (etwa Erarbeitung schriftlicher Pläne für die Zeit danach) bis hin zur Einbindung externer Akteure. Insbesondere Nachbehandler, die Familie und andere Sozialleistungsträger scheinen relevante Akteure zu sein. Arbeitgeber, Betriebsärzte oder Kollegen wurden dagegen nur selten von den Experten genannt.

Sozialraumorientierung in der Rehabilitation scheint hoch voraussetzungsvoll zu sein. Sie braucht zwingend eine gute Sicherstellung des Übergangs bzw. ein kontinuierliches Monitoring in der Zeit nach der Rehabilitation. Bei Bedarf wäre eine „aufnehmende“, mithin verantwortliche Stelle notwendig. Darüber hinaus ist sie abhängig von einrichtungsinternen (Personal, EDV, Philosophie der Einrichtung) wie -externen Einflussfaktoren (Vorgaben, Reha-Dauer, Belegungsstrategie).

Die Bestandserhebung zeichnet ein differentielles Bild. Am stärksten war die Kontextualisierung der Diagnostik ausgeprägt (72 von 100 Punkten), gefolgt von der therapeutischen Befähigung der Patienten zur Nutzung der Sozialräume (64 Punkte). Das Überleitungsmanagement (Erarbeitung von Plänen, Einleitung weitere Maßnahmen) lag mit 53 Punkten im mittleren Bereich, während die konkrete Vernetzung zu externen Akteuren mit 37 Punkten gering ausgeprägt war. Der Sozialraumorientierung wurde eine hohe Bedeutung für die Rehabilitation beigemessen (73 von 100 Punkten); jedoch besaßen Informationen zum Sozialraum im Vergleich zu krankheitsspezifischen Informationen einen geringen Einfluss auf den Reha-Erfolg (37 von 100 Punkten). Fasst man alle diese Informationen zu einem Gesamtscore „Sozialraumorientierung“ zusammen, so ergibt sich ein mittlerer Punktwert von 56 Punkten.

Fazit

Ganzheitlichkeit und Kontextbezogenheit als Merkmale der Sozialraumorientierung werden von den praktisch tätigen Experten als Erfolgsfaktoren für eine „gute“ medizinische Rehabilitation gesehen. Dies wird aktuell vornehmlich in einem individuumsbezogenen Interventionsmodell umgesetzt, in dem die Befähigung und der Kompetenzerwerb der Patienten und weniger die aktive Einbindung der direkten Umwelt im Zentrum stehen. Möglichkeiten eines verhältnisbezogenen Interventionsmodells wie die Gestaltung des Übergangs aus der Rehabilitation durch schriftliche Pläne (Überleitungsmanagement) oder auch eine strukturierte Vernetzung mit relevanten externen Akteuren werden weniger genutzt.

Weiterhin deutet sich an: Eine durchgängig am Sozialraum orientierte Rehabilitation stößt aufgrund systemimmanenter Barrieren aktuell an Grenzen. Insbesondere fehlt es an einer

sinnvollen Einbindung der medizinischen Rehabilitation in eine ganzheitliche Strategie, die verschiedene Phasen umfasst und diese effizient miteinander verknüpft.

Interessenkonflikt: Der Autor M. Streibelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

Friesenhahn, G.J., Braun D., Ningel R. (Hrsg.) (2014). Handlungsräume Sozialer Arbeit. Verlag Barbara Budrich. Opladen & Toronto.

Kleineke, V.E., Menzel-Begemann, A., Wild, B., Meyer, T. (2016): Umweltfaktoren und Teilhabeförderung. Die Perspektive der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz;59(9):1139-46.

Kleineke V.E., Stamer, M., Zeisberger, M., Brandes, I., Meyer, T. (2015): Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. Rehabilitation;54(4):266-7.

Evaluation des katamnestischen Rehabilitationserfolges stationär behandelter Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen

Mestel, R.
HELIOS Kliniken Bad Grönenbach

Zielstellung

Es mangelt an naturalistischen Studien von Verläufen von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) nach stationären psychotherapeutischen Behandlungen.

Fragestellungen

1. Wie wirksam war die stationäre Behandlung bei Traumapatienten kurz- und mittelfristig (1-Jahres-Katamnese)?
2. Welche Angebote wurden post hoc wie wirksam eingeschätzt (v. a. Stabilisierungs- und Konfrontationstherapie)?
3. Welche Nachbehandlungen wurden von den Patienten in Anspruch genommen und welche Selbsthilfestrategien haben sie angewendet?

Methoden

Vollerhebung aller Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS: F43.1 oder F62.0; davon 47 % als Hauptdiagnose) mit mindestens 4 Wochen Behandlungsdauer. 413 regulär entlassene Patienten mit PTBS (60 % sexuelle Gewalterfahrungen) und hoher Komorbidität wurden ein Jahr nach stationärer integrativer Psychotherapie erneut angeschrieben.

Repräsentativität

Die Antworter der 1-Jahres-Katamnese (n= 226; 54,5 %) waren für die Gesamtgruppe eingeschränkt repräsentativ ($p < .05$): Nicht-Antworter: Mehr Behandlungsabbrüche, kürzere Behandlung, mehr Unzufriedenheit mit Behandlung (post ZUF-8 und VEV-K), mehr Symptome im Selbst- und Fremdurteil prä und post (BSS, GSI, BDI), seltener PTBS als Hauptdiagnose, weniger Trauma-Einzelbehandlung (überall nur kleine Effektstärke Unterschiede).

Stichprobencharakteristika

Alter M= 35,7 Jahre (SD 10,1); 86,7 % weiblich; 44 % Abiturienten; Beeinträchtigungsschwere (BSS): 7,61 (SD: 1); OPD-Struktur 2,4 (SD: ,5; mäßig bis gering); Anzahl Psychodiagnosen: 3,8 (SD: 1,5); Kodiag.: 75 % Depression, 55 % Essstörungen, 23 % Borderline Störung, 22 % Angststörungen, 21 % andere Persönlichkeitsstörungen, 12 % somatoforme Störungen, 10 % psychosomatische Erkrankungen.

Traumacharakteristika

93,5 % Typ II-Trauma; 31 % erlebten ein kurz- oder langdauerndes Trauma, 34 % zwei verschiedene Traumata und 36 % mehr als zwei Traumata; 71 % erlebten mindestens einmal einen sexuellen Missbrauch (75 % länger als ein Jahr andauernd; 75 % der Täter waren Familienangehörige, meist der Vater).

Behandlung

Integrative psychodynamisch-humanistisch-verhaltenstherapeutische stationäre Psychotherapie; Frauengruppenteilnahme (39 %), Stabilisierungsgruppenteilnahme (76,6 %), Konfrontationseinzeltherapie (z. B. EMDR: 7,2 %), andere Traumaeinzeltherapie (15,2 %); 12,2 % erhielten ergänzende antidepressive Medikation.

Behandlungsdauer M= 71,6 Tage (SD: 20,3); 94 % reguläre Therapiebeendigung.

Instrumente

Basisdokumentationsvariablen, Psychologische Testskalen: GSI (SCL-90-R, Symptomcheckliste 90; Franke, 2002), BDI (Beck Depressions Inventar, Hautzinger, 2000), IIP-Summe (Inventar interpersoneller Probleme), Selbstakzeptanz (SASB Introjekt, Strukturanalyse sozialen Verhaltens), Sichere Bindung (RQ-2, Relationship Questionaire), ZUF-8 (Zufriedenheit mit Behandlung), VEV-K (Veränderung des Erlebens und Verhaltens, Kriebel, 2001); störungsspezifische Skalen: IES-R (Traumafolgen; Maercker & Schützwohl, 1998); Traumaspezifische Katamnesefragen.

Ergebnisse

Wirksamkeit bei Katamnese: Alle prä-post und prä-Katamnese Skalenvergleiche sind hochsignifikant ($p < .01$). Einen signifikanten Zugewinn ergibt sich von post nach Katamnese für den IIP, einen signifikanten Abfall für BDI, sichere Bindung, Selbstakzeptanz und die Zufriedenheit mit der Behandlung und den VEV-K (Entspannung, Gelassenheit, Optimismus). Auf den Breitbandskalen und die Fremdbeurteilung zeigen sich im prä-post und prä-Katamnese-Vergleich mittelgroße bis große Effektstärken. Auf den traumaspezifischen Skalen ergeben sich kleine Effekte.

Selbsthilfe bei Trauma: Die Patienten wenden alle erdenklichen, zum Teil völlig gegenteiligen Bewältigungsstrategien (z. B. Selbstkonfrontation vs. ablenken) vergleichbar häufig an.

Defokussierende Strategien führten seltener zu "Schaden" (1 %) vs. Traumafokussierende Strategien (ca. 10 %). Behandlungen mit Experten werden nicht besser als Selbsthilfestrategien bewertet.Von den stationären Traumatherapieangeboten werden Einzelgespräche post hoc bei Katamnese am besten beurteilt, unabhängig ob mit oder ohne Traumaexposition. Unklar ist dabei, ob diese gute Bewertung erfolgte, weil Einzelgespräche in einer Klinik mit Schwerpunkt Gruppentherapie die Ausnahme sind, in der Stabilisierungsgruppe jedoch viele Patienten teilnehmen.

Fazit

Es zeigte sich, dass die meisten traumatisierten Patienten weder stationär noch ambulant Trauma Bearbeitungsverfahren erhielten und die Bewertung der vielfältigen poststationären Maßnahmen sehr unterschiedlich ausfiel.

Als methodische Einschränkung kann das naturalistische Design ohne Randomisierung der Interventionen gelten. Teilgruppenanalysen für unterschiedliche Traumainhalte wären sinnvoll, allerdings ist dazu die Stichprobengröße zu klein.

Literatur

Franke, G.H. (2002): SCL-90-R, Symptom-Checkliste SCL-90-R von L. R. Derogatis - Deutsches Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H. & Keller, F. (2000): Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch (3. Aufl.). Bern: Huber.

Kriebel, R., Paar, G.H., Schmitz-Buhl, S.M., & Raatz, U. (2001): Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 53, S. 20-32.

Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event-Skala-revidierte Version (IES-R). Diagnostica, 2, 130-141.

Wie gelangen die Versicherten in der medizinischen Rehabilitation in die Sozialberatung? Eine Befragung von Sozialdiensten in Reha-Einrichtungen

Streibelt, M. (1), Keßler, C. (2), Goedecker-Geenen, N. (3), Adolph, H. (4)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Klinik Eichholz, Bad Waldliesborn, (3) Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster
(4) Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Berlin

Zielstellung

Soziale Arbeit blickt auf eine lange Tradition in der medizinischen Rehabilitation zurück (VDR 1996). Das Ziel Sozialer Arbeit besteht in der Verbesserung des „person-environment-fit“, um eine erfolgreiche Teilhabe chronisch kranker Personen zu fördern (Fugl-Meyer 2016). Angesichts der steigenden Bedeutung umweltbezogener Kontextfaktoren sowie einem ganzheitlichen Verständnis von Rehabilitation auf Basis des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells wird Soziale Arbeit in der Rehabilitation immer wichtiger. Mittlerweile nimmt die Arbeit von Sozialdiensten in aktuellen Reha-Konzepten eine tragende Rolle ein (DRV Bund 2015).

Nicht zuletzt deshalb wird eine verstärkte Professionalisierung Sozialer Arbeit gefordert (Howard et al 2009). Momentan ist allerdings unklar, wie diese tatsächlich in die Rehabilitation eingebettet ist. Ziel des vorliegenden Beitrags war es deshalb, eine Bestandserhebung in Bezug auf die Bedarfsfeststellung für und den Zugang zu Sozialer Arbeit in der Rehabilitation aus der Perspektive der Sozialarbeit selbst durchzuführen.

Methoden

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) führte im Frühjahr 2017 gemeinsam mit den Rentenversicherungen Bund und Westfalen eine Online-Befragung bei ihren Mitgliedern sowie weiteren Sozialdiensten in etwa 400 Reha-Einrichtungen durch. Die verwendeten Fragebatterien wurden im Vorfeld in einer Fachgruppe erarbeitet und in einem Pretest auf Verständlichkeit überprüft. Der Fragebogen umfasste folgende Bereiche: Zugangswege zur Sozialarbeit, Kriterien der Zuweisung, Bewertung des Zuweisungsverfahrens, Beteiligung der Sozialarbeit an relevanten Aspekten der Rehabilitation und Bewertung von Arbeitsquantität und -qualität sowie der Entwicklungsmöglichkeiten.

Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 240 Sozialarbeiter*innen an der Befragung (87 % Frauen, 45 ± 11 Jahre). Etwa die Hälfte war weniger als 10 Jahre in der Rehabilitation tätig, 23 % dagegen bereits 20 Jahre und mehr. Das gesamte Indikationsspektrum war vertreten. Die Hälfte der Einrichtungen besaß mehr als 180 Belegungsplätze; der Belegungsanteil der Rentenversicherung lag im Median bei 70 %.

81 % der Befragten gaben an, dass die Zuweisung immer bis häufig aus dem ärztlichen Bereich kommt. Mit 72 % wurde zudem die Eigeninitiative der Rehabilitanden als bedeutsam gesehen. Weitaus seltener erfolgte die Auswahl in der Teamsitzung (immer/häufig: 53 %) bzw. durch den Sozialdienst (45 %) selbst. In weniger als 33 % der Fälle wird ein strukturiertes Screening eingesetzt. Dementsprechend sind nur in 45 % der Einrichtungen Zuweisungskriterien für die Sozialarbeit schriftlich festgelegt. Am häufigsten wird eine Beratung durch den Sozialdienst notwendig, wenn der Bedarf weiterführender Leistungen der Rentenversicherung im Raum steht. Eine große Rolle spielen auch sozialmedizinische Kriterien wie Arbeitslosigkeit oder längere Arbeitsunfähigkeit sowie Barrieren für den Reha-Erfolg (unklare häusliche Situation, Arbeitsplatzkonflikte).

Insgesamt wird eine gute Bewertung der Zuweisungspraxis vorgenommen. 86 % stimmen der Aussage zu, die Zuweisung erfolge strukturiert und systematisch. Ebenso viele meinen zudem, dass alle Patienten mit Beratungsbedarf eine Zuweisung zum Sozialdienst erhalten. Allerdings erfolgt der Zeitpunkt der Zuweisung z. T. zu spät; bei fast 65 % der Sozialdienste kommen Rehabilitanden immer wieder zu spät in die Beratung.

In 68% der Fälle ist der Sozialdienst regelhaft an den Teamkonferenzen beteiligt. Noch relativ häufig sehen sich die Sozialarbeiter*innen an der Diagnostik beteiligt (immer: 21 %, häufig: 33 %). Weniger Beteiligung erleben sie jedoch sowohl bei der Planung der Therapie in der Rehabilitation als auch bei der konkreten Erarbeitung und Formulierung von Rehabilitationszielen (immer/häufig: 35 % bzw. 33 %).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bedeutung der Arbeit der Sozialdienste in Rehabilitationseinrichtungen aus der Sicht der Betroffenen selbst als positiv eingeschätzt wird. Aspekte der Sozialarbeit werden in der Diagnostik und auch bei der Reha-Zielvereinbarung teilweise berücksichtigt. Entwicklungspotenziale zeigen sich hinsichtlich des Zuweisungsmanagements. In fast allen Reha-Einrichtungen ist der ärztliche Dienst die primäre Zuweisungsquelle zur Sozialarbeit. Der Sozialdienst selbst ist nur in gut der Hälfte der Einrichtungen in die Auswahl eingebunden.

Auffällig ist, dass nicht einmal in der Hälfte der Einrichtungen ein standardisiertes Screening bzw. schriftliche Zuweisungskriterien existieren, um eine gleichbleibend hohe und personenunabhängige Qualität der Zuweisung zu gewährleisten. Damit einher geht die Wahrnehmung, dass Rehabilitanden immer wieder zu spät in die Sozialberatung kommen, so dass relevante Aktivitäten nicht mehr durchgeführt werden können. Ein Kriterienkatalog sowie ein strukturierter Prozess der Bedarfsfeststellung würden die Qualität der Zuweisungspraxis erhöhen.

Interessenkonflikte: Der Autor M. Streibelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund. Der Co-Autor N. Goedecker-Geenen ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 4. Auflage (11/2015). Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Fugl-Meyer, K.S. (2016): A medical social work perspective on rehabilitation. J Rehabil Med; 48: 758-763.

Howard, M.O., Himle, J., Jenson, J.M., Vaughn, M.G. (2009): Revisioning social work clinical education: recent developments in relation to evidence-based practice. J Evid Based Soc Work;6(3): 256-73.

Schwarz, B., Neuderth, S., Gutenbrunner, C., Bethge, M. (2015): Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders. J Rehabil Med;47(1): 58-65.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1996): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung: Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung; (10-11): 633-665.

Zusammenhänge zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und ausgewählten QS-Daten: Relevanz für die Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagementsystems (QMS)

Kaiser, U. (1), Nübling, R. (1), Kaluscha, R. (2), Krischak, G. (2), Kriz, D. (1), Martin, H. (3), Müller, G. (4), Renzland, J. (5), Reuss-Borst, M.(6), Schmidt, J. (1), Toepler, E. (7)

(1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,
(2) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, Bad Buchau,
(3) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, (4) Schlossklinik Bad Buchau,
(5) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (6) Facharztpraxis / Reha- und Präventionszentrum Bad Bocklet, (7) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Zielstellung

Durch die Nutzung von Qualitätsindikatoren für die Zuweisungssteuerung ge-winnt das interne QM eine zentrale Bedeutung für die Zukunftssicherung der Einrichtungen. Zusätzlich untermauert wird dies durch den strukturierten Qualitätsdialog (DRV Bund 2017), der durch eine stärkere Fokussierung auf diese Qualitätsindikatoren Revisionscharakter und zugleich Anreizfunktion für die Rehabilitationseinrichtungen hat. Vor diesem Hintergrund stellt sich für die Einrichtungen die Frage, wie geeignete interne Qualitätskennzahlen genutzt werden können, um Verbesserungsprozesse so frühzeitig zu initiieren, dass die externen Qualitätskennzahlen positiv ausfallen.

Methoden

Datenbasis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ der DRV Baden-Württemberg und des Qualitätsverbunds Gesundheit (Nübling et al. 2015) mit einer Stichprobe von N=21 Kliniken und N=4.161 Rehabilitanden. Hauptziel der Studie ist die Überprüfung der Effektivität stationärer Heilbehandlungen auf der Grundlage von drei Datenbereichen (Patient Reported Outcomes PROs, RSD, Qualitätskennzahlen) sowie die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen. In diesem Beitrag wird auf die Auswertung der QM-relevanten Zusammenhänge zwischen den PROs und ausgewählten Qualitätskennzahlen eingegangen. Aufgrund der Gewichtung im Rahmen des Qualitätsdialogs liegt der Fokus auf der Rehabilitandenzufriedenheit und dem Reha-Erfolg.

Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die Zusammenhänge zwischen der externen Rehabilitandenbefragung mit Ergebnissen der internen Rehabilitandenbefragung auf der Basis von 20 Kliniken dargestellt.

Tab. 1: Zusammenhang interne Kennzahlen mit QS-Programm DRV, Rangkorrelationen nach Spearman

Merkmal	n	ERB Rehabilitanden-zufriedenheit	ERB Reha-Erfolg
		Jeweils in Qualitätspunkten (externe QS)	
IRB-Rehabilitandenzufriedenheit gesamt	20	**,65****	**,50***
IRB–Zufriedenheit ärztliche Betreuung	20	**,65****	**,39**
IRB-Zufriedenheit psychologische Betreuung	20	**,49***	,20
IRB-Zufriedenheit pflegerische Betreuung	20	**,68****	**,42**
IRB-subjektiver Behandlungserfolg	12	-,01	-,12
IRB-Bewertung Physiotherapie	20	,28	**,50***
IRB-Bewertung Sport-/Bewegungstherapie	20	**,32**	,29
IRB-Bewertung Physikalische Anwendungen	20	**,37**	**,31**
IRB-Bewertung Vorträge-Seminare	20	**,34**	,22
IRB-Bewertung Entspannungstherapie	20	**,38**	**,46***
IRB-Erwerbstätigkeit subjektiv gefährdet	12	**-,53**	**-,34**
IRB-Antrag EMR geplant	12	**-,72****	**-,71***
IRB-Antrag EMR vor Reha gestellt	20	,05	,14

Anm.: * p < .05; ** p < .01, Hervorgehoben (Fettdruck) alle r ≥ .30; EMR=Erwerbsminderungsrente; IRB=interne Rehabilitandenbefragung; ERB=externe Rehabilitandenbefragung; n=Anzahl der Kliniken

In einer weiteren Analyse konnten statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Abweichung der Kliniken von den Referenzgruppen mit anderen Qualitätskennzahlen nachgewiesen werden (Tabelle 2).

Tab. 2: Korrespondenz Abweichungen der Kliniken / Referenzgruppe im externen QS-Programm mit weiteren Qualitätskennzahlen; Rangkorrelationen nach Spearman, n=20 Kliniken

Höhere Rehabilitandenzufriedenheit	Höherer Reha-Erfolg
• besseres Ergebnis Peer-Review (r=.51) • weniger Patientenbeschwerden (r=-.44) • geringere Mitarbeiterdichte Physio-/Sporttherapie (r=-.43) • höhere ZUF-8-Mittelwerte Katamnese (r=.63) • höhere GB-10-Effektstärke (r=.53) • positiverer Reha-Nutzen (r=.57) • stärkere MBOR-Ausrichtung der Klinik (r=.65) • positivere prä-post-Beitragsdifferenz (r=.46).	• schlechtere KTL-Leistungsdauer (r=-.46) • bessere KTL-Leistungsverteilung (r=.43) • höhere Personaldichte Sozialarbeit/Sozialpädagogik (r=.44) • höhere Patientenzufriedenheit Katamnese (r=.45) • höhere GB10-Effektstärke (r=.55) • positiverer Reha-Nutzen (r=.55) • stärkere MBOR-Ausrichtung der Klinik (r=.58)

Fazit

Die Ergebnisse belegen für die ausgewählten Parameter deutliche Zusammenhänge zwischen internen und externen QM-Merkmalen. Kliniken, die kontinuierlich relevante Qualitätskennzahlen monitoren, haben damit eine wichtige Grundlage für die Erarbeitung und Initiierung von Qualitätsverbesserungen. Hierdurch können gleichzeitig die steuerungsrelevanten Qualitätskennzahlen im Rahmen der externen QS-Erhebungen frühzeitig positiv beeinflusst werden. Dabei stellen die Mitarbeiter- und Teamorientierung zentrale Faktoren für die Qualität der Ge-sundheitsversorgung dar (Meyer et al. 2014). Vor diesem Hintergrund sollten Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen in die internen Qualitätskennzahlen integriert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Interessenkonflikte: Die Co-Autorin H. Martin ist Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2017). Strukturierter Qualitätsdialog. Berlin: DRV Bund.

Meyer, T., Brandes, I., Stamer, M., Zeisberger, M., Kleineke, V. (2014). MeeR. Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung: im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Abschlussbericht. Hannover: Universität Hannover.

Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J. Krischak, G., Kriz, D., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Wichmann, B., Kaiser, U. & Toepler, E. (2015a). Analyse des Behandlungserfolgs in der Medi-zinischen Rehabilitation - Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement. „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg. Abschlussbericht. Karlsruhe: GfQG.

Sozialmedizinische Empfehlung und beruflicher Status bei Patienten mit Multipler Sklerose aus einer neurologischen Rehabilitationsklinik

Schnell, R. (1), Nielsen, J. (1), Saliger, J. (1), Karbe, H. (1), Arling, V. (2)

(1) Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e.V., Bonn,

(2) Institut für Psychologie, RWTH Aachen,

Zielstellung

Multiple Sklerose (MS) geht mit einer Vielzahl von Symptomen einher, die den privaten und beruflichen Alltag beeinträchtigen können. Flachenecker und Kollegen (2005) zeigten in den ersten Ergebnissen der Pilotphase des MS-Registerprojekts (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft), dass der MS sowohl aufgrund der hohen Prävalenz, als auch aufgrund der sozialmedizinischen Folgen (frühe Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit), eine hohe Bedeutung zukommt. Folglich ist es von großem Interesse, Faktoren, die eine Erwerbs- oder Arbeitsfähigkeit vorhersagen können, zu identifizieren. Das neurologische Rehabilitationszentrum Godeshöhe e.V. (Godeshöhe) spricht für jeden MS-Patienten eine sozialmedizinische Empfehlung

(erwerbsunfähig (EU), arbeitsunfähig (AU), arbeitsfähig (AF)) aus, die in dieser Studie hinsichtlich ihrer prognostischen Validität überprüft wurden. Die Unterschiede zwischen eben diesen Gruppen des tatsächlichen Erwerbsstatus' waren bezüglich unten genannter Faktoren von Interesse.

Methoden

Für die Fragebogenstudie konnten Daten von 86 ehemaligen MS-Patienten der Godeshöhe aus der Zeit ihres Rehabilitationsaufenthalts (T1) gewonnen werden. Im Frühjahr 2016 erreichte der Fragebogen diese 86 Patienten ein halbes Jahr bis zu vier Jahren nach ihrem Rehaaufenthalt (T2, Rücklaufquote 31,2 %). Durchschnittlich waren die Patienten zu T1 MW = 50.44 Jahre alt (SD = 8.25 Jahre). Etwa dreiviertel der Patienten waren weiblich und die durchschnittliche Erkrankungsdauer lag bei MW = 10.49 Jahren (SD = 8.85 Jahre). Die Expanded Disability Status Scale (EDSS) zeigte folgende Ausprägung: MW = 3.44, MD = 3.5, SW = 1.54, Range 1.0 bis 7.5.

Bei Entlassung aus der Godeshöhe (T1) teilten sich die Teilnehmer in folgende Gruppen auf: N = 26 EU, N = 28 AU und N = 32 AF. Zum Zeitpunkt T2 ergab sich folgende Aufteilung des Erwerbsstatus: N = 33 Patienten EU, N = 17 Patienten AU und N = 25 Patienten AF (N = 11 unvollständige Angaben).

Als unabhängige Variablen fungierten Demographie, Charakteristika der MS (Verlaufsform), kognitive Fähigkeiten (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP), revidierte Wechsler Gedächtnisskala (WMS-R), Fünf-Punkte-Test, Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT), Trail-Making-Test (TMT), 9-HP-Test, Berliner Amnesietest (BAT) sowie Aspekte der Person und des Alltagsmanagements (Allgemeine Depressions-Skala, ADS (α = .93), Fatigue Skala für Motorik und Kognition, FSMC (α = .96), Skalen der sozialen Unterstützung (α = .95) und Selbstwirksamkeit (α = .90) aus dem Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, FERUS).

Ergebnisse

Erwartete Gruppenunterschiede wurden anhand von Tests für mehrstufige unabhängige Stichproben untersucht (ANOVA, Kruskal-Wallis-Test, Chi²-Test). Die Gruppen des Erwerbsstatus unterschieden sich hinsichtlich ihrer Fatigueausprägung ($F(2,53) = 8.76$, $p < .001$, N = 56), depressiver Symptome ($F(2,53) = 3.28$, $p = .023$, N = 56), der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit ($F(2,53) = 4.58$, $p = .008$, N = 56) und kognitiver Fähigkeiten (v.a. Aufmerksamkeit (Alertness der TAP), kognitive Flexibilität (Flexibilität der TAP, Fünf-Punkte-Test) und Gedächtnis (BAT Untertest 6, VLMT)) sowie dem Alter der Erkrankten ($F(2) = 2.81$, $p = .034$, N = 69, $\eta^2 = .08$). Gemäß diesen Ergebnissen waren EU Patienten weniger depressiv als AU Patienten. Außerdem litten EU Patienten an einer schwerer ausgeprägten Fatigue-Symptomatik im Vergleich zu AF und AU Patienten. Insbesondere die gezeigten Leistungen in den genannten kognitiven Fähigkeiten fielen bei AF Patienten im Vergleich zu AU und EU Patienten besser aus.

Fazit

Die Gruppen der sozialmedizinischen Einschätzung unterscheiden sich hinsichtlich der für den tatsächlichen Status relevanten Faktoren Depression, Fatigue und kognitive Fähigkeiten,

jedoch nicht hinsichtlich der ebenso relevanten Faktoren Alter und wahrgenommene Selbstwirksamkeit. Erkrankungsdauer und soziale Unterstützung wurden einbezogen, hatten jedoch keine Bedeutsamkeit für die tatsächliche berufliche Situation. Eine Prognose der beruflichen Situation war auch bei Veränderung in Depression und Fatigue über die Zeit möglich (nicht bei motorischer Fatigue). Trotz begrenzter Stichprobengröße bzw. Rücklaufquote war die Durchführung interferenzstatistischer Verfahren möglich, die Aussagekraft aufgrund der Vielzahl verschiedener Gruppen jedoch eingeschränkt. Da der Rehabilitationsaufenthalt in Kostenträgerschaft der DRV erfolgte, waren tendenziell nur Patienten mit positiver beruflicher Prognose eingeschlossen. Entsprechend war die Ausprägungsbreite auf den verschiedenen Faktoren ggf. eingeschränkt, wodurch einzelne Gruppenunterschiede eventuell nicht signifikant wurden. Vorteile der Studie waren die Verwendung überwiegend gut validierter Mess- und Testinstrumente sowie das breite Spektrum erfasster und untersuchter Daten auf Basis derer eine qualifizierte Aussage im Rahmen der zu beantwortenden Fragestellung getroffen werden konnte.

Zusammenfassend sollten zur Verbesserung der Prognosegüte in sozialmedizinischen Einschätzungen bei MS-Patienten die Ausprägung einer depressiven und Fatiguesymptomatik, die kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnis, Aufmerksamkeit und kognitive Flexibilität) sowie zusätzlich die vom Patienten wahrgenommene Selbstwirksamkeit und das Alter berücksichtigt werden.

Literatur

Kesselring, J. (1993). Multiple sklerose (Band 1). Stuttgart, Deutschland: Kohlhammer.

Flachenecker, P., Zettl, U. K., Götze, U., Haas, J., Schimrigk, S., Elias, W., Pette, M., Eulitz, M., Hennig, M., Bertram, J., Hollweck, R., Neiss, A., Daumer, M., Pitschnau-Michel, D. & Rieckmann, P. (2005). MS-Register in Deutschland - Design und erste Ergebnisse der Pilotphase. Der Nervenarzt, 76(8), 967-75.

Mitarbeiterqualifizierung für die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team: Status quo und Maßnahmen

Bollmann, K. (1), Hesse, B. (1), Körner, M. (2), Schaidhammer-Placke, M. (1), Dibbelt, S. (1), Greitemann, B. (1, 3)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Bad Rothenfelde,
(2) Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster,
(3) Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Zielstellung

Im Rahmen des Projekts SoLeB (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation) wird eine webbasierte, indikationsübergreifende Handlungshilfe für die Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erarbeitet. Für diese Handlungshilfe sollen auch Merkmale, Ziele und Möglichkeiten einer optimalen und effizienten Qualifizierung der Mitarbeiter in Bezug auf die Leistungsbeurteilung herausgearbeitet werden.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist zentrales Element des Reha-Entlassungsberichtes und hat großen Einfluss auf Entscheidungen über die weitere erwerbsbezogene Zukunft des Rehabilitanden.

Die abschließende Verantwortung für die Leistungsbeurteilung liegt zwar nach wie vor auf Seiten des Arztes, es kann und sollte jedoch das gesamte Reha-Team in die Erstellung des Leistungsbildes mit einbezogen werden, was auch von der DRV gefordert wird (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Dies ermöglicht durch unterschiedliche Perspektiven und zahlreiche alltagsnahe Beobachtungsmöglichkeiten in der Reha-Einrichtung eine validere Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden. Eine umfassende fachliche Qualifizierung der Team-Mitarbeiter ist dabei ein entscheidender Faktor der Qualitätssicherung, der dazu beiträgt, dass Leistungsbeurteilungen nachvollziehbar und auf einem fachlich gleichbleibend hohen Niveau abgefasst werden und von der Person des Beurteilenden weitestmöglich unabhängig sind.

Methoden

Sowohl die aktuelle Praxis der Mitarbeiterqualifizierung in den Reha-Einrichtungen als auch Unterstützungswünsche und Optimierungsbedarf der Mitarbeiter wurden mit leitfadengestützten strukturierten Interviews und Fragebögen erfasst. Insgesamt wurden 644 Reha-Einrichtungen angeschrieben, davon beantworteten 93 Reha-Einrichtungen den Fragebogen (14,4 %). Mit insgesamt 34 Mitarbeitern aus 7 Reha-Einrichtungen wurden Interviews geführt (sechs Chefärzte, sechs Oberärzte, vier Stationsärzte, sieben Psychologen, fünf Mitarbeiter des Sozialdienstes, drei Physiotherapeuten, ein Sporttherapeut und zwei Ergotherapeuten). Die Daten aus den Fragebögen wurden deskriptiv ausgewertet, die Interviews entsprechend dem Leitfadenkatalog zusammengefasst und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet.

Gleichzeitig wurden 18 Interviews mit Nutzern der Reha-Entlassungsberichte geführt (drei Mitarbeiter des beratungsärztlichen Dienstes der DRV Bund, drei Mitarbeiter des beratungsärztlichen Dienstes der DRV Westfalen, zwei ärztliche Mitarbeiter des medizinischen Dienstes der Krankenkasse, ein Arzt des Medizinischen Dienstes der Agentur für Arbeit, zwei Sozialrichter, zwei Referenten der Reha-Abteilung der DRV Westfalen, zwei Referenten der Leistungsabteilung der DRV Westfalen, ein interner ärztlicher Gutachter der DRV Westfalen und zwei externe Gutachter). Relevante Aussagen zu Qualitätsaspekten der Leistungsbeurteilung mit Bezug zum Thema Mitarbeiterqualifizierung wurden in die Auswertung einbezogen.

Ergebnisse

In 76 % der Reha-Einrichtungen (n = 89) finden regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter statt. Dies geschieht am häufigsten in Form persönlicher Unterweisungen (75 %) und mittels Fortbildungsangeboten der DRV (74 %, jeweils n = 87). In 88 % der Reha-Einrichtungen ist den an der Leistungsbeurteilung beteiligten Mitarbeitern der Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht der DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014) bekannt. In 100 % der Reha-Einrichtungen werden Ärzte, in 79 % der Sozialdienst und in 67 % Psychologen/ Psychotherapeuten sozialmedizinisch geschult. Die anderen Berufsgruppen werden deutlich seltener geschult (Physio- und Ergotherapeuten in 34 % sowie Pflegepersonal in 14 % der Einrichtungen, jeweils n = 90).

Auch aus den Interviews ging hervor, dass die Anleitung durch erfahrene Kollegen einen bedeutenden Faktor bei der Einarbeitung in sozialmedizinische Themen darstellt, neben Selbststudium, internen Schulungen und formalen Fortbildungen. Ein geringer Anteil an Mitarbeitern gab an, keinerlei Einführung bekommen zu haben. Die Befragten wünschen sich zur Verbesserung der Qualifizierung ein größeres Angebot an systematischen Fortbildungen, bei denen die Bearbeitung konkreter Fallbeispiele im Vordergrund steht, sowie gute Broschüren zum Thema in ausreichender Anzahl.

Die Nutzer betonten die Wichtigkeit der fachgerechten Anwendung der sozialmedizinischen Terminologie im Bereich der Leistungsbeurteilung, den zielgerichteten Bezug zum aktuellen Arbeitsplatz und eine realistische Prognosebewertung und wiesen auf Mängel in diesen Bereichen hin.

Fazit

Die Fragebogenauswertung zeigt, dass sich die Reha-Einrichtungen intensiv mit dem Thema Mitarbeiterfortbildung auseinandersetzen. Im Sinne der Anwendbarkeit und Realitätsnähe leisten sowohl die Hospitation bei erfahrenen Kollegen als auch Fall- und Teambesprechungen einen wichtigen Beitrag zur Mitarbeiterqualifizierung in der Praxis. Es zeigt sich jedoch eine große Heterogenität der Einarbeitungspraktiken. Auch im Hinblick auf die Anforderungen der Nutzer sind zusätzlich gut strukturierte und standardisierte Qualifizierungsmaßnahmen für alle Mitglieder des Reha-Teams notwendig, damit alle eine „gemeinsame Sprache“ sprechen und denselben Kenntnisstand aufweisen (Worringen, Hoppe, Derra, Kalwa, & Brüggemann, 2016). Dies entspricht überdies dem Bedürfnis der Mitarbeiter. Nur so können professionelle Qualität, Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit von Leistungsbeurteilungen auch einrichtungsübergreifend sichergestellt werden. Die zurzeit erstellte Handlungshilfe wird das Thema Mitarbeiterqualifizierung entsprechend aufarbeiten, beim Reha-Kolloquium soll eine erste Version der Webseite vorgestellt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Interessenkonflikte: Der Co-Autor M. Körner ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014). Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Worringen, U., Hoppe, A., Derra, C., Kalwa, M., & Brüggemann, S. (2016). Nutzen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Rehabilitationspraxis. Rehabilitation, 55(04), 238-247.

Qualitätssicherung von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten: Ergebnisse aus einem bundesweiten Verfahren zur Erwerbsfähigkeit und Störungsbildern

Gehrke, J.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Medizinische Gutachten bilden im Antrags- und Leistungsfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung die fachliche Grundlage zur Feststellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Gutachten werden immer dann in Auftrag gegeben, wenn die vorhandenen medizinischen Fakten nicht für eine sachgerechte Verwaltungsentscheidung im Rentenverfahren ausreichend sind. Um diese Funktion zu erfüllen, muss das im Gutachten aufgezeigte Leistungsvermögen des Antragstellers nachvollziehbar dargelegt sein.

Im Peer Review-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung zur Qualitätssicherung von Gutachten ist diese Nachvollziehbarkeit über eine Argumentationskette definiert. Die einzelnen Module der Argumentationskette sind als sinnvolle Verknüpfung der einzelnen Begutachtungsschritte zu sehen, indem beispielsweise ein Brückenschlag von der Anamnese und Befunden zur Epikrise und im Weiteren von der Epikrise zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit erfolgt. Zur Argumentationsführung gehört zudem eine nachvollziehbare Darstellung der funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen.

Von den Ärztinnen und Ärzten, die als Peers im Verfahren die Gutachten prüfen, wurden in der Vergangenheit immer wieder Gutachten mit einer nicht-nachvollziehbaren Argumentationskette identifiziert. In der vorliegenden Studie wurde daher untersucht, welche Faktoren auf die Argumentationskette einwirken. Der Fokus liegt dabei auf den ICD-Diagnosen, die in den Gutachten dokumentiert sind und mit ihren Funktionseinschränkungen maßgeblich zur Herleitung der Leistungsfähigkeit herangezogen werden.

Methoden

Für die Untersuchung wurden insgesamt 2.240 Gutachten aus dem Jahr 2015 von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten der Rentenversicherung im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens geprüft. Die Auswahl der Gutachten erfolgte über ein Zufallsverfahren, in das sämtliche Gutachten aller Rentenversicherungsträger eingingen. Die Prüfung der Gutachten wurde im Jahr 2016 abgeschlossen. Nachfolgend wurden alle Gutachten durchgesehen und die darin dokumentierten ICD-Diagnosen sowie die festgestellte Leistungsfähigkeit kodiert.

Ergebnisse

Die Gutachten wurden nach ICD-Diagnosen stratifiziert und hinsichtlich Leistungsfähigkeit ausgewertet. In den Gutachten werden jeweils bis zu drei Diagnosen aufgeführt, die nach Schweregrad und Bedeutung für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit an erster, zweiter oder dritter Stelle gesetzt werden (Rangfolge). Rund ein Drittel der Erstdiagnosen im Gutachten entfielen jeweils auf psychiatrische Krankheitsbilder (36 %) und muskuloskeletale Erkrankungen (30 %). Bei den psychiatrischen Diagnosen hatte die rezidivierende depressive Störung (F33) die höchste Prävalenz. Demgegenüber wurden Rückenschmerzen (M54) am häufigsten als Erstdiagnose bei den muskuloskeletale Erkrankungen genannt. Liegt eine

psychiatrische Erstdiagnose vor, so ist auch in der Hälfte der Fälle die zweite Diagnose aus dem psychiatrischen Krankheitsspektrum. Die Nachvollziehbarkeit der Gutachten fiel hierbei unterschiedlich in Abhängigkeit von der festgestellten Leistungsfähigkeit des Antragstellers und den ICD-Diagnosen aus. Die Ergebnisse werden in Beziehung gesetzt zu Routinedaten des Antragsgeschehens der Rentenversicherung im Bereich Erwerbsminderung. Hierbei zeigen sich Unterschiede zwischen den Krankheitsspektren, für die eine Begutachtung mit persönlicher Untersuchung und Befragung veranlasst wurden, und den Routinedaten der Rentenversicherung.

Fazit

Die Untersuchung erlaubt einen umfassenden Blick auf das Begutachtungsgeschehen und die Qualität von Gutachten, die innerhalb der Rentenversicherung bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten erstellt werden. So zeigt sich, dass die Begutachtung vornehmlich bei psychiatrischen Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems erfolgt. Die Daten differieren hierbei von den prozessgenerierten (Routine)Daten der Rentenversicherung. Einschränkungen in der Qualität der Gutachten (Nachvollziehbarkeit) zeigen sich vor allem bei Gutachten mit der Leistungsbeurteilung „unter 3 Stunden“. Zusammenfassend liefern die Ergebnisse konkrete Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Gutachtenqualität und bieten eine Möglichkeit, epidemiologische Fragestellung mit Analysen des Antragsgeschehens zu ergänzen.

Interessenkonflikte: Der Autor J. Gehrke ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

Legner, R. & Cibis, W. (2007). Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. Rehabilitation, 46, 57-61.

Ueberschär, I. (2008). Qualitätssicherung bei der sozialmedizinischen Sachaufklärung in der Deutschen Rentenversicherung. Gesundheitswesen, 70, 690-695.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg.): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften Band 21. Bad Homburg: WDV Wirtschaftsdienst, 2000.

Prognose der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung – Wunschdenken oder Realität?

Simmel, S.
BGU Murnau

Zielstellung

Seit 2010 existiert der Leitfaden Rehamanagement der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV 2010). Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeitsprognose von mehr als 112 Tagen werden von einem Rehamanager betreut, der im Idealfall innerhalb von 4 Wochen nach dem Unfall persönlich Kontakt mit dem Versicherten aufnimmt. Im Rahmen von Rehamanagement-Gesprächen werden zwischen dem Rehamanager der Unfallversicherung, dem behandelnden Arzt und dem Versicherten Rehapläne aufgestellt und in regelmäßigen Abständen überprüft. Ein häufig gewählter Zeitpunkt für die Rehaplanung ist die Entlassung aus der stationären Rehabilitation. Zu diesem Zeitpunkt werden weitere medizinische und therapeutische Behandlungen, mögliche Kontrolltermine und letztendlich der Zeitpunkt der Arbeitsfähigkeit (AF) besprochen. Inwieweit diese Prognose eintrifft, wurde durch eine Datenabfrage bei einem Unfallversicherungsträger hinsichtlich des weiteren Verlaufs evaluiert.

Methoden

Die Verlaufsdaten aller Patienten einer einzelnen Berufsgenossenschaft, die in der Abteilung für BG-Rehabilitation der BGU Murnau in 2014 behandelt wurden, wurden bis Mitte 2015 abgefragt. Unter anderem wurden die Zeitpunkte Beginn und Ende einer erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP), Beginn und Ende einer Arbeitsbelastungserprobung (ABE) und der Zeitpunkt der Arbeitsfähigkeit erhoben. Diese Daten wurden mit der Prognose aus dem Rehaplan bzw. dem Entlassungsbericht verglichen. Eine „gute“ Prognose wurde angenommen, wenn der Patient innerhalb +/- einer Woche um den prognostizierten Termin tatsächlich wieder arbeitsfähig wurde.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 87 Patienten in 2014 behandelt. Diese wurden im Schnitt 222 Tage nach dem Unfalltag (UT) aufgenommen und blieben durchschnittlich 25,6 Tage in unserer stationären Rehabilitation. Für 47 Patienten lagen ausreichend Daten vor, so dass die AF-Prognose und die tatsächliche AF verglichen werden konnten. Die Differenz zwischen tatsächlicher AF und AF-Prognose im Entlassungsbrief/Rehaplan lag bei 20 Tagen. Bei 29 dieser 47 Patienten (61,7 %) konnte dennoch eine „gute“ Prognose gestellt werden. Bei drei der 47 Patienten (6,4 %) trat die AF mehr als eine Woche früher als prognostiziert ein, 15 Patienten (31,9 %) wurden mehr als eine Woche später arbeitsfähig.

Fazit

Die Kenntnis des langfristigen Ergebnisses der stationären Rehabilitation und eine Überprüfung der eigenen Prognose sind wichtig, um die durchgeführte Behandlung reflektieren und einschätzen zu können. Sie ist Voraussetzung für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prognose bei ca. zwei Dritteln der Patienten einer Berufsgenossenschaft zutreffend war bzw. die tatsächliche AF früher als erwartet eintrat. Bei ca. einem Drittel der Rehabilitanden war die Prognose unzureichend. Die Gründe hierfür wurden mit dem Kostenträger im Rahmen einer Nachbesprechung erörtert. Häufig lag der Grund für die Verzögerung in einem verspäteten Beginn der nachfolgenden ambulanten Behandlung. Ein regelmäßiger Abgleich der Daten wird jedoch durch fehlende IT-Strukturen behindert. Die Datenerhebung wird dadurch sehr aufwändig und fordert aktuell noch erhebliche Ressourcen, die in einer stationären Rehabilitationseinrichtung nicht regelmäßig zur Verfügung gestellt werden können.

In regelmäßigen Fallkonferenzen sollten Patienten besprochen werden, deren AF-Prognose weit von der tatsächlichen AF abweicht, um die Gründe für die Verzögerung gemeinsam mit dem Kostenträger zu eruieren. Die Datenerhebung muss automatisiert und vereinfacht werden.

Literatur

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010): Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden. http://www.dguv.de/medien/inhalt/ rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf

Konzept und Ablauf des Peer-Review-Verfahrens der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Beurteilung von Durchgangsarztberichten

Szczotkowski, D. (1), Neik, C. (1), Wittwer, M. (2), Polak, U. (2), Kohlmann, T. (1)

(1) Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald,
(2) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Zielstellung

Das Peer-Review-Verfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wurde im April 2017 zum Zweck der Qualitätssicherung im Sinne von § 20 SGB IX initiiert. Gegenstand der Beurteilung sind Durchgangsarztberichte (D-Berichte), die im Heilverfahren der DGUV eine wesentliche Steuerungsfunktion innehaben. Mit den D-Berichten entscheiden die D-Ärzte über die Heilverfahren zulasten eines Unfallversicherungsträgers und über die wieteren heilverfahrensspezifischen Maßnahmen.

Methoden

Eingeschlossen werden D-Berichte aus Besonderer Heilbehandlung von bundesweit 962 D-Arzt-Praxen mit einem hohen Fallaufkommen sowie von 109 am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der DGUV beteiligten Kliniken. Alle D-Berichte liegen in elektronischer Form

vor und werden, aufgeteilt in vier Quartalslieferungen aus dem Jahr 2017, nach Anonymisierung personenidentifizierender Angaben von der DGUV bereitgestellt. Aus dieser Gesamtmenge wird für jede D-Arzt-Praxis bzw. SAV-Klinik durch das Institut für Community Medicine eine Zufallsstichprobe von 30 D-Berichten gezogen. Die zu beurteilenden D-Berichte werden wöchentlich in bestimmten Chargen in eine Webanwendung eingestellt und dort zufällig auf die Peers verteilt.

Die Qualität der D-Berichte wird mithilfe einer in die Webanwendung integrierten Online-Checkliste beurteilt. Diese folgt standardisierten, qualitätsrelevanten Prüfkriterien und wurde in einem vorangegangenen Forschungsprojekt entwickelt und validiert (Szczotkowski et al., 2017). Zentrale Prüfkriterien sind die Vollständigkeit und Plausibilität der Angaben im D-Bericht.

Als Peers konnten 90 D-Ärzte aus den sechs verschiedenen Landesverbänden der DGUV gewonnen werden. Die Peers wurden durch Trainingsfälle und ein Manual zur Erläuterung der Prüfkriterien geschult.

Die Kommunikation seitens der Projektdurchführenden mit den Peers erfolgt in der Regel elektronisch über Serien-Emails.

Ergebnisse

Zur Halbzeit des Verfahrens nach sechs Monaten hatten 82 Peers insgesamt 15.194 D-Berichte (pro Peer 185±105) beurteilt. Durch die hohe Beteiligung der Peers verläuft die Fallzahlentwicklung planmäßig, sodass bei Beibehaltung dieser hohen Peer-Aktivität mit einem Ende der Erhebungsphase im März 2018 und über 30.000 vorliegenden Beurteilungen zu rechnen ist.

Bisher wurden von den Peers pro D-Bericht im Mittel 1,6±1,6 von insgesamt neun möglichen Mängeln beanstandet. Zur allgemeinen Einschätzung der Berichtsqualität wurde eine durchschnittliche Schulnote von 2,7±1,4 für die durchgesehenen D-Berichte vergeben. Neben diesen quantitativen Angaben wurden von den Peers in Freitextfeldern auch spezielle Angaben zu inhaltlichen Aspekten gemacht.

Nach den bisherigen Erkenntnissen aus der Kommunikation mit den Peers erfährt das Verfahren bezüglich Organisation, wöchentlichem Zeitaufwand sowie hinsichtlich der Anwenderfreundlichkeit des computergestützten Beurteilungssystems eine hohe Akzeptanz.

Fazit

Das Peer-Review-Verfahren ist eine Qualitätssicherungsmaßnahme innerhalb des d-ärztlichen Heilverfahrens der DGUV, welche eine systematische Evaluation der Berichtsqualität mit hohen Fallzahlen erlaubt. Eine Besonderheit besteht darin, dass auf der Grundlage von Routinedaten eine computergestützte, prospektive Datenerhebung erfolgt, die zum einen eine hohe Praktikabilität aufweist. Zum anderen lassen sich durch die Beurteilungen der Peers anschauliche qualitätsrelevante Kennzahlen zusammentragen, mit denen individuelle Qualitätsberichte für die D-Arzt-Praxen und SAV-Kliniken erstellt werden können, die vergleichende Analysen zur Sicherstellung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Berichtsqualität ermöglichen.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Literatur

Szczotkowski, D., Brodowski, H., Nolting, H., Haase, T., Gruner, A., Kübke, R., Kohlmann, T. (2017), Entwicklung und Erprobung einer Checkliste zur Beurteilung der Qualität von Durchgangsarztberichten. Trauma Berufskrankh 2017 · 19:41-46.

Soziale Teilhabe und Ungleichheitsmerkmale bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Eine Analyse vor Reha-Teilnahme (MERCED-Studie)

Lill, C. (1), Hüppe, A. (1), Langbrandtner, J. (1), Maier, W. (2), Raspe, H. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Helmholtz Zentrum München

Zielstellung

Studien belegen nicht nur einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status, Mortalität und Morbidität, auch räumliche Einflüsse sind erwiesen (Sundmacher 2016). Der von Maier et al. entwickelte „German Index of Multiple Deprivation“ (GIMD) versucht, regionale Deprivation nach dem Vorbild von in Großbritannien häufig eingesetzten Deprivationsindizes messbar zu machen. Er fand u.a. Verwendung in Studien zur Prävalenz des Typ 2 Diabetes (Maier et al. 2013 und 2014) und zu Mortalitätsraten (Jansen et al. 2013, Hofmeister et al. 2016). Die sieben Deprivationsdimensionen des GIMD (Einkommen, Beschäftigung, Bildung, kommunale Einnahmen, Sozialkapital, Umwelt und Sicherheit) ergeben nach Gewichtung und Zusammenfassung einen Gesamtindex, der auf Daten aus dem Jahr 2010 basiert und auf Kreis- und Gemeindeebene vorliegt. An einer Gruppe chronisch erkrankter Personen mit subjektivem Reha-Bedarf und Reha-Antragsintention sollen mögliche Zusammenhänge zwischen Ungleichheitsmerkmalen und dem Ausmaß sozialer Teilhabe im Kontext rehabilitativer Versorgung exploriert werden.

Methoden

Die Analyse greift auf Daten der Ausgangslagenmessung der MERCED-Studie zurück. Diese prüft Wirksamkeit und Nutzen einer dreiwöchigen stationären medizinischen Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Es nehmen erwerbstätige gesetzlich Krankenversicherte (Alter 18 - 63 Jahre) teil, die mindestens zwei Fälle einer CED-bedingten Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten aufweisen, sich selbst als Reha-bedürftig beschreiben und eine Reha-Antragsstellung erwägen. Zu Studienbeginn füllten sie einen mehrseitigen Fragebogen aus. Als Ungleichheitsmerkmale wurden Schulbildung und GIMD auf Gemeindeebene berücksichtigt. Ausgehend von den Postleitzahlen der Wohnorte der Studienteilnehmer wurden über amtliche Gemeindeschlüssel die zugehörigen Deprivationswerte und Deprivationsquintile ermittelt. Mit Hilfe von Korrelations- und Regressionsanalysen wurde der Zusammenhang von Schulbildung und GIMD mit Krankheitsmerkmalen und Krankheitsfolgen analysiert. Als Krankheitsmerkmale wurden Verlauf, Dauer und Aktivität der CED (GIBDI-Score) sowie der subjektive Gesundheitszustand (EQ-VAS), als Krankheitsfolgen Teilhabeeinschränkungen, gemessen mit dem IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe) und dem WPAI (Work Productivity and Activity Impairment; Absentismus, Präsentismus und Gesamtbeeinträchtigung) untersucht.

Ergebnisse

Die Wohnorte der Studienteilnehmer (N=530; mittleres Alter: 43 Jahre; 59,7 % Frauen; 30,9 % mit Abitur) verteilen sich wie folgt auf die Deprivationsquintile Q1-Q5: Q1 (geringste Deprivation) 11,1 %; Q2 17,2 %; Q3 23,2 %; Q4 31,3 % und Q5 (höchste Deprivation) 15,1 %. Schulbildung zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit dem aktuellen Gesundheitszustand (rho=0.089, p=0.040), der GIMD mit dem Krankheitsverlauf (rho=-0.093, p=0.035). Weder Schulbildung noch GIMD korrelieren in überzufälliger Weise mit der sozialen Teilhabeeinschränkung (IMET-Gesamtscore). Anders als der GIMD zeigt die Schulbildung einen überzufälligen Zusammenhang mit der Arbeitsbeeinträchtigung: der Absentismus wächst mit steigender Schulbildung (rho=0.090, p=0.051), der Präsentismus (rho=-0.107, p=0.028) nimmt ebenso wie die Gesamtbeeinträchtigung (rho=-0.103, p=0.035) mit fallender Schulbildung zu. In den multiplen Regressionsanalysen (Methode Einschluss) zeigen weder Schulbildung noch GIMD einen signifikanten Zusammenhang mit den untersuchten Aspekten der sozialen Teilhabe. Nur die Krankheitsmerkmale subjektiver Gesundheitszustand, Krankheitsaktivität und Krankheitsverlauf leisten jeweils einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung des IMET-Gesamtscores (R^2=0,306) sowie des WPAI-Absentismus (R^2=0,129) und Präsentismus (R^2=0,330).

Fazit

Die regionale Deprivation (GIMD) als ein Indikator sozialer Ungleichheit lässt in der untersuchten Stichprobe keinen Zusammenhang mit den betrachteten Aspekten sozialer Teilhabe erkennen. Bei den Krankheitsmerkmalen findet sich nur eine signifikante Assoziation mit dem Krankheitsverlauf. Auch die Schulbildung zeigt nur bei einzelnen Parametern bivariate signifikante Zusammenhänge (Präsentismus, Gesundheitszustand). Bei multivariater Betrachtung erweist sich eine höhere Einschränkung der sozialen Teilhabe allein assoziiert mit zunehmender Krankheitsaktivität, mit schwererem Krankheitsverlauf sowie schlechterem allgemeinen Gesundheitszustand.

Im Unterschied zu anderen CED-Studienstichproben zeigt die Schulbildung damit einen schwächeren Zusammenhang, bei dem die insgesamt hohe Schulbildung der MERCED-Stichprobe (Anteil mit Hauptschulabschluss 12,8 %) eine Rolle spielen könnte. Der fehlende Zusammenhang mit regionaler Deprivation lässt sich, neben Größe und Struktur der Stichprobe, möglicherweise auch auf das räumliche Aggregationsniveau zurückführen. Zukünftig sollten daher nach Möglichkeit Analysen unterhalb der Gemeindeebene (z. B. Wohnviertel) durchgeführt werden.

Literatur

Hofmeister, C., Maier, W., Mielck. A., Stahl, L., Breckenkamp, J., Razum, O. (2016): Regionale Deprivation in Deutschland: Bundesweite Analyse des Zusammenhangs mit Mortalität unter Verwendung des ‚German Index of Multiple Deprivation (GIMD)'. Gesundheitswesen,78. 42-48.

Jansen, L., Eberle, A., Emrich, K., Gondos, A., Holleczek, B., Kajüter, H., Maier, W., Nennecke, A., Pritzkuleit, R., Brenner, H., GEKID Cancer Survival Working Group (2013): Socioeconomic deprivation and cancer survival in Germany: an ecological analysis in 200 districts in Germany. Int J Cancer, 134(12). 2951-2960.

Maier, W., Holle, R., Hunger, M., Peters, A., Meisinger, C., Greiser, K.H., Kluttig, A., Völzke, H., Schipf, S., Moebus, S., Bokhof, B., Berger, K., Mueller, G., Rathmann, W., Tamayo, T., Mielck, A. (2013); DIAB-CORE Consortium. The impact of regional deprivation and individual socio-economic status on the prevalence of Type 2 diabetes in Germany. A pooled analysis of five population-based studies. Diabet Med. 30(3). 78-86.

Maier, W., Scheidt-Nave, C., Holle, R., Kroll, L. E., Lampert, T., Du, Y., Heidemann, C., Mielck, A. (2014): Area Level Deprivation is an independent determinant of prevalent Type 2 Diabetes and obesity at the national level in Germany. Results from the national telephone health interview surveys „German Health Update“ GEDA 2009 and 2010. PLoS One, 9(2). 1-11.

Sundmacher, L. (2016): Regionale Variationen in der Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag. 197-209.

Eine webbasierte Intervention zur Förderung von Anträgen zur medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie

Spanier, K., Bethge, M.

Universität zu Lübeck

Zielstellung

Die Hälfte der Personen mit erwerbsminderungsbedingtem Rentenzugang hat im Vorfeld keine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen. Die Chance, einen erwerbsminderungsbedingten Ausstieg aus dem Erwerbsleben zu verhindern, blieb in diesen Fällen ungenutzt. Ein wesentlicher Grund scheint ein erhebliches Informationsdefizit zu sein: Ungefähr ein Drittel der Erwerbsminderungsrentner gibt an, nicht über die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation und ihrer Beantragung informiert gewesen zu sein (Märtin et al., 2015). Webbasierte Informationsangebote haben das Potential, diese Informationslücke kostengünstig und niedrigschwellig zu schließen (Spanier et al., 2015). Wir haben auf Basis des Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (Schwarzer et al., 2011) ein Webangebot entwickelt, um die Beantragung medizinischer Rehabilitation zu unterstützen (www.reha-jetzt.de, www.reha2015.de, www.reha2016.de). Das Webangebot umfasst vier Module, die über einen Bedarfscheck unter Nutzung des Work Ability Index (Modul 1), Stärkung positiver Ergebniserwartungen (Modul 2), Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung im Antragsprozess durch Bereitstellen strukturierter Informationen (Modul 3) und Stärkung der Handlungsplanung durch eine Schritt-für-Schritt Anleitung (Modul 4) die betroffenen Personen bei der Beantragung ihrer Rehabilitation begleiten. Die Wirksamkeit des Webangebots wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie geprüft.

Methoden

Eine Stichprobe von 16.000 Personen wurde zufällig aus den Versichertenkonten der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

und der Deutschen Rentenversicherung Nord ausgewählt. Eingeschlossen wurden 40- bis 59-jährige Personen, die im Jahr vor der Ersterhebung Krankengeld bezogen und mindestens sechs Monate versicherungspflichtig beschäftigt waren. Die Stichprobenziehung erfolgte stratifiziert nach Rentenversicherungsträger, Geschlecht und Krankengeldbezugsdauer. Nach der Erstbefragung wurden die Teilnehmer zufällig der Interventionsgruppe (IG) oder Kontrollgruppe (KG) zugewiesen. Die KG erhielt ein allgemeines Informationsschreiben zur medizinischen Rehabilitation. Die IG erhielt das Schreiben mit einem zusätzlichen Hinweis auf die webbasierte Intervention. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug 12 Monate. In diesem Zeitraum bestand die Möglichkeit das Angebot zu nutzen. Um die Nutzung der Website zu beschreiben, wurden die Anzahl der direkten Zugriffe und alle vollständig bearbeiteten Bedarfschecks erfasst.

Primäre Zielkriterien waren die Anteile beantragter und in Anspruch genommener medizinischer Rehabilitationen. Diese Daten wurden bei Zustimmung der Teilnehmenden aus den Versichertenkonten der Rentenversicherungsträger extrahiert. Sekundäre Zielkriterien wurden 12 Monate nach Versand der Interventionsunterlagen mittels Fragebögen erfasst (Ergebniserwartungen, Informiertheit über den Antragsprozess, Selbstwirksamkeitserwartungen, subjektive Arbeitsfähigkeit, Tage mit Beeinträchtigungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität). Generalisierte lineare Modelle und lineare Regressionen wurden genutzt, um die Wirksamkeit zu untersuchen.

Ergebnisse

Nach der Erstbefragung wurden 6.221 Teilnehmer zufällig der IG (n = 3.110) oder KG (n = 3.111) zugewiesen. Das Durchschnittsalter betrug 51,4 Jahre (SD = 5,3), 53 % waren Frauen. Die Stichproben der IG und KG waren hinsichtlich aller erhobenen Variablen bei der Ersterhebung balanciert. Nach dem Interventionszeitraum schickten 4.060 Personen (IG: n = 2.042; KG: n = 2.018) einen Fragebogen zurück. Davon gaben 3.324 Personen (IG: n = 1.669; KG: n = 1.655) ihr Einverständnis in die Nutzung administrativer Daten. Wir registrierten 12 direkte Zugriffe pro 100 Interventionsgruppenteilnehmer mit mindestens zehnminütiger Verweildauer und 22 direkte Zugriffe pro 100 Interventionsgruppenteilnehmer mit mindestens fünfminütiger Verweildauer. Der Bedarfscheck wurde von 1.310 Personen vollständig bearbeitet. Dies entspricht 42 bearbeiteten Tests pro 100 Interventionsgruppenteilnehmern. Im Interventionszeitraum wurden insgesamt 375 Anträge auf medizinische Rehabilitation (IG: 49,1 %; KG: 50,9 %) gestellt und 266 Maßnahmen in Anspruch genommen (IG: 51,9 %; KG: 48,1 %). Die Rate beantragter oder in Anspruch genommener Rehabilitation unterschied sich nicht (Beantragung: b = -0,01; 95 % KI: -0,03; 0,02; Inanspruchnahme: b = 0,01; 95 % KI: -0,01; 0,02). Auch bei den sekundären Zielkriterien wurden keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gefunden.

Fazit

Unsere Studie konnte keinen Effekt eines Anschreibens mit Hinweis auf ein webbasiertes Informationsangebot zeigen. Die Dokumentation des Zugriffs auf das Webangebot legt nahe, dass höchstens ein Fünftel der Interventionsgruppenteilnehmer die Website tatsächlich genutzt hat, um sich über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation zu informieren. Eine alleinige bessere potentielle Verfügbarkeit von Information ist in diesem Zusammenhang offenbar nicht handlungsrelevant.

Aktuelle Studien betonen die Rolle von Hausärzten und Personen im nahen Umfeld, um Rehabilitationsantragsintention und Handlungsplanung bei der Beantragung zu unterstützen (Bethge et al., 2016). Denkbar ist, dass die Nutzung unseres Informationsangebots in einem anderen Kontext (z. B. nach Vorschlag einer medizinischen Rehabilitation durch Hausärzte oder Betriebsärzte) die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation unterstützen kann.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bethge, M., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, F.M., Spanier, K. (2016): Motivationale und volitionale Determinanten für die Beantragung einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Kohortenstudie. Die Rehabilitation, 55. 341-347.

Märtin, S., Zollmann, P. (2015): Despite the principle „rehab rather than pension“: Why persons with reduced earning capacity often do not pass rehabilitation before retirement. 13th Congress of European Forum for Research in Rehabilitation (abstract book). 63.

Schwarzer, R., Lippke, S., Luszczynska, A. (2011): Mechanisms of health behaviour change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). Rehabilitation Psychology, 56. 161-170.

Spanier, K., Streibelt, M., Ünalan, F., Bethge, M. (2015): A web-based intervention to promote applications for rehabilitation: A study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 16. 436.

Bedeutung des Ultra-Kurz-Screening (UKS) für psychosoziale Belastungen im Zuweisungsprozess zur medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden

Schmidt, S., Samos, F.-A., Klement, A., Krüger, J.-M., Mau, W.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen (MSK) wurde in zahlreichen Studien eine erhöhte psychische Komorbidität identifiziert (z.B. Baumeister und Härter, 2011). Die Erhebung psychischer Belastungen ist im Reha-Kontext von besonderer Bedeutung, da MSK-Patienten mit psychosozialer Belastung ungünstigere sozialmedizinische Verläufe mit hohen Erwerbslosigkeits- und EM-Rentenantragsquoten aufweisen (Schmidtet et al., 2017). Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation können je nach Ausprägung der psychischen Problemlagen verschiedene Reha-Konzepte realisiert werden (orthopädische Rehabilitation, verhaltensmedizinisch-orthopädische oder psychosomatische Rehabilitation). Küch et al. (2013) konnten zeigen, dass mit dem Ultra-Kurz-Screening (UKS) psychosoziale Belastungen zu Beginn einer MSK-Rehabilitation zufriedenstellend erfasst werden, um Patienten bedarfsgerecht entsprechenden Interventionen innerhalb der Rehabilitation zuzuweisen. Bisher spielt das systematische Erfassen psychosozialer Belastungen zu Beginn und im weiteren Verlauf des Zuweisungsprozesses eine untergeordnete Rolle. Mit Förderung der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD) wird im Rahmen der „ZuVerSicht-II-Studie“ daher

der Hauptfragestellung nachgegangen, inwieweit sich das UKS gemäß psychometrischer Analysen sowie aus der Perspektive von niedergelassenen Medizinern sowie Prüf- und Gutachterärzten der DRV MD eignet, zum Zeitpunkt der Beantragung einer Rehabilitationsleistung psychosoziale Belastungen der Patienten zu erfassen und für die Zuweisung zu den verschiedenen Rehabilitationskonzepten eine Unterstützung zu bieten.

Methoden

In einer multizentrischen prospektiven Fragebogenerhebung wurden von Juni 2016 bis März 2017 Patienten, die einen Reha-Antrag wegen MSK-Beschwerden beabsichtigten, in niedergelassenen hausärztlichen und orthopädischen Arztpraxen in der Region Mitteldeutschland in die Studie aufgenommen. Neben soziodemografischen und reha-bezogenen Parametern wurden außerdem gesundheitsbezogene Merkmale von insgesamt 119 Patienten mit potentiellem Rehabilitationsbedarf zum Zeitpunkt Reha-Antragstellung (T0) und Erhalt des Antragsbescheids (T1) erhoben. Neben dem UKS wurde der BSI-18 (Franke et al., 2017) als kriteriumnahes Instrument zur psychosozialen Belastung erfasst. Zusätzlich zu deskriptiven Auswertungen der Patientendaten wurden Analysen zur Reliabilität und Validität durchgeführt. Außerdem wurde teilnehmenden Praxisärzten („Studienärzte"; N=106) als auch allen Prüf- und Gutachterärzten der DRV MD („Prüfärzte"; N=42) ein Fragebogen mit dem UKS als Anlage vorgelegt, um ihre Einschätzung zu psychosozialem Screening im Rahmen der Reha-Antragstellung zu erfahren. Die Auswertung dieser Daten erfolgte ebenfalls deskriptiv.

Ergebnisse

Insgesamt liegen von den 119 in die Studie eingeschlossenen Patienten auswertbare Daten zu beiden MZP von 70 Personen vor, deren Reha-Antrag positiv beschieden wurde. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe beträgt 53,5 Jahre (SD=7,2). Die Hälfte (49 %) der Personen ist weiblich; die Mehrheit (86 %) lebt in fester Partnerschaft. 81 % der Patienten sind zum Zeitpunkt des Erhalts des Reha-Bescheids (T1) erwerbstätig. Die durchschnittliche Wartezeit bis zum Erhalt des Antragsbescheids betrug 4,6 Wochen (SD=3,6).

Zum Zeitpunkt der Reha-Antragstellung (T0) wiesen 21 % der MSK-Patienten eine unauffällige psychosoziale Belastung, 73 % eine Risikobelastung und 6 % eine starke psychosoziale Belastung auf. Die interne Konsistenz der UKS-Skala „Ängstlichkeit & Depressivität" (PHQ 4) weist Werte zwischen α=.694 (zu T0) und α=.813 (zu T1) auf und kann damit als mittel bis hoch beschrieben werden. Für die UKS-Skala „Schmerzen" werden hohe Werte zwischen α=.828 (T0) und α=.822 (T1) erreicht. Die Untersuchung der Mittelwerte des UKS zeigt, dass sich diese zu T0 und T1 nicht signifikant verändern und nur geringfügig unterscheiden (MDiff=0,083; p=.770; d=.039). Die Validitätsüberprüfung des Gesamtscores des UKS zu T1 mit dem GSI (Global Severity Index) des BSI-18 ergibt eine zufriedenstellende Übereinstimmung (r=.759).

Bei der Arztbefragung konnte ein Rücklauf von 64 % bei den vertragsärztlichen Studienärzten und von 67 % bei den Prüf- und Gutachterärzten der DRV erreicht werden. Zunächst wurden die Studienärzte befragt, ob sie bereits routinemäßig psychosoziale Screeningverfahren bei MSK-Patienten einsetzen: 24 % der Ärzte gaben an, dass sie dies bei Bedarf durchführen. Der Aussage, dass der UKS im Rahmen der Reha-Antragstellung wichtige Zusatzinformationen zum ärztlichen Befundbericht enthält, stimmten 86 % der Studienärzte und 72 % der Prüfärzte zu. 74 % der Studienärzte und 54 % der Prüfärzte halten den UKS im Rahmen der

ärztlichen Befundberichterstellung für den Reha-Antrag integrierbar. Einen zukünftigen routinemäßigen Einsatz des UKS bei der Beantragung einer Rehabilitation wegen MSK-Beschwerden befürworten 73 % der Studienärzte und 61 % der Prüfärzte.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass psychosoziale Belastungen bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen zum Zeitpunkt Reha-Antragstellung häufig bestehen. Es erscheint daher sinnvoll, psychische Belastungen standardisiert zu erfassen, damit den Vertragsärzten bzw. Prüf- und Gutachterärzten bei Befundberichterstellung bzw. Antragsbearbeitung diese zusätzlichen Informationen vorliegen, um eine bedarfsgerechte Zuweisung zu einem geeigneten Reha-Konzept zu gewährleisten. Die psychometrischen Eigenschaften des UKS sind als zufriedenstellend zu bewerten. Die Mehrheit vor allem der Vertragsärzte befürwortet den Einsatz des UKS im Rahmen der Reha-Antragstellung. Bei Identifikation von Risikobelastungen und insbesondere starken psychosozialen Belastungen mit Hilfe des Kurzscreenings sollte möglichst bald eine differenziertere Psychodiagnostik gemäß diagnostischem Stufenplan (Deutsche Rentenversicherung, 2014) folgen. Es ist zu diskutieren, ob und ggf. wie diese zuweisungsrelevanten Informationen noch vor der Leistungsbewilligung erreichbar oder weiterhin erst nach Klinikaufnahme realisierbar sind.

Literatur

Baumeister, H., Härter, M. (2011). Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 54 (1), 52-58.

Deutsche Rentenversicherung (2014). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation, Berlin.

Franke, G.H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., Brähler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. BMC medical research methodology, 17 (1), 14.

Küch, D., Becker, J., Roßband, J., Herbold, H., Franke, G.H. (2013). Wie gut eignet sich der UKS als Screening-Instrument zur Erfassung psychosozialer Belastung? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): Band 101, S.90-92.

Schmidt, S.; Parthier, K., Mau, W. (2017). Sozialmedizinischer und gesundheitsbezogener Verlauf von Rehabilitanden mit orthopädischen und psychosomatischen Erkrankungen unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten. Aktuelle Rheumatologie, 42 (2), 151-161.

Liefert der SIMBO im Antragsverfahren eine zuverlässige Einschätzung des MBOR-Bedarfs?

Markus, M. (1), Schuler, M. (2), Streibelt, M. (3), Bethge, M. (1)
(1) Universität zu Lübeck, (2) Universität Würzburg,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Die meta-analytische Zusammenfassung bisheriger randomisierter kontrollierter Studien zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) belegt Teilhabeeffekte für Personen, die zum Zeitpunkt der Rehabilitation erhebliche arbeitsbezogene Probleme im Kontext ihrer chronischen Erkrankung berichten (Bethge, 2017). Eine frühzeitige und effiziente Steuerung dieser Personen in entsprechende Rehabilitationsprogramme ist eine wesentliche Aufgabe im Rahmen der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Die Auswahl der Personen für eine MBOR sollte sich an den im Anforderungsprofil definierten Kriterien orientieren (u. a. längere Fehlzeiten oder negative subjektive Erwerbsprognose) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). Der Einsatz valider Screening-Instrumente wie dem Screening-Instrument zur Erkennung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (SIMBO; Streibelt, 2009) erhöht die Güte der Auswahl (Bethge et al., 2014).

Bislang werden zwei verschiedene Steuerungsstrategien verfolgt, die sich hinsichtlich des Zeitpunktes der ersten Steuerungsentscheidung unterscheiden. Steuerungsentscheidungen werden dabei zum einen direkt bei der Antragstellung und zum anderen zu Rehabilitationsbeginn in der Rehabilitationseinrichtung getroffen. Bisherige Analysen zum SIMBO konzentrierten sich auf die Information zu Beginn der Rehabilitation. Bislang ist unklar, wie zuverlässig die Angaben als Teil der Antragsunterlagen sind.

Methoden

Die Daten wurden während der Evaluation der MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund erhoben (Neuderth et al., 2016). Im Vorfeld ihrer orthopädischen Rehabilitation wurden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund postalisch gebeten einen Fragebogen auszufüllen, der u. a. den SIMBO enthielt. Aus der Gesamtstichprobe (n = 4.571) wurden zufällig 200 Frauen und 200 Männer gezogen. Für diese Personen wurde geprüft, ob der SIMBO auch als Teil der Antragsunterlagen vorhanden war. Die Übereinstimmung mit dem SIMBO der schriftlichen Befragung wurde für den Gesamtwert und auf Itemebene berechnet (absolute Übereinstimmung, Kappa, Intraklassenkorrelation). Die Übereinstimmung wurde als akzeptabel bewertet für eine prozentuale Übereinstimmung ≥ 0,8, Kappa ≥ 0,6 und eine Intraklassenkorrelation ≥ 0,75.

Ergebnisse

Für 254 Teilnehmer (63,5 %) wurde ein SIMBO in den Antragsunterlagen identifiziert. 246 von 254 Bögen waren auswertbar, 8 Bögen wurden aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen. Das mittlere Alter der berücksichtigten Personen mit zwei vorliegenden Tests betrug 53,7 Jahre (SD = 7,1). 130 Versicherte (52,8 %) waren Frauen. Personen, für die ein SIMBO in den Antragsunterlagen identifiziert werden konnte, unterschieden sich hinsichtlich Alter,

Geschlecht und SIMBO bei der Befragung nicht von Personen ohne SIMBO in den Antragsunterlagen. Das mittlere Zeitintervall zwischen beiden Angaben betrug rund 2 Monate (61 Tage, SD = 35). Der mittlere SIMBO-Indexwert lag zum Zeitpunkt der Antragstellung bei 25,3 Punkten (SD = 22,7), zum Zeitpunkt der Befragung bei 18,6 Punkten (SD = 23,1). Der Anteil positiver Tests (SIMBO mindestens 30 Punkte) reduzierte sich von 36,2 % auf 25,6 %. Negativ bei Antrag getestete Personen waren auch in der Erhebung negativ (94,9 %). Der Anteil der bei Antrag positiv getesteten Personen mit einem erneuten positiven Test betrug 61,8 %. Der Zusammenhang beider Informationen war für den kontinuierlichen Gesamtwert mit r = 0,77 deutlich. Die prozentuale Übereinstimmung bei einem Trennwert von 30 Punkten lag bei 82,9 %, das Kappa betrug 0,61. Die Intraklassenkorrelation der wiederholten Messungen betrug 0,73. Auf Itemebene variierte die Übereinstimmung zwischen 59,2 % und 99,2 % (Kappa 0,16 bis 0,97). Die Übereinstimmung für Arbeitsunfähigkeitsdauer, aktuelle Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsstatus und Alter lag zwischen 88,1 % und 99,2 %. Die Items zur gesundheitsbezogenen Beeinträchtigung in der Arbeit sowie die Prognose einer gefährdeten beruflichen Zukunft („in meinem Beruf nicht mehr arbeiten“) wiesen Übereinstimmungen von 79,0 % und 79,7 % auf. Die Übereinstimmung der Motivation zur Bearbeitung beruflicher Fragestellungen in der Rehabilitation lag nur bei 59,2 %. Deutlichere Unterschiede in der Häufigkeit bedarfsrelevanter Antworten zeigten sich für die Items zur beruflichen Zukunft und zur arbeitsbezogenen Therapiemotivation.

Fazit

Die Übereinstimmung des kategorisierten SIMBO war akzeptabel. Die Intraklassenkorrelation lag nur knapp unter dem Trennwert von 0,75. Negativ getestete Personen blieben negativ. Von den bei Antrag positiv getesteten Personen wurde bei knapp zwei Drittel dieser Test in der Befragung bestätigt.

Der Einsatz des SIMBO bereits bei Antragstellung führt vermutlich zu einer leichten Überschätzung des Bedarfs an MBOR. Zuweisungen aufgrund eines auffälligen Wertes auf dem SIMBO sollten aus diesem Grund vor Beginn der Rehabilitation (MBOR oder medizinische Rehabilitation) erneut geprüft werden, um nicht notwendige Behandlungen in der MBOR zu vermeiden. Unsere Analysen legen in Verbindung mit der hohen prädiktiven Validität des SIMBO nahe, dass ein Screening im Antragsverfahren möglich und sinnvoll ist.

Förderung: Deutsche Rnetenversicherung Bund

Interessenkonflikte: Der Co-Autor M. Streibelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

Bethge, M. (2017): Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. Bundesgesundheitsblatt, 60. 427-435.

Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (2014): Besondere berufliche Problemlagen: Spielen sie eine Rolle beim Zugang in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation? Rehabilitation, 53. 49-55.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 4. Auflage. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Neuderth, S., Schwarz, B., Gerlich, C., Schuler, M., Markus, M., Bethge, M. (2016): Work-related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: The protocol of a propensity score matched effectiveness study (EVA-WMR, DRKS00009780). BMC Public Health, 16. 804.

Streibelt, M. (2009): Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). Rehabilitation, 48. 135-144.

Zusammenhänge zwischen Erwerbsbiographie und bedarfsgerechter MBOR -Zuweisung

Knapp, S., Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Zielstellung

Chronische Rückenschmerzen stellen aufgrund ihrer hohen Prävalenz das Gesundheitssystem vor große sozioökonomische Herausforderungen (Deutsche Rentenversicherung, 2014). Daher ist es wichtig, rehabilitative Behandlungsformen bedarfsgerecht zuzuweisen (z. B. mittels Würzburger Screening, SIMBO), um einen optimalen Therapieerfolg und damit die weitere Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen.

Im Folgenden wurde überprüft, wie sich die Erwerbsbiographie im Zeitraum eines Jahres vor Rehabilitationsantritt auf die Zuweisung zu einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) auswirkt und welche Parameter diese beeinflussen.

Methoden

Grundlage der Analysen war die Rehabilitations-Statistikdatenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Es wurden Rehabilitationsmaßnahmen im Zeitraum von 2014 bis 2015 ausgewählt und anhand der jeweiligen Behandlungsform (MBOR oder Standard) in Gruppen eingeteilt. Die Auswertung erfolgte für 18- bis 64-jährige DRV-Versicherte, die aufgrund von (chronischem) Rückenschmerz (ICD-10: M51, M52, M54) im Rahmen eines Heilverfahrens behandelt wurden.

Die eingeschlossenen Patienten wurden 12 Monate vor Rehabilitationsbeginn mithilfe von Sequenzmusteranalysen in ihrer Erwerbsbiographie verfolgt. Zudem wurde eine logistische Regression mit schrittweiser Rückwärtsselektion durchgeführt.

Ergebnisse

Mit der Sequenzmusteranalyse konnten neun Cluster mit unterschiedlicher Erwerbsbiographie identifiziert werden. Hierbei handelt es sich um Cluster mit vornehmlich 1) Versicherungspflichtiger Beschäftigung, 2) Keiner Beitragszahlung, 3) Geringfügiger Beschäftigung, 4) Zunehmender Krankengeldzahlung, 5) Sonstiger Pflichtbeitragszahlung, 6) Gleitzonenbeschäftigung, 7) Zunehmender Arbeitslosigkeit, 8) Zunehmender Krankengeldzahlung sowie Arbeitslosigkeit sowie 9) Kindererziehung und versicherungspflichtiger Beschäftigung (vgl. Abb. 1).

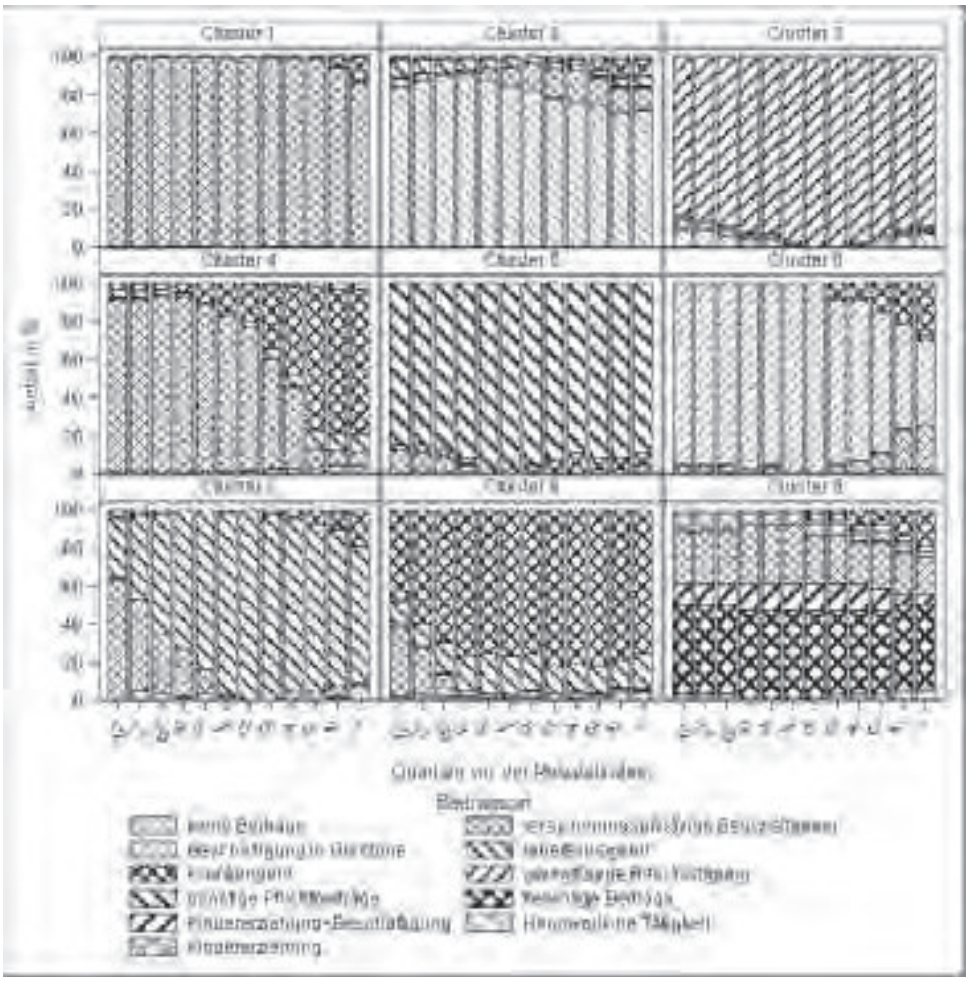

Abb. 1: Beschreibung der Cluster. Mit 79,1% stellt Cluster 1 den größten Anteil von Versicherten dar

Die Zuweisung zu einer MBOR wird durch Alter, Erwerbsbiographie und der zweiten Diagnose im Entlassbrief beeinflusst. Insbesondere Versicherte über 50 Jahre sowie im Alter von 41 bis 45 Jahren wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine MBOR auf als 46 bis 50 Jährige. Rehabilitanden mit komorbiden Krankheiten des Nervensystems oder einer Z-Diagnose wurden häufiger einer MBOR zugewiesen.

Außerdem zeigten vier Biographie-Cluster eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer MBOR zugewiesen zu werden: Keine Beitragsleistung, geringfügige Beschäftigung, Arbeitslosigkeit sowie Erhalt von Krankengeld im letzten Jahr.

Fazit

Die Analyse zeigt, dass arbeitsunfähige Versicherte eine erhöhte Chance haben, eine MBOR zu erhalten. Die Ergebnisse decken sich mit den wesentlichen Kriterien der etablierten Screening-Instrumente für eine MBOR-Zuweisung (vgl. Würzburger Screening, SIMBO). Die

geringere Wahrscheinlichkeit, als älterer Versicherter eine MBOR zu erhalten, ist hingegen kaum durch einen geringeren Bedarf in dieser Gruppe zu erklären. Möglicherweise spielen hier weitere Einflussgrößen eine Rolle, die in der RSD nicht abgebildet sind. Patienten, die anhand des SIMBO gescreent werden, erhalten neun Punkte, sofern sie unter 46 Jahre alt sind. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass Versicherte über 50 Jahren eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, eine MBOR zu erhalten.

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse, dass die Zuweisung zu berufsorientierten Behandlungsformen bedarfsorientiert gelungen ist.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2014). Rentenversicherung in Zahlen 2014. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Rehabilitation nach Rotatorenmanschettennaht - der richtige Zeitpunkt. Ein länderübergreifender Vergleich

Schricker, T. (1, 2), Belsoe, M. (2), Danner, R. (1)

(1) Revital Aspach, (2) alpha-Reha Roth

Zielstellung

Die operative Versorgung von Läsionen der Rotatorenmanschette macht einen erheblichen Anteil an der Gesamtzahl der operativen Schultereingriffe aus. Sie wurde in den letzten Jahren zunehmend wissenschaftlich untersucht (McElvany). Im deutschsprachigen Raum sind nach wie vor mehrere Operationstechniken parallel im Einsatz. Alle zeigen bis auf kleinere Unterschiede gute Ergebnisse (Lorbach). Die Einstellung zur Rehabilitation nach solchen operativen Eingriffen und vor allem zum Zeitpunkt des Rehabilitationsbeginns wird aber teilweise deutlich unterschiedlich diskutiert (Habermayer).

Ziel unserer Untersuchung war es zu klären, ob länderspezifische Unterschiede hinsichtlich des Zeitpunktes des Rehabilitationszuganges bestehen und ob diese, wenn vorhanden, einen Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis haben.

Methoden

Ausgewertet wurden die Daten von je einem Rehabilitandenkollektiv aus Deutschland und aus Österreich, das sich im Zeitraum von Anfang März bis einschließlich Oktober 2017 einer primären Naht der Rotatorenmanschette unterzogen hatte und anschließend ein dreiwöchiges Rehabilitationsverfahren absolvierte.

Erfasst wurde die Differenz zwischen Operationstag und erstem Rehabilitationstag.

Neben Alter und Geschlecht dokumentierten wir das Bewegungsausmaß für die aktive Anteversion und Abduktion zu Beginn und am Ende der Rehabiltation. Die Schmerzempfindung wurde auf einer visuellen Analogskala (VAS) von 0 bis 10 ermittelt. Außerdem verwendeten wir den Schulterfunktionsscore nach Constant und Murley. Beide Erhebungen erfolgten jeweils zu Beginn und am Ende der Behandlung. Zusätzlich erfassten wir den Status Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit bei Rehabilitationsende.

Ergebnisse

Während sich bei beiden Kollektiven Übereinstimmungen hinsichtlich der Geschlechts- und Alterszusammensetzung feststellen ließen, differierte der Zeitraum zwischen operativem Eingriff und Antritt der Rehabilitation signifikant. In der deutschen Rehabilitationseinrichtung betrug der Durchschnittswert 47 Tage, in der österreichischen Einrichtung 96 Tage.

Die Angaben zur Schmerzstärke differierten zwischen beiden Gruppen nicht signifikant.

Für den Schulterfunktionsscore nach Constant und Murley fanden sich in der später rehabilitierten Gruppe bessere Werte.

Beim Bewegungsausmaß konnte erneut kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen festgestellt werden.

Im österreichischen Rehabilitandenkollektiv wurde häufiger Arbeitsfähigkeit bei Rehabilitationsende erreicht.

Fazit

Aufgrund der Erhebungen ist davon auszugehen, dass der Zugang zur Rehabilitation in Deutschland früher erfolgt als in Österreich. Eine Begründung allein aus der medizinischen Literatur lässt sich nicht ableiten (McElvany). Neben der Haltung des Operateurs zur Rehabilitation spielen möglicherweise auch die Verfügbarkeit von Rehabilitationsleistungen und deren Genehmigungsverfahren eine Rolle.

Der zeitliche Abstand zum operativen Eingriff führt dazu, dass beim Schmerzgeschehen nur geringe Unterschiede bestehen, ebenso beim Bewegungsausmaß. Der Funktionsscore ist bei längerem Intervall sowohl am Anfang als auch am Ende der Rehabilitation höher. Gleiches gilt auch die Quote der arbeitsfähig Entlassenen.

Die gewonnenen Erkenntnisse sprechen insgesamt dafür, dass ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt des operativen Eingriffes, dem Beginn der Rehabilitation und dem Wiedererreichen der Arbeitsfähig besteht. Inwieweit diese Tatsache auch Niederschlag in der längerfristigen Leistungsfähigkeit der Untersuchten findet, soll in weiteren Untersuchungen geklärt werden.

Literatur

Habermayer, P. (2000): Rotatorenmanschetten-Ruptur, Diagnostik und Therapie. Orthopäde 29. 196-208.

Lorbach, O. (2016): Kontroversen in der Behandlung von Rupturen der Rotatorenmanschette. Orthopäde 45. 112-117.

McElvany, M. D. (2015): Rotator cuff repair: published evidence on factors associated with repair integrity and clinical outcome. Am J Sports Med 43 (2) 491-500.

Heidelberger Kompetenztraining als Mentaltraining zur nachhaltigen Nikotinentwöhnung

Nechwatal, R. (1), Glatz, L. (1), von der Heide, M. (2), Knörzer, W. (3)

(1) Rehaklinik Heidelberg Königstuhl, Heidelberg, (2) Heidelberg,
(3) Pädagogische Hochschule Heidelberg

Zielstellung

Die Entwöhnungsraten bei Rauchstopp während der medizinischen Reha sind niedrig. Wenig Daten liegen zum langfristigen Rauchverhalten nach bis zu einem Jahr nach Reha vor. Die Datenerhebung diesbezüglich in Studien ist sehr heterogen und reicht von Selbstauskunft, über Fragebogenerhebung, bis Abbauproduktmessungen wie Kohlenmonoxid und Cotininmessungen.

Zur Verbesserung der Nikotinentwöhnunsraten setzten wir das Heidelberger Kompetenztraining als Mentaltraining ein, das die Zielerreichung nachhaltig über ein Jahr unterstützt.

Methoden

Wir setzten das Heidelberger Kompetenztraining (HKT) zur Entwicklung mentaler Stärke ein, das Patienten befähigen soll, in 4 Schritten Ziele ressourcenorientiert zu erlangen. Die einzelnen Arbeitsschritte umfassen: Konzentration erleben, Ziele formulieren, positive Verstärkung aktivieren und Störfaktoren abschirmen. Dieses psychoedukative Verfahren führt zum Aufbau einer positiven Problemlösungshaltung und stärkt die Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Die HKT Gruppe erhielt viermal eine Stunde Heidelberger Kompetenz Training sowie eine 45 minütige Gruppe durch Psychologen und Gesundheitspädagogen und wurde prospektiv über ein Jahr telefonisch nachbeobachtet.

Als Kontrollgruppe dienten Patienten, die sich im Jahr vor der HKT- Einführung einer psychologischen Intervention zur Nikotinentwöhnung in der Klinik unterzogen und retrospektiv telefonisch nachbefragt wurden. Die psychologische Gruppenarbeit erfolgte über 200 Minuten.

Ergebnisse

HKT-Gruppe: Rekrutierungszeitraum Rehaaufenthalt: April 2015 bis Oktober 2016, Anzahl der rekrutierten Teilnehmer: 162; durchschnittliches Alter: 54, 133 Männer und 36 Frauen, durchschnittliche Raucherjahre: 35. (Lost to follow up: 19 (werden gerechnet als Raucher), verstorben: 1

Anzahl telefonisch erreichter Teilnehmer: 114

Anzahl entwöhnter Teilnehmer am Rehaende: 65,

Anzahl entwöhnter Teilnehmer nach 6 Monaten: 65,

Anzahl entwöhnter Teilnehmer nach 12 Monaten: 57 (Selbstangabe),

Abstinenzquote 6 Monate: 65/114 = 57 %

Abstinenzquote mit Lost to follow up 6 Monate: 65/162 = 40,1 %

Abstinenzquote 12 Monate: 57/114 = 50 %

Abstinenzquote mit Lost to follow up 12M.: 57/162 = 35,2 %

Kontrollgruppe: Zeitraum Rehaaufenthalt: 2013, Anzahl der kontaktierten Teilnehmer 154, 133 Männer und 21 Frauen, Anzahl telefonisch erreichter Teilnehmer: 63

Anzahl entwöhnter Teilnehmer am Rehaende: 18

Anzahl entwöhnter Teilnehmer nach 6 Monaten: 13

Anzahl entwöhnter Teilnehmer nach 12 Monaten: 15

Abstinenzquote nach 12 Monaten: 15/63 = 23,8 %

Abstinenzquote mit Lost to follow up = 15/154 = 9,7 %

Fazit

Das Mentaltraining Heidelberger Kompetenztraining kann den Rauchstop bei der Nikotinentwöhnungsbehandlung gegenüber einer psychologisch geleiteten Intervention zur Tabakabstinenz hochsignifikant auf 57/114 der kontaktierten Teilnehmer nach einem Jahr (50 %) oder 57/162 (35,2 %) auf einer "Intention to treat Analyse" steigern ($p<0,01$) gegenüber einer rein psychologisch geleiteten Intervention zur Tabakabstinenz (15/63 = 23,8 % oder 15/154 = 9,7 %). Das psychoedukative Verfahren unterstützt die nachhaltige Nikotinabstinenz nach einem Jahr und sollte in der Rehabilitation eingesetzt werden.

Literatur

Knörzer, W. (2013): Das Heidelberger Kompetentztraining (HKT) in der Tradition des „Empowermentansatzes, in: Marchwaka, M. (Hrsg) (2013): Gesundheitsförderung im Setting Schule. 249-258, Wiesbaden: Springer VS.

Nechwatal R., Glatz L., Dillenburg A., Knörzer W. (2017): Heidelberger Kompetenztraining zur nachhaltigen Lebensstiländerung in der kardiologischen Rehabilitationsbehandlung. Schriftenreihe der DRV,Band 111, Rehawissenschaftliches Kolloquium 2017, S. 142-44.

Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden – Machbarkeit in der Reha-Klinik aus Sicht der Mitarbeitenden

Ahnert, J. (1), Küffner, R. (1), Musekamp, G. (1), Anzelini, M. (2), Reuss-Borst, M. (2), Reusch, A. (1)

(1) Julius-Maximilians-Universität Würzburg,
(2) Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet

Zielstellung

Online-gestützte Nachsorgeangebote für adipöse Patienten im Anschluss an die Rehabilitation können Selbstmanagement bezogen auf Bewegung und gesunde Ernährung fördern und damit den langfristigen Behandlungserfolg verbessern (Neve et al., 2010, Wieland et al., 2012, Gesser, 2016). Im Zuge der wachsenden Bedeutung von neuen Medien in der Reha-Nachsorge hat die DRV kürzlich Anforderungen zur Zulassung von Tele-Reha-Nachsorge in

der Routineversorgung formuliert (DRV Bund, 2017). Ein internetgestütztes Nachsorgeangebot könnte auch durch Mitarbeitende der stationären Rehabilitation angeboten werden. Vorteile wären die Kontinuität der therapeutischen Beziehung und die Möglichkeit an das bereits existierende Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Reha-Team anknüpfen zu können. Neben der Perspektive der Nutzenden ist deshalb auch die Einstellung der Mitarbeitenden in Rehakliniken von großer Relevanz. Hennemann und Kollegen (2017) berichten, dass sich Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen in Reha-Kliniken heterogen bezüglich der Akzeptanz online-gestützter Nachsorgeangebote und der Frage der Zuständigkeit für eine Online-Nachsorgetätigkeit äußerten. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich deshalb mit der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen sich die Mitarbeitenden selbst in der Lage sehen, eine Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden anzubieten.

Methoden

Mitarbeitende (Ärzte, Psychologen, Bewegungstherapeuten, Ernährungsberater, Pflegedienst, Sozialdienst) von drei Reha-Kliniken wurden schriftlich zu den folgenden Bereichen befragt: Vorerfahrung mit online-gestützten Medien, Einstellung zu Nachsorge bzw. Online-Nachsorge, Empfehlungen bezüglich Inhalt, technischer Umsetzung, Umfang, Dauer und Frequenz von Online-Nachsorgeangeboten für adipöse Rehabilitanden, Bewertung organisatorischer Modelle der Umsetzung und eigene Bereitschaft zur Betreuung eines klinikeigenen Online-Nachsorgeangebots für adipöse Rehabilitanden. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und orientiert an qualitativ-inhaltsanalytischem Vorgehen.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 45 Fragebögen ausgefüllt (Rücklauf: 22 %). Die Stichprobe setzt sich aus 18 Ärzten, 8 Psychologen, 6 Bewegungstherapeuten, 2 Ernährungsberatern, 1 Ergotherapeuten, 3 Sozialdienst- und 7 Pflegedienstmitarbeitenden zusammen.

42 der 45 Mitarbeitenden (93 %) nutzen das Internet täglich über PC, Tablet oder Smartphone. Das Thema Online-Nachsorge wurde bei 47 % der Mitarbeitenden (n=21) bereits (allgemein) diskutiert, allerdings bisher nicht eingesetzt. Bezüglich Nachsorge und Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden haben die Mitarbeitenden eher eine positive Einstellung. Die Mitarbeitenden halten eine Reha-Klinik hinsichtlich ihrer Fachkompetenz zur Durchführung einer Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden im Durchschnitt eher für geeignet. Auch bezüglich der technischen Ausstattung bewerten die Mitarbeitenden die Rehaklinik im Durchschnitt als eher geeignet.

Als optimalen Zeitraum für die Online-Nachsorge nach dem Reha-Aufenthalt empfehlen die Mitarbeitenden im Durchschnitt etwa ein halbes Jahr (M=26,7 Wochen; SD=19,1). Als geeignete Anzahl an persönlichen Kontakten zwischen Patient und Therapeut wurde am häufigsten (41 %) einmal pro Woche genannt. Für persönliche Nachrichten pro Patient werden als Zeitaufwand des Therapeuten durchschnittlich 0,5 Stunden (SD=0,4) pro Nachsorgewoche empfohlen.

Die Mitarbeitenden stimmen einer Betreuung der Online-Nachsorge während der Arbeitszeiten mit Entlastung bei anderen Aufgaben sowie auch einem „eigens angestellten Nachsorgetherapeuten“ eher zu. Eine zusätzliche, angemessen entlohnte Mehrarbeit nach Dienstende können sich die Mitarbeitenden im Durchschnitt eher nicht vorstellen. 19 Mitarbeitende (44 %) wären eher bereit, selbst eine Online-Nachsorge zu betreuen. Die durchschnittliche

Zeit, die sie dafür während der regulären Arbeitszeit aufwenden würden, liegt bei 3,3 Stunden (SD=1,9), nach Dienstende bei 1,6 Stunden pro Woche (SD=2,4).

Am häufigsten werden als Barrieren für die Implementierung einer Online-Nachsorge Personal- und Zeitmangel genannt.

Fazit

Insgesamt stehen die befragten Mitarbeitenden einer Online-Nachsorge durchaus aufgeschlossen gegenüber. Ein kleinerer Teil der Mitarbeitenden ist bereit, sich für eine Online-Nachsorge zu engagieren, sofern keine unbezahlte Mehrarbeit entsteht. Die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kliniken muss aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen in zwei der drei Kliniken offen bleiben. Es fanden sich aber nur marginale Unterschiede zwischen den Kliniken. Für die Etablierung einer klinikbetreuten Online-Nachsorge ist neben der Frage der Bereitschaft der Mitarbeitenden auch die Frage der technischen Umsetzbarkeit in einer Rehaklinik und der langfristigen Finanzierbarkeit zu klären. Diese Aspekte werden im Projekt über telefonische Interviews ebenfalls erhoben.

Förderung: Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern e.V.

Literatur

DRV Bund (2017). Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an Tele-Reha-Nachsorge. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/_downloads/nachsorge_tele_reha.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am 28.09.17).

Hennemann, S., Thukral, J., Witthöft, M., Beutel, M.E., Bethge, M., Zwerenz, R. (2017). Internetbasierte Interventionen bei beruflicher Belastung: Akzeptanz und Barrieren bei Versichertem mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko. DRV-Schriften, 111, 210-212.

Gesser, U. (2016). Langzeiteffekte der Adipositastherapie – internetbasierte, ärztliche Nachsorge mit dem Online-Portal „rehasonanz.de“. Adipositas, 10, 25-30.

Neve, M., Morgan, P. J., Jones, P. R., Collins, C. E. (2010). Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: a systematic review with meta-analysis. Obesity reviews, 11 (4), 306-321.

Wieland, L. S., Falzon, L. Sciamanna, C.N., Trudeau, K.J., Brodney, S., Schwartz, J. E., Davidson, K.W. (2012). Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. The Cochrane database of systematic reviews, Issue 8, Art. No.: CD007675.

Einsetzbarkeit eines computergestützten Home-Monitorings zur Evaluierung der Langzeitwirksamkeit stationärer onkologischer Rehabilitation

Riedl, D. (1), Rumpold, G. (1), Nickels, A. (2), Licht, T. (2), Holzner, B. (1)

(1) Medizinische Universität Innsbruck,

(2) Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau

Zielstellung

Die elektronische Erhebung von Patient Reported Outcomes (ePRO), d.h. Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes durch den betroffenen Patienten selbst, stellt in der onkologischen Routine eine wichtige Ergänzungen zu traditionellen klinischen Outcome-Parametern dar. Wir konnten zeigen, dass sich die Erhebung von ePRO‘s gut in den klinischen Alltag einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung integrieren lässt (Riedl et al., 2017) und dass sich PatientInnen im Zuge der stationären Rehabilitation hinsichtlich ihrer Lebensqualität und der psychischen Belastung deutlich verbessern (Riedl et al., 2017). Um die langfristige Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären onkologischen Rehabilitation zu untersuchen, wurde ein web-basiertes PatientInnenportal implementiert (Reha-Gesundheitsportal), in dem die PatientInnen 3, 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende an einer ePRO Befragung teilnehmen.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Anwendbarkeit und Handhabbarbarkeit des Home-Monitorings vor und nach der stationären Rehabilitation zu untersuchen.

Methoden

Im onkologischen Rehabilitationszentrum St. Veit bekommen die PatientInnen vor Reha-Antritt einen Brief mit den Zugangsdaten zum Reha-Gesundheitsportal zugesandt. Die ePRO Erhebung wurde zur Therapieplanung und Evaluierung der Behandlung implementiert und umfasst den EORTC Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30), die Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) sowie weitere therapiebezogene Fragen, die mittels der etablierten Software „Computer-based Health Evaluation System“ (CHES) erhoben werden. Wenn PatientInnen nicht in der Lage sind, die ePRO-Erhebung von zuhause aus durchzuführen, wird die Befragung im Zuge der Aufnahme vor Ort mittels Tablet absolviert. Vor dem Ende der Rehabilitation nehmen die PatientInnen wiederum an der ePRO Befragung mittels Tablet im Reha-Zentrum teil und besprechen in der Abschlusssitzung die Ergebnisse mit den PsychoonkologInnen. Mit dem Start der Follow-Up-Untersuchung im Frühjahr 2017 werden die PatientInnen über die web-basierte ePRO Nachsorge-Erhebung informiert und bei Interesse in die Erhebung mit eingeschlossen.

Ergebnisse

Von den n=3.825 PatientInnen, die zwischen Juli 2014 und August 2017 an der stationären Rehabilitation in St. Veit teilgenommen hatten, waren 91.5 % in der Lage, die ePRO-Befragung von zuhause aus durchzuführen. Aufgeteilt nach Altersgruppen zeigte sich ein leichtes Gefälle (< 65 Jahre: 96.4 %, 65-70 Jahre: 91.7 %, >70 Jahre: 88.9 %). Zuhause lag die durchschnittliche Befragungszeit bei ca. 13 Minuten, im Reha-Zentrum benötigten die PatientInnen am Tablet im Schnitt nur 9 Minuten.

Seit dem Frühjahr 2017 wurden 522 PatientInnen bezüglich der web-basierten ePRO Nachsorge-Erhebung angesprochen, wovon 308 PatientInnen (59.0 %) bereit waren an der Studie teilzunehmen. Es zeigte sich kein Geschlechtsunterschied bei der Teilnahmebereitschaft (p=0.42), jedoch ein eindeutiges Altersgefälle: während bei den unter 65-jährigen 68 % bereit waren an der ePRO Nachsorge-Erhebung teilzunehmen, waren es bei den 65-80-jährigen bereits nur mehr ca. 41 % und bei den über 80-jährigen nur mehr 25 %. Die häufigsten Gründe für die Nicht-Teilnahme waren mangelndes Interesse der PatientInnen (67.8 %), fehlende technische Möglichkeiten oder fehlendes technisches Wissen (20.0 %).

Fazit

Die Implementierung einer web-basierten ePRO Erhebung vor und nach Rehabilitationsantritt ermöglicht neben der individualisierten Therapieplanung auch die Evaluation der langfristigen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären onkologischen Rehabilitation. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass ein sehr hoher Anteil der RehabilitationsteilnehmerInnen in der Lage ist, an web-basierten ePRO-Erhebungen von zuhause aus teilzunehmen. Es zeigte sich jedoch auch ein deutliches Altersgefälle in der Partizipationsrate für die Reha Nachsorge-Erhebung, wobei fehlende Motivation und technische Unsicherheit die größten Hindernisse darstellen. Aufgrund der zunehmenden Technologisierungsrate älterer Mitmenschen ist davon auszugehen, dass technische Herausforderungen in Zukunft ein zunehmend kleineres Problem darstellen werden. Darüber erscheint es wichtig, vor allem älteren PatientInnen mehr Informationen und stärkere Anreize zu bieten, um die Partizipationsrate weiter steigern zu können.

Interessenkonflikte: Die Co-Autoren Bernhard Holzner und Gerhard Rumpold besitzen die geistigen Eigentumsrechte der Software CHES.

Literatur

Riedl, D., Giesinger, J. M., Wintner, L. M., Loth, F. L., Rumpold, G., Greil, R., Nickels, A., Licht, T., Holzner, B. (2017). Improvement of quality of life and psychological distress after inpatient cancer rehabilitation - Results of a longitudinal observational study. Wien Klin Wochenschr. 2017 Sep 15. doi: 10.1007/s00508-017-1266-z. [Epub ahead of print].

Riedl, D., Wintner, L. M., Sztankay, M., Rumpold, G., Nickels, A., Licht, T., Holzner, B. (2017). Das REHA-GESUNDHEITSPORTAL – Implementierung eines elektronischen Routine-Monitorings in einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung. Prävention und Rehabilitation (im Review).

Viadukt: Internetbasierte Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Bedarf, Inanspruchnahme und Zufriedenheit bei depressiv erkrankten Männern

Poppelreuter, M. (1), Jakob, T. (1), Baumeister, H. (2), Mittag, O. (3), Geigges, W. (1)

(1) Rehaklinik Glotterbad, (2) Universität Ulm, (3) Universitätsklinikum Freiburg

Zielstellung

Die zunehmende Verbreitung internetbasierter Gesundheitsinterventionen (IGI) hat Implikationen für die Rehabilitation (Baumeister et al., o. J.). Ein verbindliches konzeptionelles Rahmengerüst ist für die Entwicklung und Evaluation neuer Interventionen essentiell (Proudfoot et al., 2011). Ein potentielles Einsatzgebiet sind poststationäre Nachsorgeinterventionen. Vorliegende Ansätze im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation fokussierten auf therapeutisch moderierte Live Chat-Gruppen (Goldkaramney et al., 2007) oder individuelle Interventionen im Sinne von "E-Mail-Coaching" (Ebert et al., 2013), die mit erheblichem personellem Aufwand verbunden sind.

Methoden

In der von der DRV Baden-Württemberg geförderten Studie (Laufzeit Oktober 2014 – Dezember 2017) wurde das Viadukt-Programm, eine sechsmonatige, modular aufgebaute und therapeutisch begleitete Intervention, als poststationäre Nachsorge für depressiv erkrankte Männer entwickelt, die eine spezifische Problemgruppe im Hinblick auf die Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote darstellen. Das Programm basiert auf modernen verhaltenstherapeutischen Konzepten und fokussiert auf eine möglichst nahtlose Anknüpfung an individuellen Zielsetzungen und die Verstetigung von Veränderungsprozessen, die in der Klinik initiiert wurden.

Von insgesamt 371 im Erhebungszeitraum potentiell qualifizierenden Rehabilitanden entschieden sich 178 (47,8 %) zur Teilnahme und wurden im Rahmen des kontrolliert-randomisierten Designs der Experimental- (EG) oder Kontrollgruppe (KG) zugewiesen.

Die 191 Nichtteilnehmer befragten wir zu den Gründen für ihre Ablehnung. Die Teilnehmer der EG wurden differenziert, unter anderem mit einer Adaption des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8), zur verschiedenen Aspekten des Programms und potentiellen Verbesserungsmöglichkeiten befragt. Die Datensammlung wird im Dezember 2017 vollständig abgeschlossen sein. Über die Ergebnisse der Evaluationsstudie berichten wir an anderer Stelle.

Ergebnisse

115 der Nichtteilnehmer (60,2 %) beantworteten einen Fragebogen zu den Gründen für ihre Ablehnung, zusätzlich erfragten wir Alter und schulisches Bildungsniveau. Während sich die Gruppe bezüglich des Durchschnittsalters (50,7 vs. 50,3 Jahre) nicht von der Studienstichprobe unterschied, fanden wir einen Trend zu niedrigerem schulischem Bildungsniveau. Unter den Gründen für die Nichtteilnahme dominierte die Aussage, dass Betreuung über das Internet nicht gewünscht wurde, gefolgt von der Einschätzung, dass man keinen Bedarf für ein solches Angebot habe, sowie Zweifeln an seiner Effektivität. Fehlender Internetzugang,

mangelnde technische Kompetenzen und Datenschutzbedenken stellten weitere relevante Hindernisse dar.

25 der 89 Teilnehmer der EG bearbeiteten alle 12 Module des Viadukt-Programms, 12 Teilnehmer stiegen überhaupt nicht in das Programm ein. Im Durchschnitt wurden 6,6 Module bearbeitet. Sämtliche Zufriedenheitsindizes fallen mit 75 % und mehr Zustimmung positiv aus. Als hilfreich erlebten Teilnehmer die enge Verzahnung des Programms mit Inhalten aus der Klinik, seine Funktion als "Erinnerungshilfe" im Hinblick auf individuelle Zielsetzungen, den persönlichen Kontakt zu Therapeuten, die aus der Klinik bekannt sind, sowie die Möglichkeit intensivierter Begleitung in Krisensituationen. Höhere Zufriedenheit korreliert mit intensiverer Nutzung des Programms, nicht aber mit besseren Depressionswerten.

Fazit

Wir konnten die Machbarkeit eines spezifischen Nachsorgeprogramms für eine hinsichtlich des Nutzungsverhaltens problematische Gruppe nachweisen. Teilnehmer berichten hohe Zufriedenheit mit der Intervention, allerdings zeigte die Evaluationsstudie keinen Vorteil hinsichtlich des primären Outcome-Kriteriums der depressiven Symptombelastung. Angesichts großer Streuungen innerhalb der Gruppen führen wir differenzierte Analysen zu Prädiktoren und moderierenden Variablen durch. Stichwortartig seien hier die symptomatische Belastung bei Entlassung, ambulante Psychotherapie und kritische Lebensereignisse im Nachsorgezeitraum als relevante Faktoren genannt.

IGI stellen eine sinnvolle Erweiterung des rehabilitativen Interventionsspektrums dar. Weiterführende Studien sind notwendig, um ihren Einsatz zielgerichtet, effektiv und ökonomisch zu gestalten.

Literatur

Baumeister, H., Lin, J., Ebert, D. (ohne Jahr). Internetbasierte Gesundheitsinterventionen. Stand der Forschung und Nutzungspotential für die medizinische Rehabilitation. Expertise im Rahmen des von der DRV-Bund geförderten Projektes "Internetbasierte Gesundheitsinterventionen: Stand der Forschung und Implementierungsmöglichkeiten in der medizinischen Rehabilitation.".

Ebert, D.D., Hannig, H., Tarnowski, T., Sieland, B., Götzky, B., Berking, M. (2013). Webbasierte Rehabilitationsnachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation (W-RENA). Rehabilitation, 52, 164-172.

Goldkaramnay, 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, 219-225.

Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband, L., Andersson, G. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. Cognitive Behaviour Therapy, 40, 82-97.

Zielorientierte individuelle Nachsorge (ZINA): ein bedarfsorientiertes differenzielles Nachsorgekonzept für die psychosomatische Rehabilitation

Spyra, K. (1), Fahrenkrog, S. (1), Bernert, S. (1), Marquardt, M. (1), Orban, A. (2), Symannek, C. (2), Martius, P. (2)

(1) Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Klinik Höhenried gGmbH, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Bernried

Zielstellung

Die psychosomatische Rehabilitation kann nach bisherigem Forschungsstand als effektive Intervention bezeichnet werden (Petermann und Koch 2009). In vielen Fällen lässt der Rehabilitationserfolg jedoch schnell nach, da der Übergang aus dem stationären Kliniksetting in den Alltag eine enorme Hürde darstellt und die Umsetzung des Erlernten langfristig schwer gelingt (Haaf 2005). Qualifizierte Nachsorgeangebote sichern nachweislich die Erfolge (Deck et al. 2004), werden aber üblicherweise im Gruppensetting durchgeführt (Kobelt et al. 2002). Dies wird insbesondere Rehabilitanden/-innen mit einem erhöhten psychosozialen Interventionsbedarf nicht immer gerecht (Martius 2012). Im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie der Klinik Höhenried gGmbH und der Charité - Universitätsmedizin Berlin wurde das bedarfsgerechte, zielorientierte Nachsorgekonzept (ZINA) entwickelt und evaluiert.

Methoden

Die Entwicklung von ZINA beinhaltete neben der Ausarbeitung der Nachsorgeprogramme die Entwicklung eines Assessments zur Erfassung der psychosozialen Beeinträchtigung von psychosomatischen Rehabilitanden/-innen und des daraus resultierenden Nachsorgebedarfs. Für eine entsprechende Nachsorgeempfehlung wurde ein Zuweisungsalgorithmus inhaltlich abgeleitet. Das Assessment inkl. Zuweisungsalgorithmus wurde als Software programmiert.

Bei der Evaluation wurden Daten zu Reha-Beginn (T0), Reha-Ende (T1) sowie sechs (T2) und zwölf Monate nach Reha-Ende (T3) erhoben. Berichtet werden Ergebnisse für die Nachsorgeprogramme in Form von kurz- und langfristigen Effektstärken (SRM) zu den Skalen der Hauptinstrumente (HEALTH-49, EUROHIS-QOL) für die Zeitpunkte T0-T1 und T1-T3.

Ergebnisse

ZINA orientiert sich am Schweregrad und dem Fokus der psychosozialen Beeinträchtigungen der Rehabilitanden/-innen und setzt sich aus dem computerbasierten Assessment zur Erfassung des individuellen Nachsorgebedarfs und den therapeutischen Programmen – der zielorientierten Gruppennachsorge (ZIGNA) und der Individuellen Psychosozialen Nachsorge (IPN) – zusammen. Das Assessment umfasst u. a. folgende Skalen: Health-49 (49 Items), COP (16 Items), SIMBO (6 Items), FBTM (24 Items), ERI (16 Items), PHQ - Modul psychosoziale Stressoren (10 Items), EUROHIS-QOL-8 Items-Index (8 Items), PSS-K (8 Items), IPO (16 Items).

<u>Zielorientierte Gruppennachsorge - ZIGNA</u>

In diesem Setting werden Patienten/-innen nach einer psychosomatischen Reha in Gruppen von 8-12 Patienten/-innen versorgt, die von einer Psychologin/einem Psychologen geleitet

wird. Ziel ist die Verbesserung von Aktivität und Teilhabe und der Transfer des Reha-Ergebnisses in den Alltag. Das Konzept orientiert sich am Hannover Curriculum (Kobelt et al. 2001) mit folgenden Modifikationen: Es sind zusätzliche Vor- und Nachgespräche im Einzelsetting geplant, und die Inhalte sind gruppendynamisch gestaltet. Das Gruppenangebot wird in wöchentlichen Terminen unter der Woche über 4 Monate oder als Blockseminar samstags angeboten.

Individuelle Psychosoziale Nachsorge - IPN

IPN basiert auf den Grundsätzen des Case Managements. Ziel ist, in bis zu 10 Beratungsgesprächen mit einem/einer Sozialarbeiter/-in die in der Reha erarbeiteten Ziele weiter zu verfolgen und Unterstützung bei der Überleitung zu nachgehenden ambulanten Hilfen zu geben, z. B. Beratung und Information zu persönlichen und sozialen Fragen und bei Problemen am Arbeitsplatz oder die Überleitung zu Rechts- oder Schuldnerberatungsstellen.

Der Auswertung liegt ein kompletter Datensatz (T0, T1, T2, T3) von 61 Rehabilitanden/-innen der ZIGNA, 27 Rehabilitanden/-innen der IPN, 32 Rehabilitanden/-innen mit alternativer Nachsorge und 369 Rehabilitanden/-innen ohne Nachsorgeprogramm zugrunde.

Die Effektstärken (SRM) von T0 zu T1 unterscheiden sich auf den verschiedenen Skalen des HEALTH49 und bei der Lebensqualität (EUROHIS-QOL). Auf den Skalen „Psychische und somatoforme Beschwerden“, „interaktionelle Schwierigkeiten“ und beim „HEALTH-Gesamtscore“ variieren sie zwischen 0,37 und 1,08. Auf der Skala „Soziale Belastung“ und bei der Lebensqualität liegen die Effektstärken zwischen 0,03 und 0,62. Die höher belasteten IPN-Teilnehmer weisen die geringeren Effektstärken von Reha-Beginn zu Reha-Ende auf, zeigen aber von Reha-Ende bis zur 1-Jahreskatamnese keinen Rückgang des Effekts, sondern eine leichte Steigerung (SRM T1-T3 von 0,1 bis 0,28). Bei den Rehabilitanden/-innen ohne Nachsorge verringert sich der Effekt auf den oben genannten HEALTH-Skalen und dem EUROHIS-QOL am deutlichsten (SRM T1-T3 von -0,01 bis -0,38). Die ZIGNA-Teilnehmer und die Teilnehmer alternativer Nachsorgeprogramme zeigen auf diesen Skalen eine geringere Verschlechterung von Reha-Ende zum 1-Jahreskatamnesezeitpunkt, bei der Skala „soziale Belastung“ sogar eine Steigerung des Effekts (ZIGNA: SRM T1-T3 von -0,26 bis 0,16; altern.: SRM T1-T3 von -0,3 bis 0,25).

Fazit

ZINA bietet ein differenziertes psychosomatisches Nachsorgeprogramm, das die psychosoziale Beeinträchtigung berücksichtigt. Die berichteten Effektstärken stimmen mit den aus der Literatur bekannten Ergebnissen überein. Es zeigen sich meist hohe Effektstärken zu Reha-Ende, jedoch ein unterschiedlich starker Abfall der Effektstärken zwölf Monate nach Reha-Ende. Im Vergleich zu den Rehabilitanden/-innen ohne Nachsorge zeigen die Teilnehmer/-innen sowohl der zielorientierten Gruppennachsorge als auch alternativer Nachsorgeangebote eine Stabilisierung des Effekts. Auch bei den psychosozial höher belasteten Teilnehmern der Individuellen Psychosozialen Nachsorge konnten die Effekte verstetigt bzw. gesteigert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

Deck, R., Glaser-Möller, N., Mittag, O. (Hrsg.) (2004). Rehabilitation und Nachsorge. Lage: Jacobs.

Haaf, H.-G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Rehabilitation, 44. e1-e20.

Kobelt, A., Nickel, L., Grosch, E.V., Lamprecht, F., Künsebeck, H. (2004): Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. Psychother Psych Med, 54. 58-64

Martius Ph. (2012). „Ich habe fertig!“ – Gesundheitliche Folgen von Arbeitsbelastungen am Beispiel des Burn-out-Syndroms in einem biopsychosozialen Kontext. In: Gahleitner S. B., Hahn, G. (Hrsg.): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Bonn, Psychiatrie-Vlg., S. 145-163.

Petermann, F., Koch, U. (2009): Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? Rehabilitation, 48. 257-262.

ÖdiPLUS - ein erweitertes Konzept zur psychologischen Behandlung von Ödempatientinnen

Grüny, W. (1), Rabus, A. (2)

(1) Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik Taunus, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Nauheim, (2) Medizinisches Versorgungszentrum der Fresenius Medical Care Frankfurt am Main

Zielstellung

Ödeme sind ein Symptom, dem zahlreiche Ursachen zugrunde liegen können. Sie können sowohl genetisch bedingt, als auch als Folge einer Funktionsstörung von Organen, Traumata, Infektionen etc. auftreten. In der lymphologischen Fachabteilung werden überwiegend Patienten mit Lymph-, Lip- und Phlebödemen oder in Kombinationen dieser Ödemformen behandelt. Durch die Zunahme von interstitieller Flüssigkeit kommt es zu Bewegungseinschränkungen und im späteren Stadium zur Verformung des Körperbilds, sowie beim Lipödem zu einem Druckschmerz. Die symptomatische Behandlung der Ödeme besteht in der Komplexen Physikalischen Entstauung (manuelle Lymphdrainage, Kompressionstherapie), einer ausführlichen Aufklärung über die Erkrankung, sowie Bewegungstherapie, Ernährungsberatung und Hautschutz.

Neben den körperlichen Einschränkungen leiden zahlreiche Ödempatientinnen unter einer psychischen Belastung aufgrund der Körperbildveränderung. Oft entstehen infolge der Ödemerkrankung psychische Schwierigkeiten auf behavioraler, emotionaler und kognitiver Ebene. Dies kann zu einer depressiven Symptomatik führen. Laut einer Studie von Flaggl et al. (2006) finden sich bei jeweils 1/3 der lymphologischen Rehabilitanden eine erhöhte oder sogar behandlungsbedürftige psychische Belastung. Auch in der neuen S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme (AWMF, 2017) wird auf die Relevanz einer psychologischen Mitbehandlung verwiesen. Bislang gibt es kaum etablierte spezifische Konzepte zur psychologischen Unterstützung von Ödempatienten. Ziel unserer Arbeit ist, einerseits ein ökonomisches Messinstrument zur Erfassung der psychischen Belastung bei Ödempatientinnen zu erstellen, anderseits ein adäquates Therapiekonzept zur Behandlung der psychischen Begleiterscheinungen zu entwickeln

Methoden

An der Untersuchung nahmen 299 lymphologische Patientinnen im Alter von 19 - 77 Jahren (MW= 49.56, SD = 10.36) teil. Die Patientinnen befanden sich alle in einer Rehabilitation im Reha-Zentrum Bad Nauheim der DRV Bund, Klinik Taunus. Als gesunde Vergleichsstichprobe dienten 113 gesunde Frauen im Alter von 16 - 73 Jahren (MW = 48.89, SD = 10.88). Die Patientinnen füllten den Fragebogen zur Erfassung des Körperbilds bei Ödemerkrankungen (FKBÖ) aus. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an den Fragebogen zur Erfassung

des Körperbilds nach Brandverletzungen von Brenner (2006) entwickelt. Die gesunden Probandinnen erhielten eine angepasste Version des Fragebogens, der sich allgemein auf das Körperbild bezog. Der Fragebogen erfasst mit 24 Items Schwierigkeiten und Belastungen aufgrund des Körperbilds, sowie mit drei Zusatzitems die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die Körperakzeptanz und die Relevanz des Themas „Aussehen". Die Patientinnen bearbeiteten zudem als Maß der psychischen Belastung zu Beginn des Rehabilitationsaufenthalts den PHQ-4 (Spitzer et al., 2005) sowie das Distress-Thermometer (Mehnert, 2006), das am Ende erneut ausgefüllt wurde. Zudem wurden Alter, Geschlecht und BMI aller Teilnehmerinnen erfasst.

Die Datenauswertung erfolgte mittels SPSS 15.0.

Ergebnisse

Im Schnitt zeigten unsere Patientinnen zum Aufnahmezeitpunkt eine erhöhte psychische Belastung (Distress-Thermometer: N = 256, MW = 6.84, SD = 6.14; PHQ-4: N = 256, MW = 4,43, SD = 6,66). Zum Behandlungsende zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Belastung auf dem Distress-Thermometer (df = 234, T = 8.052, p <.000).

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Patientinnen und den Gesunden auf allen FKBÖ-Skalen (p <.000). Signifikante Korrelationen der einzelnen FKBÖ-Skalen untereinander mit dem BMI und psychischen Belastungen bestätigen das Konstrukt. Ebenso konnten in einer Diskriminanzanalyse aufgrund des FKBÖ 80.2 % aller Teilnehmerinnen der Patienten- bzw. Kontrollgruppe zugewiesen werden. Es erfolgte die Bildung eines Cut-Off-Werts für die FKBÖ-Skalen gemäß der allgemeinen testpsychologischen Praxis (MW ±1SD).

Fazit

Insgesamt zeigen Patientinnen mit einer Ödemerkrankung eine deutlich erhöhte Belastung im Umgang mit dem eigenen Körper, sowie eine geringe Körperzufriedenheit und -akzeptanz im Vergleich zu gleichaltrigen, gesunden Frauen. Zudem zeigt sich, dass eine negativere Einstellung zum eigenen Körper mit erhöhter psychischer Belastung einhergeht. Durch den FKBÖ mit Cut-off-Werten steht nun ein gutes, ökonomisches Messinstrument zur Erfassung spezifischer Belastungen bei Ödemerkrankungen bereit.

Aufgrund der hohen Belastungen im Umgang mit dem eignen Körper, haben wir ein Gruppenkonzept zur Steigerung der Körperakzeptanz bei Ödempatientinnen in der Rehabilitation (ÖdiPLUS) erarbeitet. Das Konzept umfasst 4 Sitzungen à 50min. In den einzelnen Sitzungen werden die Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung gemeinsam erörtert und Bewältigungsstrategien erarbeitet. Zudem erfolgt Arbeit an der Krankheits- und Körperakzeptanz. Das Konzept beinhaltet zahlreiche Diskussionen, Metaphern und Übungen. Ziel ist die Förderung eines gesunden Lebensstils, Abbau von Vermeidung und negativer kognitiver Verzerrung, sowie das Fördern von Aktivität und damit die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung.

Wünschenswert wäre aufgrund der positiven Rückmeldungen der Patientinnen zu diesem Konzept die Umsetzung in weiteren Einrichtungen zur Ergänzung der bisherigen Standardtherapie mit dem Reha-Ziel der umfassenden Förderung der funktionalen Gesundheit.

Literatur

AWMF (2017). S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, AWMF Reg.-Nr. 058-001.

AWMF (2015). S1-Leitlinine Lipödem, AWMF Reg.-Nr. 037-012.

Brenner, C. (2006). Entwicklung eines Fragebogens zum Körperbild nach Brandverletzungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.

Flaggl F., Döller W., Jäger G., Apich G. (2006). Prävalenz komorbider psychischer Störungen bei Lymphödempatienten in der medizinischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation; 7(1):75-82.

Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers - Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie, 54 (3), 213-223.

„Attraktivität ist natürlich nichts, was mit Krankheit aufhört". Die psychologische Bedeutung von Hilfsmitteln für die NutzerInnen – Ergebnisse aus dem Projekt „Anwenderbedürfnisse bezüglich selbstwertschützender Assistenzsysteme"

Kleineke, V.E., Menzel-Begemann, A.

Fachhochschule Münster

Zielstellung

Der sozialrechtliche Auftrag der Rehabilitation verlangt u.a. nach Maßnahmen zur Verhinderung eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben resp. zur möglichst dauerhaften Wiedereingliederung (§9 SGB VI) im Sinne der Förderung von Selbstbestimmtheit sowie gesellschaftlicher Teilhabe (§1 SGB IX). Hierzu gehört auch die Berücksichtigung erforderlicher Hilfsmittel und Assistenzen. Erfahrungen aus der Praxis zeigen allerdings, dass diese von den NutzerInnen unterschiedlich stark akzeptiert und im Alltag integriert werden (Aleksov et al. 2012). Die psychologische Bedeutung solcher Assistenzsysteme wurde im Gegensatz zu ergonomischen und funktionalen Aspekten bisher entweder nicht oder zu wenig beachtet bzw. unterschätzt, kann aber für die Akzeptanz und somit die teilhabeförderliche Nutzung der Hilfsmittel und Assistenzsysteme eine zentrale Rolle spielen. Der Selbstwert, der ein verhaltensrelevantes Konstrukt darstellt und zudem dynamisch, d.h. auch wandel- und beeinflussbar ist (Keller 2007), kann hierbei von Bedeutung sein. Daher stellt sich die Frage, welche Merkmale von Hilfsmitteln als selbstwertschützend und welche als selbstwertverletzend wahrgenommen werden und welche Bedeutung dies für einen umfassend am Patienten orientierten Prozess der Versorgung mit Hilfsmitteln/Assistenzsystemen haben kann.

Methoden

Um die Frage nach selbstwertschützenden bzw. selbstwertverletzenden Aspekten im Zusammenhang mit Hilfsmitteln und Assistenzsystemen zu beantworten, wurde ein qualitatives

Studiendesign gewählt. Es wurden 16 leitfadengestützte qualitative Interviews mit NutzerInnen von Hilfsmitteln durchgeführt. Dabei wurden Personen unterschiedlicher Altersgruppen und mit unterschiedlichen Hilfsmitteln, vorwiegend aus den Bereichen Mobilität und Kommunikation, befragt. Zusätzlich wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt, eine mit potenziellen NutzerInnen und eine mit Personen, die beruflich mit NutzerInnen von Hilfsmitteln zu tun haben. Ausgewertet wurde angelehnt an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Es wurde ein Kategoriensystem gebildet, das sich sowohl induktiv (aus den theoretischen Vorannahmen über das Konstrukt des Selbstwertes) als auch deduktiv (aus den für die TeilnehmerInnen bedeutsamen Themen, die aus dem empirischen Material hervorgingen) ableitete. Innerhalb dieser inhaltlichen Kategorien wurden Querschnittsthemen identifiziert, die mit dem Selbstwert in Zusammenhang stehen.

Ergebnisse

Es entstanden acht Oberkategorien, die unterschiedlich stark mit dem Konstrukt des Selbstwertes verknüpft sind: darunter bspw. Merkmale des Hilfsmittels/Assistenzsystems, der empfundene Nutzen, persönliche sowie gesellschaftliche Haltungen gegenüber dem Hilfsmittel/Assistenzsystem sowie der Prozess der Gewöhnung an die Nutzung. Psychologische Aspekte scheinen dabei als Querschnittsthema in fast allen Kategorien auf. So werden unter dem Nutzen des Hilfsmittels/Assistenzsystems nicht nur funktionale Aspekte benannt, sondern auch solche, die zu einer (sowohl positiv als auch negativ deutbaren) veränderten Aufmerksamkeit auf die eigene Person führen: „…das hab ich jetzt abends irgendwie öfter mal gemerkt, wenn man irgendwie schon mal unterwegs ist und irgendwie ist es auch n ganz guter Conversationstarter. (…) Insofern ist das auch nochmal so ‘n Vorteil an den man halt tatsächlich gar nicht denkt vorher“ [I5Z314-318]. Wiedergewonnene Teilhabe durch Assistenzen umfasst nicht nur Bereiche der Mobilität oder sozialen Partizipation, sondern auch die Möglichkeit, sich selbst als Person zu definieren: „Aber das Gehen als Ausdruck meines Mensch-Seins irgendwie, das möchte ich mir so lange erhalten wie möglich. (…) Gehen unter anderen Gehenden. (--) Teilhaben an dieser großen Gehmenge. Das ist toll.“ [I13,Z369-371;1212-1213] Den NutzerInnen ist die Wirkung mit ihrem Hilfsmittel/Assistenzsystem von Bedeutung, wobei auch die Rückmeldung des Fachpersonals eine Rolle spielt: „…bei den Therapeuten, wenn die dann versuchen, irgendwelchen Patienten Rollatoren anzudrehen. Dann müssen die ja sowas sagen wie ´Sieht doch gut aus´ oder so. Müssen die nicht sagen. Aber ich hab das schon häufig gehört. Und das ist fatal“ [I13,Z532-535].

Fazit

Die Rehabilitation ist ein Setting, in dem Betroffene häufig erstmals mit einem/ihrem Hilfsmittel/Assistenzsystem in Kontakt treten. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass psychologische Aspekte, darunter solche, die den Selbstwert einer Person berühren, für die NutzerInnen von Bedeutung sind. Das medizinische und therapeutische Personal – als relevanter Umweltfaktor in der Rehabilitation – sollte also für diese Aspekte, die Einfluss auf die Akzeptanz und Inanspruchnahme sowie das Wohlbefinden und damit die Teilhabe ausüben, sensibilisiert werden (BMBF, 2017). Es braucht bei den Fachkräften Expertise, inwiefern das therapeutische Setting dazu beitragen kann, über eine positive Beeinflussung des Selbstwertes im Zusammenhang mit Hilfsmitteln/Assistenzsystemen deren Akzeptanz zu steigern. Ansatzpunkte dazu könnten eine intensivierte partizipative Einbindung der

NutzerInnen in den Verordnungsprozess, eine Abwägung etwaiger (psychologischer) Vor- und Nachteile, Anbahnung einer reflektierten Selbstbeobachtung sowie die Möglichkeit des Einholens von (kongruentem) Feedback sein. Als Fazit für die Praxis ergibt sich daraus, dass psychologische Aspekte im Zusammenhang mit Hilfsmitteln/Assistenzsystemen von den MitarbeiterInnen gezielt angesprochen werden bzw. diese Aspekte sich in Fortbildungsangeboten für MitarbeiterInnen widerspiegeln sollten.

Literatur

Aleksov, J., Held-Wehmer, A., Löhnert, D., Nicolaides-Franz, C., Schulze, D., Templin E., Wallis, J. (2012). Hilfsmittelversorgung von Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen. Neurol Rehabil 2012; 18 (1): 55-62.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2017). Humanoide Roboter: sympathisch oder unheimlich? https://www.bmbf.de/de/humanoide-roboter-sympathisch-oder-unheimlich-4918.html, Abruf: 18.10.2017.

Keller, D. (2007) Konzept und Konstrukt des Selbstwertes und seine Relevanz für die Psychotherapie. Polyloge. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“, 15/2007. 1-77.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz.

Einstieg ins erwerbsbiographische Leben: Motive zur (Erst-)Berufswahl bei beruflichen Rehabilitanden

Knispel, J., Arling, V.

Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Zielstellung

Mit der Entscheidung, welcher Beruf nach der Schule ausgeübt werden soll, prägen Arbeitnehmer in der Regel einen großen Teil ihres Erwerbslebens und damit ihre beruflichen Erfahrungen (vgl. ökologisches Modell, zit. nach Breaugh, 2009). In diesem Zusammenhang sind nicht nur persönliche Neigungen und Fähigkeiten wichtig, sondern auch die Frage nach der Motivlage.

Im Sinne der Selbstbestimmungstheorie (z. B. Deci, Ryan, 2008) aus der Motivationsforschung spricht eine intrinsische Motivation für ein autonomes, selbstbestimmtes Handeln (z. B. Interesse an Arbeitsinhalten als Berufswahlmotiv). Eine extrinsische Motivation hingegen spricht gegen eine selbstbestimmte Berufsentscheidung (z. B. Zwang durch die Eltern). Studien zeigen übereinstimmend, dass Menschen mit intrinsischer Motivation zufriedener mit ihrem Beruf sind, Anforderungen des Berufs besser bewältigen können und eine positivere Gesundheitsbewertung haben (z. B. Vansteenkiste et al., 2007).

Die Relevanz der Motivlage bei der Wahl des Erstberufs ist auch für die Berufliche Rehabilitation ein wichtiges Thema: Interviews mit Experten der beruflichen Rehabilitation aus Berufsförderungswerken und Berufstrainingszentren (z. B. Psychologen, Arbeitspädagogen, Ausbilder) gaben im Rahmen einer Vorstudie Hinweis darauf, dass es maßgeblich von Bedeutung

ist, mit welcher Motivlage (extrinsisch bzw. intrinsisch) sich Rehabilitanden für ihren Erstberuf entschieden haben.

In diesem Sinne wird mit der vorliegenden Studie geprüft, ob sich die Motive zur Berufswahl zwischen beruflichen Rehabilitanden und Arbeitnehmern ohne Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) unterscheiden.

Methoden

Im Zeitraum zwischen Juni und Dezember 2016 wurden 30 Teilnehmer einer beruflichen Umschulungsmaßnahme (9x Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen, 9x Bauzeichner/-in, 8x Kaufmann/-frau im Büromanagement, 4x Fachinformatiker/-in) im Berufsförderungswerk Köln und 30 Arbeitnehmer ohne LTA-Bedarf und -Erfahrung mit Hilfe eines identischen, teilstandardisierten Fragebogens interviewt. Gegenstand des Interviews war die Beschreibung der bisherigen Erwerbsbiographie sowie Fragen zu den Motiven der ersten Berufswahl als Einstieg ins Erwerbsleben.

Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2010). Pro Teilnehmer wurde geprüft, ob eine intrinsische oder extrinsische Motivlage ausschlaggebend für die Berufswahl war. Ein extrinsisches Motiv war z. B. dann gegeben, wenn familiärer Druck bzw. Zwang, der Mangel an verfügbaren Alternativen oder die Erstberufswahl als zufälliges Ereignis von den Teilnehmern berichtet wurde. Ein intrinsisches Motiv lag dann vor, wenn ein explizites Interesse für die Inhalte des angestrebten Berufes bzw. die Verknüpfung des Berufswunsches mit vergangenen Lebensereignissen genannt wurde.

Ergebnisse

Beide Stichproben waren vergleichbar hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale (berufliche Rehabilitanden: 11♀, 19♂; Alter: AM = 39,8 Jahre, SD = 7,70 Jahre - Arbeitnehmer ohne LTA-Bedarf: 13♀, 17♂; Alter: AM = 37,9 Jahre, SD = 7,50 Jahre). Von den beruflichen Rehabilitanden hatten zehn Personen eine körperliche Problemlage und 17 Teilnehmer eine psychische bzw. komorbide Diagnose (3x kA); bei den Arbeitnehmern ohne LTA-Bedarf gaben 18 Teilnehmer keine Beschwerden an, sechs Personen klagten über körperliche Einschränkungen und sechs Personen hatten eine psychische bzw. komorbide Problematik. In Bezug auf den erlernten Erstberuf zeigte sich in beiden Stichproben ein äußerst heterogenes Bild erlernter Berufe.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass berufliche Rehabilitanden häufiger aus externen Motiven heraus zu ihrem Erstberuf finden als Menschen ohne LTA-Bedarf. 18 berufliche Rehabilitanden (60 %) gaben an, ihren Erstberuf primär aus extrinsischen Motiven gewählt zu haben, was nur auf zwölf Personen ohne LTA-Bedarf (40 %) zutraf. Elf berufliche Rehabilitanden (36,67 %) berichteten, dass sie aus intrinsischen Gründen zum Erstberuf fanden (1x kA, 3,33 %). Intrinsisch motiviert fanden demgegenüber 17 Personen ohne LTA-Bedarf zum Erstberuf (56,68 %) (1x kA, 3,33 %).

Fazit

Die vorab dargestellten Ergebnisse bestätigen die mögliche Problematik extrinsisch motivierter Berufswahl. Dieser Umstand hat vor dem Hintergrund, dass berufliche Rehabilitanden häufig aus gesundheitlichen Gründen aus ihrem Erstberuf ausscheiden, ein besonderes Ge-

wicht. Im Sinne der Wichtigkeit intrinsisch motivierten Handelns (vgl. Selbstbestimmungstheorie von Deci, Ryan, 2008) sollte die Motivlage daher insbesondere vor dem Hintergrund der beruflichen Neuorientierung bzw. entsprechender beruflicher Anforderungen aktiv im Rehabilitationsprozess reflektiert werden.

Literatur

Breaugh, J. (2009): The use of biodata for employee selection: Past research and future directions. Human Resource Management Review, 19. 219 - 231.

Deci, E.L., Ryan, R.M (2008): Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. Canadian Psychology, 49. 182 - 185.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.

Vansteenkiste, M., Neyrinck, B., Niemiec, C.P. De Witte, H., Van den Broeck, A. (2007): On the relations among work value orientations, psychological need satisfaction and job outcomes: A self-determination theory approach. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 80. 251 - 277.

Virtuelle Realität als neue Chance in der Rehabilitation? - Eine Analyse zur Motivation von Rehabilitanden

Waldmann, G., Seidel, S.

MediClin Reha-Zentrum Bad Düben

Zielstellung

Die Vorteile virtueller Umgebungen und Trainingsprogramme sind für die Rehabilitationsbehandlung, einschließlich der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation und der beruflichen Rehabilitation vielfältig. Transfereffekte vom virtuellen Raum in die reale Umgebung wurden bereits vielfach dokumentiert. Darüber hinaus kann eine virtuelle Trainingsumgebung so konstruiert sein, dass sie überwiegend motivierende Rückmeldungen gibt und die Komplexität der Aufgabenstellung entsprechend der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden unmittelbar steuert. Lernsituationen können beliebig oft wiederholt werden, fehlerhafte Handlungen sind ohne Folgen reversibel, das Lernen aus Fehlern und Bestimmen der Leistungsgrenzen sind leicht realisierbar, Lernhandlungen verursachen keine Kosten und stehen prinzipiell unbegrenzt zur Verfügung. Wahrnehmung und Lernen unter den Bedingungen virtueller Realität wurde sowohl bei Gesunden, als auch bei hirnverletzten Personen untersucht (Kim et al., 2011, Rose, 1996, Rose et al., 1998, Rose et al., 2005, Jenewein et al., 2009). Dabei zeigt sich, dass virtuelle Realität in der Rehabilitation von Hirnschädigungen bereits hinsichtlich kognitiver Assessments und kognitiver Rehabilitation mit technisch einfachen Systemen fest etabliert ist.

In der motorischen Rehabilitation haben Systeme der virtuellen Realität noch keinen festen Platz gefunden. Untersuchungen mit wenig immersiven Systemen haben zumindest erste positive Effekte in der Rehabilitation der oberen Extremitäten gezeigt (Turolla et al. 2013). Für eine flächendeckende Anwendung ist eine komfortable technische Anwendbarkeit und

sichere Bewegungsdetektion Voraussetzung. Therapeutengebundene rehabilitative Interventionen waren reinen technischen Interventionen bzw. virtuellen Umgebungen bisher überlegen. Erst mit der Entwicklung von neuen Bewegungsdetektionssystemen der Spieleindustrie der letzten Jahre entstanden neue und alltagspraktische Voraussetzungen für den Einsatz virtueller Umgebungen in der motorischen Rehabilitation (Wendleder et al., 2011).

Methoden

Im Zeitraum 2013 bis 2015 wurden 122 Rehabilitanden, davon 58 im erwerbsfähigen Alter, während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur individuell eingeschätzten, denkbaren Wirkung von virtueller Realität für verschiedene Rehabilitationsbereiche sowie Freizeitaktivitäten befragt.

Ergebnisse

In der Gesamttendenz können sich die Rehabilitanden virtuelle Realität in Rehabilitationsmaßnahmen mit aktiven Bewegungsinhalten (Krankengymnastik, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie) gut vorstellen (Mittelwert Note 2,3). Virtuelle Realität bei überwiegend passiven Maßnahmen bzw. „sprechenden“ Therapien wurde mit 2,8 bewertet. Innerhalb letzterer Gruppe schnitt jedoch virtuelle Realität in Entspannungsübungen überraschend gut ab mit der Note 2,1.

Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter unterschieden sich in der Bewertung von virtueller Realität nicht wesentlich von Rehabilitanden, die sich in der Altersrente befanden. Erstere konnten sich virtuelle Realität jedoch im Freizeitangebot besser vorstellen (Noten 2,5 vs. 3,1).

Fazit

Welchen Nutzen virtuelle Realität in den verschiedenen Rehabilitationsbereichen erbringen kann, wird in den nächsten Jahren umfangreich untersucht werden. Erfahrungswerte sammeln schon jetzt viele Einrichtungen mittels professioneller Systeme oder Geräte aus der Spieleindustrie. Die wenigen Daten, die bislang vorliegen, haben eine industrielle Entwicklung von Systemen der virtuellen Realität in der Rehabilitation und einen flächendeckenden Einsatz noch nicht fördern können. Um Kenntnisse über die Bereitschaft der Zielgruppe, der Rehabilitanden, Systeme der virtuellen Realität anzunehmen zu ermitteln war dieser erste Schritt erforderlich.

Die Ergebnisse zeigen eine prinzipielle Bereitschaft dazu an. Da in der Bevölkerung Spielekonsolen mit bewegungsfördernden Anwendungen überwiegend bekannt sind, wundert es nicht, dass bewegungsfördernde virtuelle Realität höher bewertet wird als passive Maßnahmen. Trotzdem besteht ein hoher Zuspruch zu den traditionellen Rehabilitationsabläufen.

Weitere Untersuchungen zur virtuellen Realität in der Rehabilitation stehen aus. Diese können nur in enger Abstimmung zwischen Rehabilitationsexperten, Pädagogen und medizintechnischen Ingenieuren zu den Reha-Detailbereichen erfolgen.

Literatur

Jenewein, K., Hundt, D. (2009). Wahrnehmung und Lernen in virtueller Realität – Psychologische Korrelate und exemplarisches Forschungsdesign. IBBP-Arbeitsbericht Nr. 67.

Kim, B.R., Chun M.H., Kim L.S., Park J.Y. (2011). Effect of virtual reality on cognition in stroke patients. Ann. Rehabil. Med.

Matheis RJ et al. (2007). Is learning and memory different in a virtual environment? Clin Neuropsychol. Jan;21(1):146-161..

Rose, F.D. (1996). Virtual reality in rehabilitation following traumatic brain injury. Virtual Reality & Assoc. Tech.,Maidenhead, UK; 5-12.

Rose, F.D., Attree E.A., Brooks, B.M., Johnson, D.A. (1998). Virtual environments in brain damage rehabilitation: A rationale from basic neuroscience. Ios Press: Amsterdam, Netherlands..

Rose, F.D., Brooks, B.M., Rizzo, A.A. (2005). Virtual reality in brain damage rehabilitation: Review. CyberPsychology & Behavior Vol.8.: 241-261.

Turolla, A., Dam, M., Ventura, L., Tonin, P., Zucconi, C., Kiper, P., Cagnin, A., Piron, L. (2013). Virtual reality for the rehabilitation of the upper limb motor function after stroke: a prospective controlled trial. JNER 2013 10:85.

Wendleder, A., Grohnert A., Klose S., John M., Siewert J. (2011) Bewegungsverfolgung für Präventions- und Rehabilitationsübungen: Evaluation des Kinect-Sensors und eines markerbasierten Systems. Mensch & Computer, 391-396, Oldenburg Verlag München.

Informationen über Einschränkungen als Stellschraube bei der Personaleinstellung von psychisch erkrankten Bewerbern

Slavchova, V., Arling, V.

Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Zielstellung

Gesellschaftliche Inklusion behinderter Menschen wurde 2006 mit der UN-Behindertenrechtskonvention gesetzlich verankert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). Im Kontrast zur gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen ergab eine Studie mit fingierten Bewerbungssituationen, dass gerade psychisch erkrankte Individuen gegenüber gesunden Bewerbern deutlich im Nachteil sind (Slavchova et al., 2016) und ihnen in diesem Zusammenhang ungünstigere Attribute zugeschrieben werden (Slavchova et al., 2017).

Sozialpsychologische Studien zeigen in diesem Kontext, dass Einstellungen gegenüber anderen Gruppen positiv beeinflusst werden können, wenn man gezielte Informationen über diese Gruppe bereitstellt (Stangor, et. al., 2001). Ziel der vorliegenden Studie war es in diesem Zusammenhang, anhand von fingierten Bewerbungssituation mit psychisch erkrankten Menschen zu überprüfen, ob konkrete Informationen über Behinderungen und deren Auswirkungen den Prozess der beruflichen Inklusion unterstützen können.

Methoden

Im Rahmen einer Online-Studie nahmen insgesamt 139 Personen teil (85 ♀, 54 ♂). Das durchschnittliche Alter betrug 29,56 Jahre (SD = 11,08 Jahre). 132 Teilnehmer (95 %) hatten eine deutsche Staatsangehörigkeit (7 sonstige Staatsangehörigkeiten). Alle Studienteilneh-

mer bewerteten vier Bewerbungssituationen in einem zweistufigen Verfahren. Die ausgeschriebene Stelle bezog sich auf eine kaufmännische Tätigkeit in einem mittelständigen Unternehmen.

In der ersten Auswahl-Stufe stand ein gesunder Bewerber jeweils (1) einem depressiven Bewerber, (2) einem Bewerber mit Burn-Out, (3) einem schizophrenen Bewerber und (4) einem Bewerber mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gegenüber. Dabei waren gesunder und psychisch erkrankter Bewerber explizit gleich qualifiziert. Den Probanden wurde lediglich die Diagnose des erkrankten Bewerbers mitgeteilt. Hierzu galt es, die erste Personalentscheidung zu treffen (Auswahl: gesunder Bewerber oder psychisch erkrankter Bewerber).

In der zweiten Auswahl-Stufe erhielten die Studienteilnehmer pro Behinderung nach jeder Entscheidung konkrete, berufsrelevante Informationen über das jeweilige Erkrankungsbild (z. B. Depression: „Der Bewerber mit Depression teilt Ihnen mit, dass er wegen der Depression vor zwei Jahren medikamentös eingestellt worden ist. Deswegen kann er für ihn schwierige Situationen mittlerweile gut erkennen. In Bezug auf die Arbeitstätigkeit ist es für ihn wichtig, dass es in manchen Phasen Rückzugsmöglichkeiten gibt.“). Nach den Informationen sollten die Studienteilnehmer entscheiden, ob sie ihre bisherige Personalentscheidung beibehalten oder revidieren wollten.

Ergebnisse

Grundsätzlich gilt analog zu bisherigen Forschungsergebnissen, dass Bewerber aller vier psychischen Erkrankungsformen deutlich seltener als der gesunde Bewerber ausgewählt wurden. Weiterhin zeigt sich, dass Persönlichkeitsstörungen (Schizophrenie und Borderline) gegenüber affektiven Störungen (Depression und Burn-Out) zusätzlich noch benachteiligt wurden.

Die Quote derer, die unter alleiniger Kenntnis der Diagnose zunächst den gesunden Bewerber wählte (Stufe 1) und sich dann nach Erhalt zusätzlicher Informationen für den psychisch erkrankten Bewerber umentschied (Stufe 2), liegt für den depressiven Bewerber bei 23,7%, für den Bewerber mit Burn-Out bei 20,9%, für den schizophrenen Bewerber bei 15,8% und für den Bewerber mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bei 25,2%. Somit führen die in der zweiten Auswahl-Stufe ergänzten Informationen über die Krankheitsbilder dazu, dass einige Studienteilnehmer ihre Personalentscheidung revidieren. Die zentralen Ergebnisse der ersten und zweiten Auswahl-Stufe sind noch einmal in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tab. 1: Personalentscheidung für bzw. gegen unterschiedliche Formen der psychischen Erkrankung in Abhängigkeit von Informationen über die Erkrankung

	Depression	Burn-Out	Schizophrenie	Borderline-PS
Stufe 1: Entscheidung ohne Information über Erkrankung				
Entscheidung für gesunden Bewerber	113 (81,3 %)	107 (77,0 %)	130 (93,5 %)	133 (95,7 %)
Entscheidung für erkrankten Bewerber	26 (18,7 %)	32 (23,0 %)	9 (6,5 %)	6 (4,3 %)
∑	*139 (100 %)*	*139 (100 %)*	*139 (100 %)*	*139 (100 %)*
Stufe 2: Entscheidung mit berufsbezogenen Informationen über Erkrankung und deren Auswirkung				
Entscheidung für gesunden Bewerber, keine Anpassung der Entscheidung durch Informationen	82 (59 %)	78 (56,1 %)	108 (77 %)	97 (69,8 %)
Entscheidung für erkrankten Bewerber, keine Anpassung der Entscheidung durch Informationen	23 (16,5 %)	29 (20,9 %)	8 (5,8 %)	7 (5,0 %)
Entscheidung für gesunden Bewerber, nach Informationen Umentscheidung für erkrankten Bewerber	33 (23,7 %)	29 (20,9 %)	22 (15,8 %)	35 (25,2 %)
Entscheidung für behinderten Bewerber, nach Informationen Umentscheidung für gesunden Bewerber	1 (0,7 %)	3 (2,2 %)	1 (0,7 %)	0 (0 %)
∑	*139 (100 %)*	*139 (100 %)*	*139 (100 %)*	*139 (100 %)*

Fazit

Die Ergebnisse geben Hinweis darauf, dass Informationen über konkrete Einschränkungen eine wirksame Stellschraube bei der Personaleinstellung von psychisch erkrankten Bewerbern sein können. Wenn gleich die Informationen nicht alle Studienteilnehmer zum Umdenken bewegen konnten, bleibt festzuhalten, dass sich aus einem Mehr an Informationen keine negativen Konsequenzen für den behinderten Bewerber ergaben.

Durch die Kommunikation konkreter Informationen können Unsicherheiten bzw. Fantasien beim Personalentscheider über Ausmaß und Ausprägung der psychischen Erkrankung entgegengewirkt werden. Die Offenbarung von Störungsbildern und die angemessene Vermittlung arbeitsspezifischer Einschränkungen sollten somit vor dem Hintergrund der Reintegrationsbemühungen psychisch erkrankter Menschen thematisiert werden.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Beschluss zur UN-Behindertenrechtskonvention. URL: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/un-brk.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Abruf: 20.10.2017.

Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V. (2016): Vorurteile gegenüber behinderten Bewerbern im Personalauswahlprozess. 50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Leipzig, Bd. 50. 796.

Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V. (2017): Zuschreibungen in Bezug auf die Personaleinstellung von behinderten Bewerbern – körperliche und psychische Erkrankungen im Vergleich. DRV-Schriften, 111. 221 - 223.

Stangor, C., Sechrist, G. B., Jost, J. T. (2001): Changing racial beliefs by providing consensus information. Personality and Social Psychology Bulletin, 27(4). 486 - 496.

Einstellungen von Ärzten und Therapeuten gegenüber der Anwendung von patientennahen Assessments in der Rehabilitation

Buchholz, M., Meyer-Moock, S., Feng, Y.-S., Kohlmann, T.
Universitätsmedizin Greifswald

Zielstellung

In der medizinischen Rehabilitation werden immer häufiger Assessments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt. Die aus den Assessments gewonnenen Ergebnisparameter dienen dazu, körperliche und psychische Einschränkungen der Patienten zu erfassen sowie den weiteren Versorgungsablauf durch eine für den Patienten adäquate Auswahl an Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern (Kohlmann et al. 2010). Die Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualitätsparameter in der Praxis setzt dabei voraus, dass die am Behandlungsgeschehen beteiligten Mitarbeiter über ausreichend Kenntnisse im Umgang sowie in der Anwendung mit patientennahen Assessments verfügen. In einer multizentrisch longitudinal angelegten Interventionsstudie wurde daher der Frage nachgegangen, welche Einstellungen und Wahrnehmungen Ärzte und Therapeuten im Hinblick auf die Anwendung von patientennahen Assessments in der Versorgung von Patienten mit Unfallverletzungen besitzen.

Methoden

In die Studie wurden zwei Untersuchungsgruppen eingeschlossen: In der Gruppe 1 befinden sich Reha-Einrichtungen, die sich an einem von der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) seit 2006 initiierten Assessmentprogramm im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Unfallverletzungen beteiligen (erfahrene Mitarbeiter). Die Gruppe 2 besteht aus Reha-Einrichtungen, die zu Studienbeginn kein kontinuierliches Assessment-Verfahren im Versorgungsprozess ihrer Patienten verwenden (unerfahrene Mitarbeiter).

Zum Studienbeginn (T1) sowie in einem 9-Monats-Follow-up (T2) erhielten Mitarbeiter der Gruppe 1 (N=113) als auch der Gruppe 2 (N=123) einen Fragebogen, der den Bekanntheitsgrad verschiedener Assessment-Instrumente sowie bestehende Erfahrungen in der Anwendung dieser Instrumente adressierte. In der Phase zwischen den Mitarbeiterbefragungen zu T1 und T2 wurde in Gruppe 1 das von der VBG bestehende Assessmentprogramm weitergeführt und dieses in der Gruppe 2 in der Versorgung von unfallverletzten Patienten integriert. Die nachfolgenden Analysen fokussierten dabei folgende Fragestellungen:

1) Bestehen Unterschiede in den Einstellungen beim Einsatz von patientennahen Assessments zwischen erfahrenen und unerfahrenen Mitarbeitern (Intergruppenvergleich)?
2) Inwieweit haben sich diese Einstellungen bei den Mitarbeitern der Gruppe 2 nach Einführung des Assessmentprogramms verändert (Intragruppenvergleich)?

Ergebnisse

Die an der Studie beteiligten Mitarbeiter waren im Mittel 44,4 Jahre alt, mit 65,0 % überwiegend weiblich und größtenteils der Berufsgruppe der Physiotherapie zuzuordnen. Die beiden Untersuchungsgruppen waren sich in nahezu allen untersuchten soziodemografischen Variablen ähnlich ($p>0.05$). Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit stufte fast jeder Mitarbeiter die Wichtigkeit der Lebensqualitätsmessung für die tägliche Arbeit als bedeutsam ein (Gruppe 1: 92,0 %; Gruppe 2: 94,3 %). Mehr als nur vereinzelte Erfahrungen im Umgang mit den Ergebnissen der Lebensqualitätsmessung lagen erwartungsgemäß häufiger in der Gruppe 1 mit 33,3 % vor (Gruppe 2: 21,9 %). Über ein Drittel der zur Gruppe 1 gehörigen Mitarbeiter gab zudem an, das generische Lebensqualitätsinstrument SF-36 besonders gut zu kennen (Gruppe 1: 31,8 %; Gruppe 2: 10,8 %; $p\leq0.01$). Ein hoher Bekanntheitsgrad der krankheitsspezifischen Assessments WOMAC (Gruppe 1: 28,2 %; Gruppe 2: 12,7 %; $p\leq0.01$) und DASH (Gruppe 1: 51,8 %; Gruppe 2: 30,8 %; $p\leq0.01$) konnte bei diesen Mitarbeitern ebenfalls beobachtet werden. Im Assessment-Programm erfahrene Mitarbeiter waren signifikant ($p\leq0.05$) häufiger an der Verteilung und der Auswertung von Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität beteiligt als Mitarbeiter der Vergleichsgruppe. Auffällig zeigte sich dabei, dass im Gruppenvergleich unerfahrene Mitarbeiter (mit bis zu 13 %-Punkten Unterschied) es wichtiger einschätzten, Ergebnisse der Lebensqualitätsmessung in Therapieentscheidungen über Behandlungsart und -intensität einzubeziehen ($p\leq0.05$).

Nach Einführung des Assessment-Programms in den Reha-Einrichtungen der unerfahrenen Mitarbeiter konnten Verbesserungen im Wissen über die verwendeten Assessments sowie ein vermehrter Umgang in der Verteilung (T1: 30,2 %; T2: 37,0 %; $p>0.05$) und Auswertung (T1: 11,1 %; T2: 27,0 %; $p\leq0.05$) von Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsmessung beobachtet werden. Ebenfalls haben in dieser Gruppe die Erfahrungen in der Arbeit mit den Ergebnissen der Lebensqualitätsmessung zugenommen (T1: 18,8 %; T2: 25,0 %; $p>0.05$). Bemerkenswerterweise verringerte sich in dieser Gruppe die Wichtigkeit der gewonnenen Ergebnisparameter in den Entscheidungen über Behandlungsart und -intensität um bis zu 20 %-Punkte ($p>0.05$).

Fazit

In der vorgestellten Studie wurde die Sicht von Ärzten und Therapeuten auf die Anwendung von patientenbezogenen Assessments im Rehabilitationsprozess von Patienten mit Unfallverletzungen untersucht. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass mit der Einführung eines kontinuierlichen Assessment-Programms das Wissen über die zur Verfügung stehenden Instrumente zunimmt und deren Erfahrungen im Umgang mit den gewonnenen Ergebnissen gesteigert werden kann. Gleichzeitig konnte sowohl im Inter- als auch im Intragruppenvergleich beobachtet werden, dass die stetige Anwendung von patientenbezogenen Assessments zu einer verringerten Einschätzung der Bedeutsamkeit dieser Assessments im Behandlungsprozess führt.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Literatur

Kohlmann, T., Bahr, K., Moock, J. (2010): Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcomekriterium in der Traumatologie. Der Unfallchirurg, 113. 456-61.

InResPro - Integrative Resilienzförderung im Reha-Prozess: Entwicklung einer verhaltens- und verhältnisorientierten Intervention.

Christoffer, A. (1), Altenhöner, T. (2), Heuft, G. (1),
Stock Gissendanner, S. (3) Hinrichs, J. (1)
(1) Universitätsklinikum Münster, (2) Fachhochschule Bielefeld, (3) Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, Berlin

Zielstellung

In der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization (WHO) wird den persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen ein zentraler Stellenwert im Kontext der rehabilitativen Versorgung eingeräumt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008). Es ist anzunehmen, dass ressourcenorientiertes Arbeiten in der Rehabilitation v.a. dann gelingen kann, wenn Mitarbeiter die Ressourcen der Rehabilitanden im eigenen Arbeitsbereich erkennen und zurückmelden sowie gleichzeitig Rehabilitanden ihre eigenen Ressourcen wahrnehmen und diese für ihre Genesung nutzen bzw. ausbauen können (Grawe, Grawe-Gerber 1999; Flückiger, Wüsten 2015). Ressourcenförderung und -aktivierung geht somit nicht nur mit Interventionen für Patienten auf der Verhaltensebene einher sondern auch mit Schulungsangeboten für Behandelnde auf der Verhältnisebene.

Das Ziel der Studie bestand darin, ein indikationsübergreifendes Programm zu entwickeln, das sowohl Reha-Mitarbeiter als auch Rehabilitanden darin unterstützt, patientenbezogene Ressourcen bewusster wahrzunehmen und im Behandlungsprozess zu nutzen. Dieses Programm soll sich in der Endfassung aus einer Fortbildung für Reha-Mitarbeiter zur Stärkung der ressourcenorientierten Arbeit und aus einer Übung für Rehabilitanden zur Förderung der eigenen Ressourcenwahrnehmung zusammensetzen. In diesem Abstract geben wir einen Überblick über das erstellte Konzept und die Inhalte der Mitarbeiterfortbildung des InResPro-Trainingsprogramms.

Methoden

Als Grundlage für die Entwicklung des ressourcenorientierten Programms wurden in der Berolina Klinik Löhne acht Fokusgruppen mit Rehabilitanden und Vertretern verschiedener Berufsgruppen durchgeführt. Inhalte der Fokusgruppen waren die wahrgenommenen ressourcenförderlichen und -hinderlichen Aspekte der Reha-Behandlung im eigenen Arbeitsbereich der Behandelnden bzw. im Rehabilitationsalltag der Patienten sowie deren Auswirkungen auf das persönliche Wohlbefinden und Selbstwirksamkeitserleben der Rehabilitanden. Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und für die methodische wie inhaltliche Ausgestaltung des Trainingsprogrammes genutzt und ausdifferenziert.

Ergebnisse

Das Konzept der Mitarbeiterfortbildung basiert auf der Entwicklung eines gemeinsamen Vorstellungraumes (shared mental model) zum ressourcenorientierten Arbeiten über alle Tätigkeitsbereiche und Berufsgruppen hinweg (Busch, Lorenz, 2010). Darauf aufbauend werden im zweiten Workshopteil konkrete ressourcenorientierte Techniken diskutiert und praktisch eingeübt.

Der Workshop zielt darauf ab, die Reha-Mitarbeiter für das Thema Ressourcen im Kontext des eigenen Arbeitsbereiches zu sensibilisieren und sie dabei zu unterstützen, ressourcenorientierte Techniken zu reflektieren, auszutauschen und im Reha-Alltag verstärkt anzuwenden. Neben der Förderung von Handlungskompetenzen soll durch den berufsgruppenübergreifenden Austausch die Wertschätzung und interdisziplinäre Kommunikation im Reha-Team gefördert werden. Damit eröffnet sich ein zusätzliches Potenzial des Workshops, nicht nur auf der Ebene der Patientenorientierung und Patientenzufriedenheit wirksam zu werden, sondern auch auf der Ebene der Teamentwicklung, der Arbeitszufriedenheit und damit des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Die Fortbildung setzt sich aus zwei aufeinander aufbauenden Modulen zusammen, die sich flexibel je nach den Möglichkeiten und Bedürfnissen der jeweiligen Reha-Klinik in den Arbeitsalltag der Reha-Mitarbeiter einbetten lassen: als Ganztagsveranstaltung (insgesamt 7 Stunden), zwei Halbtagsveranstaltungen (zu je 3,5 Stunden) oder als kleinere Weiterbildungseinheiten (4 Einheiten von etwa 100 Minuten). Die Teilnehmer eines Gruppentrainings sollen sich jeweils aus mindestens zwei Vertretern verschiedener Berufsgruppen zusammensetzen (z. B. Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflegekräfte). Die angestrebte Gruppengröße beträgt 8 bis 12 Reha-Mitarbeiter.

Im Anschluss an eine Einleitungsphase wird im ersten Modul mit den Reha-Mitarbeitern ein gemeinsames mentales Modell zu drei Unterthemen erarbeitet: Definition und Bedeutung der Ressourcenorientierung im eigenen Arbeitsbereich; Rollenverständnis und Funktionen der einzelnen Reha-Mitarbeiter im Kontext der Ressourcenarbeit; ressourcenorientierte Wahrnehmung der Patienten durch die Mitarbeiter. Am Ende dieses Teils entwickeln die Workshop-Teilnehmer kliniktypische Fallvignetten als Grundlage für das zweite Modul. Gegenstand dieses zweiten Fortbildungsteils ist die Reflektion, Entwicklung und Einübung konkreter ressourcenorientierter Techniken mithilfe von praktischen Übungen und Rollenspielen anhand der erarbeiteten Fallbeispiele. Es werden relevante herausfordernde Situationen innerhalb des Reha-Alltags herausgearbeitet, ressourcenorientierte Lösungsansätze generiert und Transfermöglichkeiten der gewonnenen Fertigkeiten in die Reha-Praxis diskutiert.

Fazit

Im Oktober 2017 wird das InResPro-Trainingsprogramm iterativ in Form eines Pilot-Durchlaufs mit Mitarbeitern der Berolina Klinik Löhne auf seine Praxistauglichkeit hin überprüft. Danach werden sich eine Anpassung der bisher ausgearbeiteten inhaltlichen und methodischen Strukturen des Programms und eine abschließende Evaluation der überarbeiteten Version in einer anderen Reha-Klinik anschließen.

Die Forschungsergebnisse werden dazu genutzt, Empfehlungen für eine nachhaltige Implementierung des Programms in der rehabilitativen Praxis auszusprechen. Zu diesem Zweck soll ein praxisorientiertes Manual für die interne Mitarbeiterfortbildung zu ressourcenorientiertem Arbeiten in der Rehabilitation als Produkt der Forschungsarbeit vorgelegt werden. Im Rahmen einer weiteren Evaluationsstudie soll das entwickelte Trainingsangebot an einer umfangreicheren Stichprobe umgesetzt und auf seine Wirksamkeit überprüft werden. Dies könnte dazu beitragen, das Programm einem breiten Anwenderkreis zugänglich zu machen und die erarbeiteten Projektergebnisse in die Praxis zu transferieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen und Deutsche Rentenversicherung Rheinland.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008). ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt: BAR.

Busch, M.W., Lorenz, M. (2010). Shared Mental Models – ein integratives Konzept zur Erklärung von Kooperationskompetenz in Netzwerken. In: Stephan, M., Kerber, W., Kessler, T., Lingenfelder, M. (Hrsg.): 25 Jahre ressourcen- und kompetenzorientierte Forschung. Der kompetenzbasierte Ansatz auf dem Weg zum Schlüsselparadigma in der Managementforschung. Wiesbaden: Springer. 277-305.

Flückiger, C., Wüsten, G. (2015). Ressourcenaktivierung. Ein Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Bern: Huber.

Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung - ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Psychotherapeut, 44. 63-73.

Wie wichtig ist die medizinische Rehabilitation für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen? Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts

Mattukat, K. (1), Raberger, K. (1), Böhm, P. (2), Müller, A. (3), Keyßer, G. (3), Schäfer, C. (3), Mau, W. (1)

(1) Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale,
(2) Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband, Bonn,
(3) Universitätsklinikum Halle/Saale

Zielstellung

Die Einbeziehung von Patienten in therapeutische Entscheidungen als Grundprinzip der medizinischen Versorgung von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist in internationalen Behandlungsleitlinien verankert. In Studien zum „Shared Decision Making“ (dt. partizipative Entscheidungsfindung) bei Betroffenen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wurden bisher jedoch hauptsächlich Entscheidungssituationen bzgl. medikamentöser Therapien untersucht (Chilton und Collett, 2008). Weitere therapeutische Möglichkeiten für Betroffene umfassen v.a. weitere ambulante Therapien, Hilfsmittel, operative Eingriffe sowie Beratungen zur Lebensstiländerung und zu anderen krankheitsassoziierten Problemen. Rehabilitative Maßnahmen sind auch für diese Zielgruppe ein wichtiger therapeutischer Baustein zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit bzw. zur Rückkehr ins Erwerbsleben.

Im Rahmen eines partizipativen Forschungsprojekts wurde erstmals das Informations- und Partizipationsbedürfnis von Betroffenen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung untersucht (Mattukat et al., 2017). In diesem Zusammenhang wurden

die Teilnehmer auch zu den für sie wichtigsten krankheitsbezogenen Themen und den jeweiligen, von ihnen wahrgenommenen, ärztlichen Ansprechpartnern befragt. Im vorliegenden Beitrag wird exploriert, welchen Stellenwert die medizinische Rehabilitation für diese Zielgruppe im Vergleich zu anderen krankheitsbezogenen Themen einnimmt.

Methoden

In der 1. Studienphase dieser explorativen Studie (DRKS00011517) wurden insgesamt 753 Patientinnen (88 %) und Patienten (11 %) mit rheumatoider Arthritis (59 %), Spondyloarthritiden (27 %), Kollagenosen (26 %) oder Vaskulitiden (4 %) einmalig zu ihrem Informations- und Partizipationsbedürfnis sowie soziodemografischen, gesundheitsbezogenen und versorgungsrelevanten Aspekten postalisch (n=363; Mitglieder der Deutschen Rheuma-Liga Sachsen-Anhalt) oder online (n=390; Internetforen) befragt. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 52 (SD=15) Jahre alt, darunter 79 % im erwerbsfähigen Alter (33 % 18-45 Jahre; 46 % 46-65 Jahre). Weiterhin wurde erfragt, wie gut die Betroffenen sich zum Thema „medizinische Rehabilitation“ und weiteren 14 krankheitsbezogenen Themen informiert fühlen und ob sie sich hierzu jeweils mehr Informationen, Austausch und/oder Mitsprache innerhalb des Arzt-Patienten-Gesprächs wünschen würden.

Ergebnisse

Zwei Drittel der Studienteilnehmer (n=490) hatten laut Selbstauskunft schon einmal an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen, darunter 82 % stationär, 6 % ambulant und 12 % sowohl stationär als auch ambulant. Über die Hälfte der Teilnehmer schätzte das Thema „medizinische Rehabilitation“ als „sehr wichtig“ (34 %) bzw. „eher wichtig“ (21 %) ein, für deutlich weniger Teilnehmer war es „neutral“ (14 %), „eher unwichtig“ (5 %) oder „sehr unwichtig“ (3 %; keine Angabe: 24 %). „Gut informiert“ zum Thema Rehabilitation fühlten sich 23 % der Teilnehmer, „teils/teils“ 28 % und „nicht gut informiert“ 21 % (3 % kein Interesse; keine Angabe: 25 %). Auf die Frage nach einem ärztlichen Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation wussten 64 % eine Antwort: 43 % nannten den Rheumatologen, 39 % den Hausarzt, 14 % den Orthopäden und 3 % einen anderen Facharzt. Weitere 18 % äußerten keinen Bedarf für eine medizinische Rehabilitation und 10 % meinten, sie hätten (Gesprächs- bzw. Handlungs-)Bedarf, wüssten aber keinen Ansprechpartner (keine Angabe: 9 %).

Im Ranking der subjektiven Wichtigkeit verschiedener Krankheits- und Behandlungsthemen landete die medizinische Rehabilitation auf dem 9. von 15 Plätzen (54 % „eher oder sehr wichtig“), beim Informationswunsch dagegen auf dem 2. Platz (53 % mit Wunsch nach [mehr] Informationen). Etwa ein Drittel der Teilnehmer wünschte sich hierzu mehr Austausch (30 %) bzw. mehr Mitsprache/Mitbestimmung (27 %) im Gespräch mit ihrem behandelnden Rheumatologen.

Die medizinische Rehabilitation war den beiden Altersgruppen ab 46 Jahren wichtiger als der Altersgruppe 18-45 Jahre ($p<0,001$). Die jüngeren Teilnehmer hatten häufiger kein Interesse und fühlten sich häufiger „nicht gut informiert“ ($p<0,01$). Teilnehmer im erwerbsfähigen Alter wünschten sich mehr Austausch zum Thema Rehabilitation als Teilnehmer im Rentenalter (33 % vs. 20 %; $p<0,01$). Frauen hatten einen größeren Wunsch nach Mitsprache/Mitbestimmung (29 %) im Vergleich zu den Männern (20 %; $p<0,05$). Die bisherige Rehabilitationserfahrung hing stark mit dem Lebensalter, der Krankheitsdauer und weiteren Indikatoren des Gesundheitszustandes zusammen und wirkte sich sowohl auf die subjektive Wichtigkeit

der Rehabilitation als auch auf die diesbezügliche Informiertheit und die Teilnehmerwünsche nach Austausch und Mitsprache/Mitbestimmung aus.

Fazit

Ein Großteil der Befragten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen verfügte bereits über Rehabilitationserfahrung. Diese Vorerfahrung scheint insbesondere mit einem größeren Reha-Wissen (z. B. zu Ansprechpartnern) und einem stärkeren Bedürfnis nach Austausch und Mitsprache/Mitbestimmung im Arzt-Patienten-Gespräch einherzugehen.

Die gewonnenen Erkenntnisse sind insbesondere für den behandelnden Rheumatologen von hoher Relevanz, da dieser von den Teilnehmern am häufigsten als Ansprechpartner genannt wurde und sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer mehr Informationen zum Thema „medizinische Rehabilitation“ wünschten. Dementsprechend sollten Rheumatologen analog zu anderen Vertragsärzten (Walter et al., 2015) gut über Voraussetzungen, Antragsverfahren und Inhalte medizinischer Rehabilitationsleistungen informiert sein oder auch auf weitere Ansprechpartner verweisen können (z. B. Deutsche Rheuma-Liga), um den Wünschen ihrer Patienten nach Informationen und Austausch gerecht werden zu können.

Die Bemühungen um einen stärkeren Rehabilitationsbezug der humanmedizinischen Lehre gestalten sich in den Medizinischen Fakultäten bisher sehr heterogen (Schmidt et al., 2017) und wirken offenbar nicht ausreichend bis in die fachärztliche Tätigkeit. Eine erste Orientierung zum Thema „Medizinische Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen“ können Online-Plattformen bieten (z. B. www.rheuma-liga.de oder www.wegweiser-arbeitsfähigkeit.de).

Förderung: Wilhelm-Roux-Programm für Nachwuchs- und Forschungsförderung der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Literatur

Chilton, F., Collett, R.A. (2008): Treatment choices, preferences and decision-making by patients with rheumatoid arthritis. Musculoskeletal Care, 6. 1-14.

Mattukat, K., Raberger, K., Müller, A., Keyßer, G., Schäfer, C., Wilfried, M. (2017): Zu viel oder zu wenig? Eine explorative Studie zum Autonomiebedürfnis von PatientInnen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House, Doc17ebmPP1b.

Schmidt, S., Bergelt, C., Deck, R., Krischak, G., Morfeld, M., Michel, M., Schwarzkopf, S.R., Spyra, K., Walter, S., Mau, W. (2017): Aktuelle Entwicklungen der rehabilitationsbezogenen Lehre in den humanmedizinischen Studiengängen in Deutschland. Ergebnisse der DGRW-Fakultätenbefragung 2015. Die Rehabilitation, 56. 47-54.

Walther, A.L., Pohontsch, N.J., Deck, R. (2015): Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. Gesundheitswesen, 77. 362-367.

Vorhersage der subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose sechs Monate nach medizinischer Rehabilitation durch Reha-Motivation und Selbstwirksamkeit bei Diabetes-II-Patienten

Arling, V. (1), Huth, F. (2), Slavchova, V. (1), Pollmann, H. (2)

(1) Institut für Psychologie, RWTH Aachen, (2) Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Zielstellung

Für Patienten mit Diabetes mellitus Typ II und/oder Adipositas lässt sich allgemein feststellen, dass diese oft Schwierigkeiten haben, medizinisch indizierte Lebensstiländerungen in ihren Alltag umzusetzen, die jedoch für eine dauerhafte Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben notwendig sind.

In diesem Sinne wurde in der Klinik Niederrhein in Kooperation mit der RWTH Aachen eine Studie umgesetzt, die die Unterstützung entsprechender Lebensstiländerungen bei Teilnehmern einer dreiwöchigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme mittels eines Trainings thematisierte (Laufzeit:09/2012 - 04/2015).

Darüber hinaus finden sich vielfach Belege dafür, dass die Motivation, eine Rehabilitation zu absolvieren bzw. die Absicht oder der Wunsch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verbleiben, nicht unmaßgeblich darauf Einfluss nehmen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme für einen Teilnehmer erfolgreich verläuft bzw. der Verbleib auf dem Arbeitsmarkt wahrscheinlicher wird. Jerusalem und Schwarzer (2012) betonen, dass durch eine gestärkte Selbstwirksamkeitserwartung das Vertrauen von Menschen gefördert wird, „eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird“ (S.1). Ferner sind Erwartungen und Motivationen zu berücksichtigen, die „den Verlauf und die Ergebnisse von Reha-Maßnahmen“ maßgeblich beeinflussen (vgl. Deck, 2006, S.175). Entsprechend wurden diese Aspekte in der o.g. Studie zusätzlich erhoben.

Die nachfolgende Darstellung fokussiert auf den Zusammenhang von beruflicher Selbstwirksamkeit bzw. Reha-Motivation zu Beginn einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit sechs Monate nach Maßnahmeende.

Methoden

An der Studie nahmen insgesamt 490 Patienten(♀=118; ♂=372; Alter: AM=45,6; SD=10,80 [18-64]) mit den vorab genannten Diagnosen teil. Die Patienten wiesen im Mittel einen BMI von AM = 39,7 (SD = 9,5; MD = 39,3) auf.70 % der Patienten verfügten über ein Arbeitsverhältnis, knapp ein Viertel waren arbeitslos.

Die Patienten wurden mittels eines Fragebogens zu Beginn (t1), am Ende (t2) der Reha-Maßnahme und sechs Monate später (t3) hinsichtlich verschiedener Aspekte (Gewicht/BMI, Lebensstil, Selbstwirksamkeit, Motivation, Depression, Erwerbstätigkeitsprognose) befragt.

Die Erwerbstätigkeitsprognose wurde mit der „Skala der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit“ (SPE-Skala) von Mittag und Raspe (2003) erfasst. Bezüglich der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung kam die entsprechende Skala (BSW-Skala) von Abele, Stief und Adrä

(2000) zu Anwendung. Die reha-bezogenen Erwartungen und motivationalen Aspekte wurden durch den FREM-8 von Deck (2006) erhoben.

Ergebnisse

Im Sinne der Fragestellung, inwiefern die Reha-Motivation bzw. die berufliche Selbstwirksamkeit zu Reha-Beginn einen Zusammenhang mit der subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose sechs Monate nach der Rehamaßnahme aufweist bzw. diese vorhersagt, wurde eine entsprechende Prognoseanalyse bzgl. des ersten Items der SPE ("Glauben Sie, dass Sie Ihre jetzige [letzte] Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?") in Form der Berechnung einer linearen Regression durchgeführt.

Der Einfluss der entsprechenden Variablen wurde vorab univariat auf Zusammenhänge mit der Erwerbstätigkeitsprognose überprüft. In der Analyse (Methode: schrittweise) wurden Variablen mit einem p-Wert < 0,25 berücksichtigt. Die zusätzliche Überprüfung der Interkorrelationen der Variablen ergab, dass diese im akzeptablen Bereich liegen (r: 0,016 bis 0,445 [p≤0,001]).

Es verblieben mit der BSW-Skala (β = -0,368; t = -6,235; p ≤ 0,001) und den FREM-Dimensionen„Rente“(β = 0,293; t = 4,843; p ≤ 0,001) und „Erholung“(β = -0,155; t = -2,619; p ≤ 0,001) drei Variablen im Modell, welche unmittelbar mit der Erwerbstätigkeitsprognose zusammenhängen bzw. dieselbe prognostizieren und 25,9 % der Varianz aufklären (R^2korr = 0,259; F[3] = 27, 033; p ≤ 0,001; f2 = 0,349; R^2adjusted = 0,244). Die FREM-Dimension „Gesundheit“ fand im Modell keine Berücksichtigung mehr. Die Dimension „Krankheitsbewältigung“ hatte sich schon mit den univariaten Berechnungen als nicht relevant erwiesen. Das Modell basiert auf 225 Teilnehmern (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Modellzusammenfassung zum regressionsanalytischen Zusammenhang der Variablen "Berufliche Selbstwirksamkeit" (BSW-∑; t1), "Unterstützung bei der Rentenantragstellung"(FREM-Rente; t1), "Erholungserwartung" (FREM-Rente; t1) und der „Subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose“ (SPE-Item 1; t3) (Methode: schrittweise; N = 225)

Modell	Einflussvariablen	korr. R^2	Standardfehler des Schätzers	Änderungsstatistik					
				R^2	F	df1	df2	Signifikanz F	d
1	Berufliche Selbstwirksamkeit	0,179	1,209	0,183	49,814	1	223	< 0,001	
2	Berufliche Selbstwirksamkeit Rente-FREM	0,293	1,164	0,063	18,590	1	222	< 0,001	
3	Berufliche Selbstwirksamkeit[1] Rente-FREM[2] Erholung-FREM[3]	0,259	1,149	0,023	6,858	1	221	0,009	1,747

Anm.: d: Durbin-Watson-Statistik; Toleranz: 0,950 - 1,000; VIF: 1,000 - 1,053; Normalverteilung der Residuen (P-P-Plot) gegeben; [1] Berufliche Selbstwirksamkeit differenziert nach Fähigkeiten und Motivation. [2]FREM-Rente: (1) Ich erwarte, dass man mir bei einer Rentenantragstellung hilft. (2) Ich erwarte, dass ich meine verminderte Leistungsfähigkeit hier bestätigt bekomme. [3] FREM-Erholung: (1) Ich erwarte, dass ich mich erhole. (2) Ich erwarte, dass ich mich eine Zeit lang um nichts kümmern muss.

Eine Überprüfung der (nicht standardisierten) Regressionskoeffizienten mittels der Bootstrap-Methode bestätigte den signifikanten Einfluss der entsprechenden Koeffizienten im Modell (vgl. Tabelle 2).

Tab. 2: Bootstrap für die Variablen in der Gleichung zum Prognosemodell bzgl. der „Subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose“ (SPE-Item 1; t3) (nicht standardisierte β-Koeffizienten)

Prädiktoren	nicht standardisierte Koeffizienten		Bootstrap		
	β	Standard-fehler	Verzerrung	Standard-fehler	Signifi-kanz
Berufliche Selbst-wirksamkeit	-0,098	0,016	0,000	0,015	0,001
Rente-FREM	0,188	0,039	0,000	0,040	0,001
Erholung-FREM	-0,147	0,056	0,003	0,060	0,024

Anm.: BSW-Skala: 6 - 30 (je höher, desto ausgeprägter); Rente-FREM: 2 - 8 (je niedriger, desto weniger Erwartung bei der Rentenantragsstellung unterstützt zu werden); Erholung-FREM: 2-8 (je höher, desto mehr Erholungserwartung); SPE-Item 1: 1-5 (je niedriger, desto positiver die Erwerbstätigkeitsprognose)

Fazit

Die Ergebnisse liefern deutliche Hinweise darauf, dass die Überzeugung, über berufsrelevante Fähigkeiten und Motivation zu verfügen, gepaart mit der Erwartung, dass die Reha-Maßnahme der eigenen Erholung zugute kommt - wobei gleichzeitig nicht erwartet wird bzgl. eines potentiellen Rentenbegehrens unterstützt zu werden - einen positiven Einfluss auf die Überzeugung nimmt, den aktuellen Beruf bis zum regulären Rentenalter ausüben zu können.

Folglich sollten hinsichtlich des gefährdeten Verbleibs auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt der hier thematisierten Patientengruppe entsprechende Aspekte zu Beginn der Maßnahme aktiv mit den Patienten reflektiert werden. Darüber hinaus gilt es zu überlegen, inwiefern diese Ergebnisse diagnosespezifisch sind oder sich auf andere Patientengruppen übertragen lassen. Für die berufliche Selbstwirksamkeit lassen sich beispielsweise vergleichbare Ergebnisse im Kontext der beruflichen Rehabilitation feststellen (Arling et al., 2016).

Förderung: Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (refonet)

Literatur

Arling, V., Slavchova, V., Knispel, J., Spijkers, W. (2016): Der Einfluss von Persönlichkeit und Motivation auf den erfolgreichen Abschluss einer beruflichen Umschulungsmaßnahme. Berufliche Rehabilitation, 309(2). 103-114.

Deck, R. (2006): Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu rehabezogenen Erwartungen und Motivation (FREM-8). Zeitschrift für medizinische Psychologie, 15. 175-183.

Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Rehabilitation, 42. 169-174.

Jerusalem, M., Schwarzer, R. (2012): Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). URL: http://www.selbstwirksam.de/, Abruf: 21.10.2017.

Evaluation eines Train-the-trainer Schulungsprogramms zur Durchführung von Patientenschulungen

Inhestern, L. (1), Ullrich, A. (1), Köhler, M. (2), Wehrmann, J. (3), Raida, M. (4), Bergelt, C. (1)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) HELIOS Rehaklinik Damp, (3) HELIOS Rehaklinik Bad Berleburg, (4) HELIOS Klinik Bergisch-Land, Wuppertal

Zielstellung

Patientenschulungen stellen einen zentralen Bestandteil in der medizinischen Rehabilitation dar und haben das Ziel, Patienten in ihrer Mitarbeit und im selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern (Faller, 2011). Als interaktive Gruppenprogramme sind Patientenschulungen mit anderen Anforderungen an die durchführenden Mitarbeiter verbunden als Maßnahmen zur reinen Informationsvermittlung (Faller, Reusch & Meng, 2011). Die Schulungsleiter müssen demnach nicht nur fachliches Wissen aufweisen, sondern auch über didaktische Methodenkompetenz und die Fähigkeit die Patienten zu aktivieren und motivieren verfügen (Feicke & Spörhase. 2012). Train-the-trainer Schulungsprogramme bereiten die Mitarbeiter auf die Durchführung von Patientenschulungen vor, wurden aber bisher kaum auf Ebene der Kompetenzen der Mitarbeiter evaluiert. In der vorliegenden Studie wurde daher ein Train-the-trainer Schulungsprogramm zu schulungsübergreifenden Trainerqualifikationen evaluiert.

Methoden

Zur Evaluation der Wirksamkeit wurden die Mitarbeiter aus verschiedenen Rehabilitationskliniken, die an einem Train-the-trainer Schulungsprogramm, das aus zwei Seminarblöcken besteht, teilnahmen, befragt. Die Mitarbeiter füllten jeweils vor und nach Besuch des Seminarblocks einen Fragebogen aus. Neben soziodemografischen und berufsbezogenen Merkmalen wurden mithilfe von 21 selbstentwickelten Items die Schulungsleiterkompetenzen Gruppenleitung, Gesprächsführung, lernförderliches Arbeitsklima, Aktivierung und Motivierung und didaktische Vorgehensweise erfasst. Zur Erfassung der direkten Veränderungen wurden nach jedem Seminarblock die subjektiven Verbesserungen in den Kompetenzbereichen erfragt. Darüber hinaus wurde zu jedem Erhebungszeitpunkt mithilfe einer modifizierten Version der Selbstwirksamkeitsskala für Lehrer (Schwarzer & Schmitz, 1999) die wahrgenommene Selbstwirksamkeit als Schulungsleiter erfasst.

Neben deskriptiven Auswertungen und Häufigkeitsverteilungen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung mit den Faktoren Zeit und Gruppe berechnet. Die Stichprobe wurde hierzu in die zwei Gruppen „wenig Erfahrung“ (<1 Jahr) und „viel Erfahrung“ (≥1 Jahr) in der Durchführung von Patientenschulungen eingeteilt. Außerdem wurde mithilfe der Differenzen der Angaben vor und nach dem Besuch eines Seminarblocks bzw. beider Seminarblöcke die indirekte Veränderung berechnet.

Ergebnisse

Die Mitarbeiter sind im Durchschnitt 44 Jahre alt (SD=10.1), 74 % sind weiblich. Am häufigsten sind die Berufsgruppen ärztliches Personal (21 %) und psychosoziales Personal (27 %) vertreten. Die meisten Mitarbeiter verfügen über mehr als 10 Jahre Berufserfahrung (63 %). In

Bezug auf die Durchführung von Patientenschulungen zeigt sich ein weites Spektrum (keine Erfahrung bis zu mehr als 80 % der Arbeitszeit).

Bereits vor der Teilnahme an dem Schulungsprogramm schätzen sich die Mitarbeiter (n=71) im Durchschnitt als eher sicher und kompetent in der Durchführung von Patientenschulungen ein. In allen Kompetenzbereichen zeigen sich dennoch nach dem Besuch eines Seminarblocks signifikante Verbesserungen ($p<.01$). Die stärksten Effekte werden dabei in den Bereichen Gruppenleitung ($\eta^2=.332$) und didaktische Vorgehensweise ($\eta^2=.351$) angegeben. Nach dem Besuch des zweiten Seminarblocks zeigen sich noch größere Effekte in allen Kompetenzbereichen ($p<.001$, $\eta^2>.358$). Auch die Selbstwirksamkeit als Schulungsleiter wird nach Besuch der Seminarblöcke signifikant höher eingeschätzt ($p<.001$, $\eta^2=.447$).

Mitarbeiter mit wenig Erfahrung in der Durchführung von Patientenschulungen verbessern sich in den Kompetenzbereichen Gruppenleitung, Aktivierung und Motivierung und didaktische Vorgehensweise stärker als Mitarbeiter mit viel Erfahrung ($p<.05$).

Das Hinzuziehen der indirekten Veränderungen zeigt, dass nach Abschluss des Schulungsprogramms zwischen 59 % und 85 % der Mitarbeiter Verbesserungen berichten. In der direkten Einschätzung liegen die Verbesserungen zwischen 85 % und 95 %.

Fazit

Die Durchführung von Patientenschulungen stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiter in der medizinischen Rehabilitation und erfordert kommunikative Kompetenzen, Gruppenleiterkompetenzen und Methodenkompetenz (Feicke & Spörhase. 2012). Die Mitarbeiter, die an dem Train-the-trainer Schulungsprogramm teilgenommen haben, bewerten ihre Schulungsleiterkompetenzen und Selbstwirksamkeit als Schulungsleiter bereits nach dem Besuch eines Seminarblocks signifikant besser. Nach Abschluss beider Seminarblöcke zeigen sich ähnliche Ergebnisse mit noch stärkerem Kompetenzzuwachs, wobei Mitarbeiter mit wenig Erfahrung in der Durchführung von Patientenschulungen stärker profitieren. Die Studie liefert wichtige Hinweise darauf, dass ein Train-the-trainer Schulungsprogramm als effektiv in Bezug auf die eigenen Kompetenzen als Schulungsleiter wahrgenommen wird. Die Dosis des Schulungsprogramms sowie die Erfahrung der Mitarbeiter scheinen dabei eine Rolle zu spielen.

Literatur

Faller, H. (2011). Patientenschulung und Empowerment in der medizinischen Rehabilitation. Public Health Forum, 19(73), 28.e21-28.e3.

Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2011). Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 54(4), 444-450.

Feicke, J. & Spörhase, U. (2012). Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen. Die Rehabilitation, 51(05), 300-307.

Schwarzer, R. & Schmitz, G.S. (1999). Lehrer-Selbstwirksamkeit. In: Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) Skalen zur Erfassung von Lehrer und Schülermerkmalen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Anpassung des MediaWiki für kompetenzbasierte rehabilitationsbezogene Lehre (EDgar-Projekt) an den revidierten Lernzielkatalog 2017 der DGRW und DGPMR

Schmidt, S., Schwabe, S., Wichmann, D., Mau, W.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Die rehabilitationsbezogene Lehre wird im Hinblick auf Durchführung, Inhalte und Didaktik von den Medizinischen Fakultäten in Deutschland sehr unterschiedlich gestaltet (Schmidt et al. 2017a). Rehabilitationsbezogene Lernziele sind in den letzten Jahren zwar zunehmend in die Curricula integriert worden, dennoch besteht aus Perspektive der Kommissionen für Aus-, Fort- und Weiterbildung der DGRW und DGPMR der Anspruch, die teilweise erheblichen Unterschiede in der Gestaltung der Lehre an den Fakultäten und Ausbildungseinrichtungen zu reduzieren, um ausreichendes Handlungswissen im Bereich der Rehabilitation zu vermitteln. Dazu dient auch der Nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), in den zentrale rehabilitationsbezogene Lernziele mit Unterstützung der Kommission für Aus-, Fort- und Weiterbildung der DGRW auf Basis des Lernzielkatalogs von Mau et al. (2004) integriert wurden (MFT, 2015). Allerdings ist aus der Perspektive der Fachgesellschaften ein höherer Differenzierungsgrad der rehabilitationsbezogenen Lernziele verbunden mit Hervorhebung besonders relevanter Aspekte erforderlich, um den Fakultäten eine gute Orientierung bei ihren unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Lehre zu bieten. Deshalb und vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung der Rehabilitation haben die Kommissionen Aus-, Fort- und Weiterbildung der DGRW und DGPMR im Jahr 2017 die revidierte Fassung eines kompetenzbasierten rehabilitationsbezogenen Lernzielkatalogs publiziert (Mau et al., im Druck). Dieser revidierte Lernzielkatalog erfordert eine grundlegende Anpassung der neuen lernzielorientierten Online-Plattform in Form eines Wiki-Systems (MediaWiki), die im Projekt EDgar - „Entwicklung einer Datenbank für interdisziplinäre rehabilitationsbezogene Lehrmaterialien“ (Schmidt et al., 2017b) - mit Förderung der Deutschen Rentenversicherung erstellt wird. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die aktuellen Projektentwicklungen.

Methoden

Für die Online-Plattform mit den vier Portalen zu 1) „Lehr- und Lernzielen“, 2) „Lehr- und Lernmethoden“, 3) „Lehrmaterialien“ und einem 4) „Glossar“ erfolgte eine aktualisierte Zuordnung von Lehrmaterialien zur revidierten Fassung des kompetenzbasierten rehabilitationsbezogenen Lernzielkatalogs (Mau et al., im Druck) und zum NKLM (MFT, 2015).

Ergebnisse

Dem Projekt wurden rehabilitationsbezogene Lehrmaterialien (Lehrfilme, Präsentationsfolien, Fallbeispiele usw.) bisher von sechs deutschen Hochschulen zur Verfügung gestellt. Diese

wurden im Portal 1 „Lehr- und Lernziele“ sowohl den Lernzielen des NKLM als auch den einzelnen Lernzielen in den folgenden Bereichen des von der DGRW und DGPMR empfohlenen revidierten Lernzielkatalogs 2017 zugeordnet: 1) Grundlagen der Rehabilitation, 2) Diagnostik und Beurteilung vor und in der Rehabilitation, 3) Therapeutische Prinzipien der Rehabilitation. Im Portal 2 „Lehr- und Lernmethoden“ wird eine Vielzahl an verschiedenen didaktischen Methoden vorgestellt, die von Dozenten zur Gestaltung innovativer und aktiver Lehrveranstaltungen eingesetzt werden können (z. B. kognitive Techniken, Präsentations- und Moderationstechniken). Im dritten Portal „Lehrmaterialien“ werden alle zur Verfügung stehenden Lehrmaterialien aus Portal 1 nach Medientyp sortiert (z. B. Lehrfilme, Präsentationsfolien, Fallbeispiele). Außerdem werden die MC-Fragen des Prüfungsfragenpools Rehabilitation (Gutt et al., 2015) integriert. Das bereits fertig gestellte Glossarportal beinhaltet Erläuterungen der wichtigsten rehabilitationsmedizinische Begriffe (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013).

Fazit

Mit der Anpassung des MediaWikis an die revidierte Fassung des kompetenzbasierten rehabilitationsbezogenen Lernzielkatalogs wird die zukünftige praktische Nutzung der Onlineplattform von Dozenten im Studiengang Medizin und anderer rehabilitationsbezogener Professionen für die Gestaltung lernzielbasierter und didaktisch wertvoller Ausbildung noch weiter unterstützt. Damit soll auch der Heterogenität der Lehre an den Medizinischen Fakultäten in zentralen Themenfeldern entgegengewirkt werden. Eine interprofessionelle und interdisziplinäre Nutzung von Dozenten aller an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen liegt nahe und ist zu erproben. Offen ist derzeit die Frage danach, ob und wie die Plattform nach dem Wiki-Prinzip von den registrierten Dozenten langfristig genutzt wird, da eine Aktualisierung/Pflege über das Projektende (31.03.2018) hinaus bisher nicht gesichert ist.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013). Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften Band 81.

Gutt S.; Bergelt, C.; Faller, H.; Krischak, G.; Spyra, K.; Uhlmann, A. & Mau, W. (2015). Entwicklung eines Prüfungsfragenpools für die rehabilitationsbezogene Lehre im Studiengang Humanmedizin. Rehabilitation 54: 259-265.

Mau W.; Gülich M.; Gutenbrunner C.; Lampe B.; Morfeld M.; Schwarzkopf S.R. & Smolenski U.C. (2004). Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Rehabilitation 43, S. 337-347.

Mau W.; Liebl, M.E.; Deck, R.; Lange, U.; Reißhauer, A.; Schwarzkopf, S.R.; Smolenski, U.C.; Walter, S. & Gutenbrunner, Ch. (im Druck). Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ (RPMN) – revidierte Fassung. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e.V. (DGPMR). Rehabilitation.

MFT - Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015). Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin, verfügbar unter: http://www.mft-online.de/lehre/nationaler-kompetenzbasierter-lernzielkatalog-medizin, Zugriff vom 19.10.2017.

Schmidt, S.; Bergelt, C.; Deck, R.; Krischak, G.; Morfeld, M.; Michel, M.; Schwarzkopf, S.R.; Spyra, K.; Walter, S. & Mau, W.. (2017a). Aktuelle Entwicklungen der rehabilitationsbezogenen Lehre in den humanmedizinischen Studiengängen in Deutschland. Ergebnisse der DGRW-Fakultätenbefragung 2015. Rehabilitation 56, S. 47-54.

Schmidt S.; Schwabe S.; Wichmann D. & Mau W. (2017b). Entwicklung einer Datenbank (MediaWiki) für Dozenten interdisziplinärer rehabilitationsbezogener Lehre. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg): DRV-Schriften Band 111, S. 178-179.

Bedarf an berufsbezogenen Therapieangeboten aus Rehabilitandensicht - Ergebnisse einer Versichertenbefragung im DRV-Bund Projekt MBOR-R

Bürger, W. (1), Nübling, R. (2), Streibelt, M. (3)

(1) fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen, Karlsruhe, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Erwerbsbezogene Behandlungsangebote gelten inzwischen als Standard für eine Medizinische Rehabilitation (Röckelein et al. 2011). Das Stufenmodell der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation unterscheidet drei Versorgungsstufen (Streibelt & Buschmann-Steinhage 2011, Deutsche Rentenversicherung 2015). In der Grundstufe ist für alle Rehabilitationseinrichtungen ein Basisangebot berufsorientierter Maßnahmen vorgesehen. Zunehmend spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen sind für spezifischere erwerbsbezogene Problemstellungen zuständig und werden von den Rentenversicherungsträgern überregional gezielt belegt. Hierfür stehen geeignete Screening-Verfahren zur Verfügung (z. B. Bürger & Deck 2009, Streibelt & Bethge 2009).

Bislang fehlen Erhebungsinstrumente, die im Sinne des Stufenmodells erfassen, wie Rehabilitanden das berufsbezogene Angebot einer Einrichtung bewerten. Die DRV Bund fördert mit dem Forschungsprojekt MBOR-R die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes, mit dessen Hilfe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität speziell des berufsbezogenen Angebotes aus Versichertensicht erfasst werden kann.

Unklar ist, inwieweit die Bewertungen solcher Angebote vom Bedarf abhängig ist. Die üblichen Screening-Verfahren berücksichtigen keine verschiedenen Bedarfskategorien, die aber u.U. für die Erwartungen an das berufsbezogene Behandlungsangebot entsprechend dem Versorgungsstufenmodell bedeutsam sind. Neben SIBAR, einem Fehlzeitenkriterium sowie evtl. Rentenbegehren wurden deshalb im vorliegenden Projekt von Versicherten geäußerte Erwartungen an die Rehabilitation bezogen auf ihre Erwerbssituation berücksichtigt.

Methoden

Das Verfahren MBOR-R wurde in mehreren Entwicklungsschlaufen unter Beteiligung von Experten und Rehabilitanden erstellt. Vor der Erprobung an einer größeren Versichertenstichprobe etwa 3 Monate nach Beendigung der Rehabilitation im Rahmen einer Multicenterstudie wurde in einer Eingangsmessung vor Beginn der Rehabilitation der Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten aus Versichertensicht erfasst. Versicherte erhielten mit ihren Einladungsschreiben zur Medizinischen Rehabilitation den MBOR-R-Prä-Fragebogen sowie eine Einverständniserklärung für die Befragung nach der Rehabilitation. Beteiligt waren 17 Rehabilitationseinrichtungen der Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Neurologie und Psychosomatik.

Ergebnisse

An der Prä-Befragung nahmen n=2.393 Rehabilitanden teil (54,4 % weiblich, Durchschnittsalter 51,8 Jahre), die Beteiligungsquote liegt bei ca. 50 %. 32 % der Befragten gaben im vergangenen Jahr Fehlzeiten von mehr als 12 Wochen an. 22 % äußerten Rentenabsichten, weitere 5 % bereits laufende Rentenverfahren oder Zeitrenten. 39 % der Versicherten sind sozialmedizinisch auffällig (SIBAR ≥ 8) und weisen einen entsprechenden berufsbezogenen Interventionsbedarf auf.

Bei den Rehabilitanden steht vor allem der Wunsch nach spezieller Hilfestellung für die weitere Ausübung der Arbeit im Vordergrund (vgl. Abb. 1). Seltener besteht Bedarf nach Entwicklung einer neuen beruflichen Perspektive. Während Rehabilitanden mit unauffälligen SIBAR-Werten häufiger spezielle auf den Beruf bezogene Angebote und Hilfestellungen wünschen, um den bisherigen Beruf weiter ausüben zu können, erwarten sozialmedizinisch auffällige Rehabilitanden Unterstützung bei der Klärung, ob eine weitere berufliche Tätigkeit möglich ist und bei der Erarbeitung neuer beruflicher Perspektiven (vgl. Abb.2).

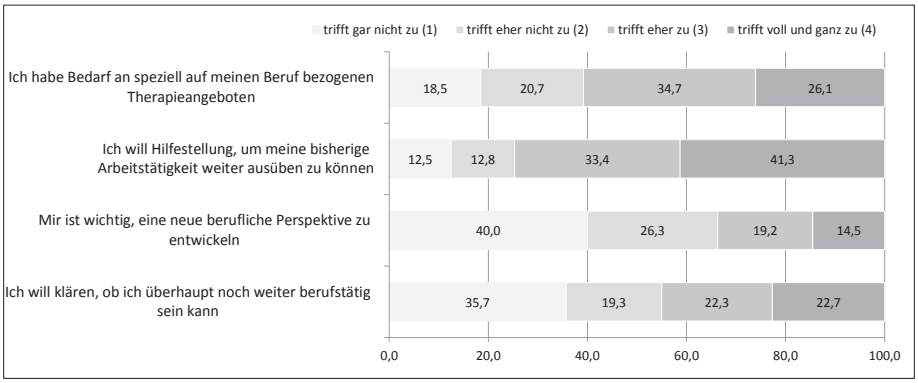

Abb. 1: Bedarf und Erwartung an eine berufsbezogenen Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden vor Beginn einer Reha; n_{max}=2.127

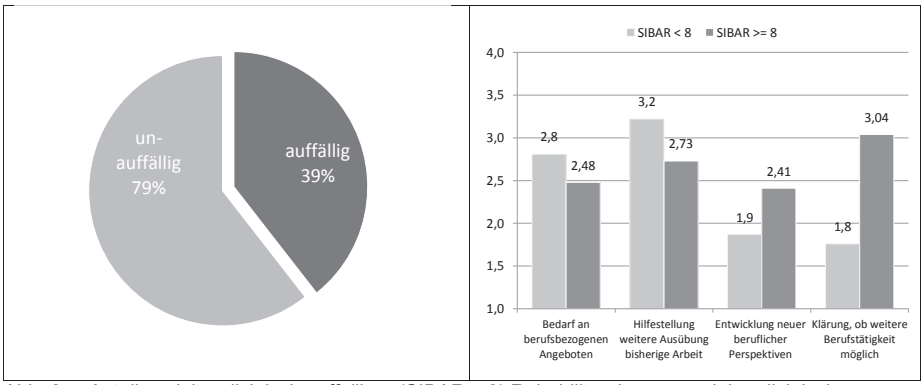

Abb. 2: Anteil sozialmedizinisch auffälliger (SIBAR ≥ 8) Rehabilitanden vs. sozialmedizinisch unauffälliger (SIBAR < 8); n=2.066, Unterschiede bzgl. Bedarf/Erwartungen

Ähnliches gilt auch für Rehabilitanden mit längeren Fehlzeiten und Rentenbegehren, allerdings ist hier die Offenheit für eine Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven geringer.

Fazit

Substantielle Anteile der Rehabilitanden weisen vor Beginn der Rehabilitation den verschiedenen Kriterien zufolge einen Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten auf. Versicherte selbst äußern häufig einen Bedarf nach Hilfestellungen, um ihre bisherige Berufstätigkeit weiter ausüben zu können. Sozialmedizinisch auffällige Rehabilitanden sind verstärkt daran interessiert zu klären, ob sie überhaupt noch weiter berufstätig sein können.

Weitere Auswertungen sollen zeigen, ob die Bewertungen des berufsbezogenen Rehabilitationsangebotes sich in Abhängigkeit von den verschiedenen Bedarfen an berufsbezogenen Behandlungsangeboten unterscheiden.

Interessenkonflikte: Der Co-Autor M. Streibelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

Bürger, W. & Deck R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48: 211-221.

Deutsche Rentenversicherung (2015). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin, DRV.

Röckelein; E., Lukasczik, M. & Neuderth, S. (2011). Neue Ansätze zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 54, 436-443

Streibelt, M. & Bethge, M. (2009). Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation . Lengerich u. a., Pabst.

Streibelt, M. & Buschmann-Steinhage, R. (2011). Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation 50, 160-167.

Viele Rehabilitanden mit BBPL in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik sind eine neue Herausforderung an die Rehabilitationskonzepte der Klinik

Rüddel, H.

St. Franziska Stift Bad Kreuznach

Zielstellung

Nach einer systematischen Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) in einer psychosomatischen Rehaklinik scheint der Anteil der Personen mit einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) auch in der Psychosomatik zu steigen (Nübling et al 2014). Dies verändert die Rehabilitandenstruktur einer Klinik und stellt neue Herausforderungen an die Rehabilitationskonzepte einer Klinik (Streibelt 2014). Außerdem ist unklar, ob bei einer solchen Rehabilitandenstruktur die in den letzten Jahren gut dokumentierte Behandlungseffektivität in der Psychosomatischen Rehabilitation bestehen bleibt. Mit Screening-

instrumenten wie dem SIBAR können ohne großen Aufwand BBPL-Rehabilitanden früh erkannt werden (Bürger et al 2009). Wir untersuchten daher im Rahmen der klinikinternen Qualitätssicherung, ob sich systematische Unterschiede in der Rehabilitandenstruktur, den Rehabilitationsergebnissen und in der Nachsorge ergeben bei den Rehabilitanden mit SIBAR >8 und denjenigen ohne berufliche Problemlagen.

Methoden

Ausgewertet wurden die Daten aller Rehabilitanden, die 2015 und 2016 im St. Franziska-Stift behandelt wurden. Patienten mit SIBAR >8 (n=1.289) wurden als „Problempatienten" definiert und die anderen Patienten bildeten die Vergleichsgruppe mit einem n von 2.173 Personen. Ausgewertet wurden Patientenmerkmale, sozialmedizinische Kenndaten und Rehaerfolg einschließlich Verbesserung von psychometrischen Skalenwerten wie Depressivität (erfasst mit ADSK). Alle statistischen Untersuchungen erfolgten mit dem SAS-System.

Ergebnisse

Die Patienten der beiden Gruppen unterschieden sich nicht bzgl. der Hauptdiagnosen wie affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen. Unterschiedlich war die Verteilung bei den Diagnosegruppen der somatoformen Störungen. BBPL-Patienten mit F45-Diagnosen waren doppelt so häufig wie die Kontrollgruppe. Der Anteil von Männern bei den BBPL-Patienten war höher und die AU-Zeiten vor der Reha über 6 Monate waren mit 66 % vs. 21 % deutlich und signifikant ($p<.001$) höher. Ohne konkreten Arbeitsplatz waren 47 % der BBPL vs. 17 % der Kontrollgruppe ($p<.001$). 38 % im Vergleich zu 8 % der Kontrollgruppe wurden für den letzten Arbeitsplatz zum Ende der Rehabilitation als leistungsunfähig entlassen und selbst auf einem leidensgerechten Arbeitsplatz wurden 14 % leistungsunfähig eingestuft (vs. 2 % der Kontrollgruppe; $\chi^2=166{,}76$, $p\leq0.0001$). 14 % der BBPL-Patienten erhielten für die Nachsorge LTA-Empfehlung (vs. 5 % in der Kontrollgruppe).

Die Rehabilitationsergebnisse, z. B. in der Verbesserung von Depressivität erfasst mit T-Wert über den ADSK, waren in der BBPL Gruppe deutlich schlechter (RCI -1,3 vs. -1,9, $p\leq.001$).

Fazit

Diese Ergebnisse beschreiben erstmals Veränderungen in der Rehabilitandenstruktur und Verschlechterungen im Rehabilitationsergebnis, bei einer relativ hohen Zahl von Rehabilitanden mit BBPL, wenn sich die Klinik systematisch an den MBOR-Konzepten ausrichtet. Eine Herausforderung besteht darin, wie alle Rehabilitanden, die über den SIBAR als Rehabilitanden mit BBPL erfasst wurden, auch während der Reha im klinischen Alltag mit intensiven MBOR-Maßnahmen versorgt werden. Eine zweite Problematik ergibt sich dann, wenn bei einer relativ hohen Zahl eine konkrete LTA-Empfehlung ausgestellt wird, die aber oft schwierig umzusetzen ist. Bei den hier untersuchten Rehabilitanden wurde bei 186 Personen der BBPL-Gruppe eine LTA-Empfehlung gestellt. Eine ganz besondere Herausforderung liegt in der sozialen Realität nach Entlassung: Immerhin 424 Personen der BBPL-Gruppe wurde leistungsunfähig auf letztem Arbeitsplatz und 163 Personen leistungsunfähig selbst auf dem allgemeinen Arbeitsplatz entlassen. Vielen dieser ehemalig Erwerbstätigen droht damit die Notwendigkeit, über die soziale Grundsicherung den Lebensunterhalt zu sichern.

Unsere Daten scheinen nahezulegen, dass auch in der psychosomatischen Rehabilitation die MBOR-Konzepte noch stärker die bisher gängigen Rehabilitationskonzepte durchdringen sollten. Trotzdem verbleibt eine relativ große Gruppe sozialmedizinischer Problemfälle. Lösungsmöglichkeiten wären vielleicht neue Rehabilitationskonzepte oder Optimierungen in der Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationssystem und dem Sozialraum. Hier könnten die Erfahrungen des „runden Tisches“ in der Behindertenbetreuung genutzt werden.

Literatur

Bürger, W., Deck, R. (2009). SIBAR – Ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 211-221.

Sreibelt, M., Bürger, M. (2014): Wie viele arbeitsbezogene Leistungen bekommen Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Rehabilitanden. Die Rehabilitation, 53. 369-375.

Nübling, W., Schmidt, R., Kritz, D., Kobelt, A., Bassler, M. (2017): Sozialmedizinisch auffällige Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation. 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, Frankfurt. 439-441.

Therapieverlauf von MBOR Rehabilitanden

Frege, I. (1), Vollmer, H.C. (2), Domma, J. (1)

(1) salus kliniken Hürth, (2) Institut für Therapieforschung München

Zielstellung

Mit Aufnahme der ersten MBOR Rehabilitanden wurde in einer Psychosomatischen Fachklinik ein auf diese Gruppe abgestimmtes Therapieprogramm entwickelt (Frege & Domma-Reichart 2014), in der Hoffnung, dass die Rehabilitanden der Stufe B und C gleichermaßen erfolgreich behandelt werden können wie diejenigen der Stufe A, trotz der höheren psychischen Belastung zu Behandlungsbeginn (Frege, Vollmer & Domma-Reichart 2016). Unsere Fragestellung lautet daher: Inwiefern unterscheiden sich die Rehabilitanden der Stufen A, B und C im Therapieverlauf bei einem spezifischen Therapieprogramm?

Methoden

Alle sukzessiv aufgenommenen Rehabilitanden, die nicht Rentner, Hausfrau/-mann, Schüler und nicht älter als 65 Jahre waren, wurden entsprechend der Kriterien der DRV den drei MBOR Stufen A, B, C zugeordnet. Die 806 Patienten (A: 281; B: 456, C: 69) waren im Durchschnitt 47 Jahre alt (SD: 10,3). Davon waren 58% männlich, 39% hatten einen Hauptschulabschluss, 28 % Mittlere Reife, 24 % Abitur und 67 % waren bei Aufnahme arbeitsunfähig. Die häufigsten Erstdiagnosen nach ICD 10 waren rezidivierende depressive Störung (F33, 29%), Anpassungsstörung (F43, 22%), depressive Episode (F32, 21%) und pathologisches Glücksspiel (F63. 0,7%). Unterschiede in der Depressivität (BDI) und in der psychischen Belastung (GSI des BSI) wurden mittels univariater Varianzanalyse geprüft. Mittelwertsvergleiche: Kruskal-Wallis-Test, Häufigkeitsvergleiche für unabhängige Stichproben: Chi^2 Test

und für abhängige Stichproben: McNemar-Test. Als Signifikanzniveau wurde mittels Bonferroni Korrektur p=.006 festgelegt.

Ergebnisse

Die Rehabilitanden unterschieden sich nicht in der Art der Therapiebeendigung (regulär: 95,4%) aber in der Behandlungsdauer (Tage: A: 38,8; B: 35,2; C: 38,2; p<.001). Zu Behandlungsbeginn waren arbeitsunfähig: A: 32%, B: 86%, C: 85%. Von den arbeitsunfähigen Rehabilitanden wurden zu Behandlungsende 30,7% der Gruppe A, 18,2% der Gruppe B und 19% der Gruppe C als arbeitsfähig eingestuft (p<.001). Zu Beginn der Behandlung unterschieden sich die Patienten der MBOR Stufen im BDI (A: 18, B: 27: C. 29,6; p<.001) und im GSI (A: 1,0; B: 2,0; C: 1,7; p<.001). Eine Person gilt als depressiv ab BDI >13 und als auffällig stark psychisch belastet ab GSI > 0,62. Nur im GSI lag eine Wechselwirkung zwischen MBOR Stufe und Geschlecht vor, insofern, dass die psychische Belastung im Vergleich von Stufe B und C bei den Männern zunahm und bei den Frauen abnahm (p=.001).

Unabhängig von der MBOR-Stufe, vom Alter und vom Geschlecht verbesserten sich die Rehabilitanden trotz korrigierter Kennwerte als Folge eines signifikanten Mauchly-Tests. Signifikant im Vergleich Therapiebeginn und -ende im BDI und im GSI (Greenhouse-Geisser und Huynh-Feldt: p<.001), keine Wechselwirkungen zwischen Alter, Geschlecht und Zeit. Nur zu Therapieende lag für BDI und GSI keine Varianzhomogenität vor.

Fazit

Wie in unserer Pilotstudie mit einer anderen Stichprobe, sind die Rehabilitanden der Stufe B und C depressiver und wesentlich stärker psychisch belastet, so dass wir neben den MBOR spezifischen Maßnahmen (DRV Bund 2015) psychotherapeutische Interventionen für unverzichtbar halten (Frege et al. 2016). Dementsprechend wurde für die MBOR Patienten ein Programm entwickelt, in dem zusätzlich zu der berufsbezogenen Diagnostik, den Bedürfnissen der verschiedenen MBOR-Stufen Rechnung getragen wird. Während es in der MBOR Stufe A um eine Therapie geht, die ausgerichtet ist auf Lebenszufriedenheit und Wertschätzung des Erreichten, so geht es in der MBOR-Stufe B darum, die Resignation zu verhindern. Gut ist es sicherlich, wenn in der Rehabilitationseinrichtung Erfahrungen gemacht werden können, u.a., dass man doch noch etwas kann, weshalb Arbeitstherapie und teilweise Belastungserprobungen sinnvoll und hilfreich sind. Dies ist aber allein nicht ausreichend. In spezifischen psychotherapeutischen Gruppen muss gelernt werden, Distanz zu bestimmten Dingen aufzubauen. Für Patienten der Stufe C gehört auch die Schaffung einer (beruflichen) Perspektive (auch durch berufsbezogene Gruppen/ Berufscoaching) dazu. Vielleicht auch so etwas wie eine Sinngebung.

Unsere Ergebnisse bestätigen das Vorgehen. Denn die Patienten der Stufen B und C, verbesserten sich unabhängig von Alter und Geschlecht gleichermaßen während der vier- bis sechswöchigen Behandlungszeit, wie die Patienten der Stufe A. Weniger erfolgreich waren die Verbesserungen in der Arbeitsfähigkeit. Ebenso wie bei den Werten zur psychischen Befindlichkeit wäre hier in Katamnesen zu prüfen, inwiefern sich die Patienten im Rahmen der nachfolgenden Betreuung weiter stabilisieren und Arbeitsfähigkeit erlangen.

Bei der Bewertung der Ergebnisse sind die ungleich großen Stichproben und die heterogenen Varianzen zu Behandlungsende zu berücksichtigen. Trotz dieser Einschränkungen und dem Fehlen einer Kontrollgruppe gehen wir, basierend auf diesen Ergebnissen in Kombination mit

unseren therapeutischen Erfahrungen, davon aus, dass die MBOR-spezifischen Maßnahmen, kombiniert mit spezifischen psychotherapeutischen Interventionen, für die Patienten sehr hilfreich für eine Wiedereingliederung in das Berufsleben sind.

Literatur

DRV Bund (Hrsg.) (2015). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf.

Frege, I. & Domma-Reichart, J. (2014). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) der salus klinik Hürth. Unveröffentlichtes Manuskript.

Frege, I., Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2016). Merkmale von MBOR Patienten und Schlussfolgerungen für die Behandlung. In DRV Bund (Hrsg.), Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Band 109 (S. 214-216). Berlin: DRV Schriften.

Wahrgenommene Behandlungsdosis in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Bethge, M. (1), Markus, M. (1), Schuler, M. (2), Streibelt, M. (3)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Universität Würzburg,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) reduziert Fehlzeiten und verbessert die beruflichen Wiedereingliederungschancen (Bethge, 2017). Um die in den randomisierten kontrollierten Studien beobachteten Teilhabeeffekte auch in der realen Versorgung zu erreichen, ist eine sorgfältige Implementierung der Programme notwendig. Wichtige Parameter, um dabei den Implementierungsgrad bewerten zu können, sind die erbrachte und die wahrgenommene Behandlungsdosis (Steckler, Linnan, 2002). Die erbrachte Behandlungsdosis lässt sich anhand der in den Entlassungsberichten dokumentierten Leistungen abbilden und beschreibt die Quantität der Leistungen, die für die Umsetzung der MBOR benannt wurden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). Die wahrgenommene Behandlungsdosis erfasst in Ergänzung dazu, ob die umgesetzten Leistungen als solche von den behandelten Personen erlebt und erkannt werden. Zur Beschreibung der wahrgenommenen Behandlungsdosis haben wir drei Skalen entwickelt, die Therapieinhalte, Konsistenz der berufsorientierten Strategie und die Erreichung berufsorientierter Rehabilitationsziele erfassen.

Methoden

Die Daten wurden für die Evaluation der MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund erhoben. Für die Studie wurden Rehabilitationsantragsteller mit Muskel-Skelett-Erkrankungen rekrutiert, deren Antrag 2016 bewilligt wurde. Diese wurden vor Rehabilitationsbeginn schriftlich befragt. Eine erneute Befragung fand drei Monate nach der Rehabilitation statt. In der MBOR behandelte Personen wurden mit vergleichbaren Teilnehmern der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (MR) gematcht (Propensity Score Matching). Um die wahrge-

nommene Behandlungsdosis zu erfassen, wurden drei Skalen entwickelt. Zwölf Items erfassten, ob bestimmte Inhalte aus Sicht der Teilnehmer erbracht wurden („Haben Sie an einem arbeitsplatzorientierten Training teilgenommen?“). Die Werte des Gesamtindex reichen von 0 bis 12 Punkten. Mit sechs Items wurde erhoben, ob die beruflichen Module in eine konsistente berufsorientierte Strategie integriert waren („Meine berufliche Rückkehr wurde während meiner Rehabilitation durchgängig thematisiert.“). Die Werte der Summenskala reichen von 0 bis 24 Punkten. Acht weitere Items erfassten, inwiefern spezifische berufsorientierte Rehabilitationsziele erreicht wurden („Durch die Rehabilitation fühle ich mich auf meine Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. ins Berufsleben gut vorbereitet.“). Die Werte der Summenskala reichen von 0 bis 32 Punkten. Untersucht wurden interne Konsistenz und die faktorielle Struktur der Skalen. Binary- und Graded-Response-Models wurden gerechnet, um Schwierigkeit und Diskriminierungsfähigkeit der Items zu prüfen (Saltychev et al., 2017). Die Konstruktvalidität wurde durch Korrelation mit der berufsorientierten Behandlungsdosis (anforderungsorientierte Diagnostik, Sozialberatung, berufsbezogene Gruppen, Arbeitsplatztraining) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015) und der Behandlungszufriedenheit (Schmidt et al., 1989) beschrieben. Die Skalen wurden zudem genutzt, um die Unterschiede in der wahrgenommenen berufsorientierten Behandlungsdosis zwischen MBOR und herkömmlicher MR abzubilden.

Ergebnisse

1.516 Personen wurden in die Analyse eingeschlossen. Das mittlere Alter betrug 52 Jahre (SD = 8). 74,8 % waren Frauen. Die interne Konsistenz der Skalen lag zwischen 0,82 und 0,90. Binary- und Graded-Response-Models zeigten, dass die Items gut zwischen Personen mit unterschiedlicher Wahrnehmung der Behandlungsdosis unterschieden. Alle drei Skalen korrelierten mit der berufsorientieren Gesamtbehandlungsdosis und der Patientenzufriedenheit. Die Korrelation mit der Behandlungsdosis war am deutlichsten für die benannten Therapieinhalte (r = 0,34). Der Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit war am höchsten für die Skala zur Zielerreichung (r = 0,61). Der Vergleich der Propensity Score gematchten Teilnehmer von MBOR und MR bestätigte günstigere Werte für die Teilnehmer der MBOR (Inhalt: b = 2,0, 95 % KI: 1,4 bis 2,6; Konsistenz: b = 2,5, 95 % KI: 1,6 bis 3,3; Zielerreichung: b = 2,5, 95 % KI: 1,5 bis 3,4). Die standardisierten Mittelwertdifferenzen lagen zwischen 0,35 und 0,64.

Fazit

Die Werte der drei entwickelten Skalen (berufsorientierte Inhalte, Konsistenz der berufsorientierten Strategie, Erreichung berufsorientierter Rehabilitationsziele) korrelierten sowohl mit der in den Entlassungsberichten dokumentierten berufsorientierten Behandlungsdosis als auch der Patientenzufriedenheit und bildeten Unterschiede zwischen Teilnehmern in der MBOR und der MR ab. Damit liegen nun Skalen vor, die den Implementierungsgrad aus Teilnehmersicht beschreiben. Die moderate Korrelation mit der dokumentierten Behandlungsdosis bestätigt, dass erbrachte und wahrgenommene Behandlungsdosis assoziierte, aber doch unterschiedliche Indikatoren für den Implementierungsgrad sind. Für eine umfassende Beschreibung des Implementierungsgrades sind beide Indikatoren notwendig (Steckler, Linnan, 2002).

Die Skalen können genutzt werden, um den Implementierungsgrad medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitationsprogramme aus Teilnehmersicht zu beschreiben. Für kontrollierte

Studien bietet sich der Einsatz der Skalen an, um Unterschiede in der wahrgenommenen Behandlungsdosis transparent zu machen. Die von uns erfasste Werteverteilung der drei Skalen kann herangezogen werden, um den Implementierungsgrad der MBOR in der Qualitätssicherung, etwa im Einrichtungsvergleich, zu beschreiben. Offen ist, inwiefern das Konstrukt der wahrgenommenen Behandlungsdosis in der MBOR mit längerfristigen Teilhabeeffekten assoziiert ist.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Interessenkonflikte: Der Co-Autor M. Streibelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Rehabilitation, 56. 14-21.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 4. Auflage. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Saltychev, M., Mattie, R., McCormick, Z., Barlund, E., Laimi, K. (2017): Psychometric properties of the Oswestry Disability Index. Int J Rehabil Res, 40. 202-208.

Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W. W. (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother Psychosom Med Psychol, 39. 248-255.

Steckler, A., Linnan, L. (Hrsg.) (2002): Process evaluation for public health interventions and research. San Francisco, Jossey-Bass.

Einfluss des EFL auf die subjektiv wahrgenommene physische Leistungsfähigkeit von traumatologischen Rehabilitanden

Schindl, M. (1), Wassipaul, S. (1), Wagner, T. (2), Gstaltner, K. (1)

(1) AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof, Klosterneuburg,
(2) Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wien

Zielstellung

Langdauernde Inaktivität nach einem Unfall führt zur Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit. Neben dieser physischen Leistungsminderung (Clay et al., 2010) stellen auch psycho-soziale Faktoren einen wichtigen prognostischen Faktor der beruflichen Wiedereingliederung dar (Schulz et al., 2000). Einer dieser Faktoren ist die selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit des Patienten (Cheng et al., 2005, Iakova et al., 2012).

Bisher liegen keine Studien vor, die das Ausmaß der selbsteingeschätzten physischen Leistungsfähigkeit in Bezug auf die beruflich notwendige körperliche Leistungsfähigkeit und den Einfluss eines objektiven kinesiophysischen Leistungstests auf die Selbsteinschätzung beurteilen.

Zweck der Untersuchung ist es, zu überprüfen, ob die Durchführung eines 2-tägigen kinesiophysischen Testverfahrens (EFL nach Isernhagen (Isernhagen 1992)) geeignet ist, eine realistischere Selbsteinschätzung der physischen Leistungsfähigkeit in einer Gruppe von posttraumatische Patienten zu ermöglichen.

Methoden

In die retrospektive Datenauswertung wurden die Datenätzer aller im Jahr 2016 mittels EFL Testung durchgeführten Leistungsüberprüfungen eingeschlossen.

Dabei erfolgte die Beurteilung der vom Patienten selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit mittels PACT Fragebogen (United States Department of Labor: Dictionary of Occupational Titles DOT (1977)) [DOT Kategorie: 1=sitzend bis sehr schwer=5], am Tag vor und nach Abschluss des EFL-Testverfahrens.

Diese selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit wurde mit der, mittels DOT Kategorie des EFL-Test erhobenen, objektiv erfassten physischen Leistungsfähigkeit korreliert.

Geprüft wurde der Unterschied der Mittelwerte der Differenzen der objektiven Leistungsfähigkeit im Vergleich zur selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit vor, beziehungsweise nach Durchführung des EFL Tests.

Hierfür wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben verwendet. Die Daten wurden positiv auf Varianzhomogenität und auf Normalverteilung überprüft.

Ergebnisse

Es wurden die Datensätze aller 161 posttraumatischen Patienten, die im Jahr 2016 am Ende ihres stationären Phase 2-Rehabilitationsaufenthaltes zum EFL-Test zugewiesen worden waren, eingeschlossen. Das stellt einen Prozentsatz von rund 12 % aller im Jahr 2016 rehabilitierten Patienten dar.

Das mittlere Alter lag bei 43,6 [34,4 - 51,3] Jahren, 143 Männer, 18 Frauen.

Die durchschnittliche Dauer zwischen Unfall und EFL-Testung betrug 7,7 Monate [6,0; 12,6].

Zum Testzeitpunkt bestand bei 83 Patienten ein aufrechtes Dienstverhältnis, bei 72 Patienten war das Dienstverhältnis gelöst. In den übrigen Fällen waren die Angaben nicht verwertbar, beziehungsweise handelte es sich um selbständig Erwerbstätige.

Die DOT Kategorien der mittels objektiven EFL erhobenen Leistungsfähigkeit verteilte sich wie folgt: Sitzende Tätigkeit n=0, leichte Tätigkeit n=6, mittelschwere Tätigkeit n=85, schwere Tätigkeit n=66 und sehr schwere Tätigkeit n=2.

Die vom Patienten selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit vor Durchführung des EFL-Tests verteilte sich auf die einzelnen DOT-Kategorien wie folgt: Sitzende Tätigkeit n=54, leichte Tätigkeit n=61, mittelschwere Tätigkeit n=22, schwere Tätigkeit n=21, sehr schwere Tätigkeit n=3.

Die vom Patienten selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit nach Durchführung des EFL- Tests verteilte sich auf die einzelnen DOT-Kategorien wie folgt: Sitzende Tätigkeit n=31, leichte Tätigkeit n=61, mittelschwere Tätigkeit n=26, schwere Tätigkeit n=37 und sehr schwere Tätigkeit n=6

Die Anzahl der Patienten, die sich korrekt zur tatsächlich mittels EFL-Test erhobenen DOT Kategorie zugeordnet hatten betrug vor EFL-Test Durchführung n=21, danach n=47. Somit

erfolgte nach EFL-Testung bei weiteren 26 Patienten eine realistische Selbsteinschätzung ihrer Leistungsfähigkeit.

Die Anzahl der Patienten, die ihre DOT Kategorie unterschätzten, lag vor der EFL-Testdurchführung bei n=133, und nach EFL-Testung bei n=104.

Die Anzahl der Patienten, die ihre DOT Kategorie überschätzten lag vor dem Test bei n=7, danach bei n=10.

Der Unterschied der Mittelwerte der Differenzen der objektiven Leistungsfähigkeit im Vergleich zur selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit vor, beziehungsweise nach Durchführung des EFL Tests erreichte Signifikanzniveau (p-Wert <0,05).

Fazit

Neben der physischen Leistungsfähigkeit stellen auch psychosoziale Faktoren einen wichtigen prognostischen Faktor zur Erlangung der beruflichen Wiedereingliederung dar. Einer dieser Faktoren ist die selbsteingeschätzte physische Leistungsfähigkeit.

Die Durchführung des kinesiophysischen EFL-Testverfahrens nach Isernhagen beinhaltet die Erfassung sowohl der objektiv zum Testzeitpunkt möglichen Kategorie der Leistungsfähigkeit, als auch die Erfassung der selbsteingeschätzten Kategorie der Leistungsfähigkeit mittels PACT-Fragebogens.

In der vorliegenden retrospektiven Datenauswertung zeigte sich, dass die Durchführung dieses 2-tätigen Testverfahrens in einer Gruppe von posttraumatisch-unfallchirurgischen Patienten zu einer signifikanten Zunahme der Patienten, die ihre Leistungsfähigkeit entsprechend ihrer objektiv getesteten Leistungsfähigkeit einschätzen, führt. Das Testverfahren scheint daher geeignet, dieser Patientengruppe zu einer realistischeren Selbsteinschätzung ihrer Leistungsfähigkeit zu verhelfen, und in weiterer Folge möglicherweise die Angst vor dem beruflichen Wiedereinstieg in ihren körperlich fordernden bisherigen oder umzuschulenden Beruf zu nehmen.

Des weiteren scheint das EFL-Testverfahren geeignet, neben Aussagen über die physische, auch Aussagen über zumindest einen relevanten psychosozialen prognostischen Faktoren in Hinblick auf die Wiedererlangung der beruflichen Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Literatur

Cheng JC, Li-Tsang CW. A comparison of self-perceived physical and psycho-social worker profiles of people with direct work injury, chronic low back pain, and cummulative trauma. Work 2005;25:315-25.

Clay FJ, Newstead SV, McClure RJ. A systematic review of early prognostic factors for return to work following acute orthopaedic trauma. Injury. 2010;41:787-52.

Iakova M, Ballabeni P, Erhart P, Seichert N, Luthi F, Dériaz O. Self perceptions as predictors for return to work 2 years after rehabilitation in orthopedic trauma inpatients. J. Occup Rehabil 2012;22:532-40.

Isernhagen SJ. Functional capacity evaluation: rational, procedure, utility of the kinesiophysical approach. J Occup Rehabil 1992;2:57-68.

Schulz IZ, Crook J, Fraser K, Joy PW. Models of diagnosis and rehabilitation in musculoskeletal pain-related occupational disability. J Occup Rehabil. 2000;10(4):271-93.

Förderfaktoren und Barrieren bei der Konzeptionierung und Implementierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprozessen

Preßmann, P. (1), Philipp, J. (2, 3), Leibbrand, B. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Bad Salzuflen,
(2) Salzetalklinik, Bad Salzuflen, (3) Klinik am Lietholz, Bad Salzuflen

Zielstellung

Um Menschen mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und den Arbeits(platz)anforderungen wieder ins Erwerbsleben zu integrieren, werden medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsleistungen (MBOR) angeboten, deren Wirksamkeit und Nachhaltigkeit für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) vielfach belegt ist (Hillert et al. 2009, Müller-Fahrnow et al. 2006). Im Vergleich zur konventionellen medizinischen Rehabilitation bedürfen MBOR-Leistungen jedoch eines höheren organisatorischen und therapeutischen Aufwandes sowie der Notwendigkeit, Entscheidungen zur Ressourcenallokation zu treffen. Patienten mit MBOR-Bedarf müssen identifiziert und deren Bedarfslage beschrieben werden, damit sie den passenden Therapien bedarfsadäquat zugeordnet werden können. Die von der Deutschen Rentenversicherung belegten Einrichtungen müssen diesen MBOR-Prozess (Zugang, Diagnostik, Therapie, Übergang) vorhalten. Gut funktionierende Konzepte sind wegen der unterschiedlichen strukturellen Bedingungen in den Rehabilitationseinrichtungen jedoch nicht problemlos und flächendeckend übertragbar. Zudem ist eine Implementierung seitens der Kliniker schwierig zu bewerkstelligen, da oftmals zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie das Know-how für eine entsprechende Umsetzung vor Ort (Konzeption und Implementierung) fehlen. Die Erfüllung qualitativer Standards und die Durchführung einer bedarfsgerechten Behandlung erfordert ein gemeinsames und umfassendes Vorgehen auf verschiedenen Ebenen, das auf die spezifischen Zielgruppen innerhalb sowie außerhalb des Reha-Teams (Stakeholder) zugeschnitten und an die lokalen Gegebenheiten angepasst ist (Grol & Grimshaw 2003, Meyer & Vollmar 2013, Wensing et al. 2013). Die vorgestellte Untersuchung fokussiert auf die Bedingungsfaktoren (hemmende und fördernde Faktoren) bei der Konzeptionierung und Implementierung von MBOR-Behandlungsprozessen.

Methoden

Im Rahmen einer formativen Evaluation wurde in zwei kooperierenden Reha-Kliniken mit orthopädischem Schwerpunkt ein integriertes MBOR-Behandlungskonzept entwickelt und anschließend implementiert. Das Datenmaterial entstammt einer Ist-Analyse der Ausgangsbedingungen auf Strukturebene sowie den vorhandenen Prozessabläufen. Während der Implementierungsphase wurden Daten mittels Interviews und Fokusgruppen generiert. Befragt wurden alle an der Ausgestaltung beteiligten Therapeuten, Ärzte und sonstigen Klinikmitar-

beiter. Interviews wurden transkribiert, Gespräche protokolliert. Ausgewertet wurden alle Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 2010), EDV-gestützt mit der Analysesoftware MAXQDA.

Ergebnisse

Allen Therapeuten, Ärzten und sonstigen Klinikmitarbeitern war es durch den gewählten Bottom-up-Ansatz möglich, an der MBOR-Konzeptentwicklung mitzuwirken. Durch die Partizipationsmöglichkeiten wurde der eigenen Arbeit eine hohe Sinnhaftigkeit beigemessen, was mit einer gesteigerten Motivation bei den am Behandlungsprozess Beteiligten einherging.

Während der Prozessoptimierung wurden einerseits strukturelle Voraussetzungen und Erfordernisse thematisiert; dies beinhaltet physische und humane Ressourcen, organisatorische und bestehende technologische Voraussetzungen sowie den Einsatz von finanziellen Mitteln. Andererseits wurden Prozessmerkmale angesprochen. Für die Konzeptimplementierung konnten daher verschiedene begünstigende und hemmende Bedingungsfaktoren identifiziert werden: räumliche, zeitliche sowie personelle Kapazitäten wurden als Barrieren thematisiert. Das Verständnis vom Konzept der MBOR differierte im Reha-Team sehr stark, sodass mit gezielter Fortbildung zunächst eine gemeinsame Ausgangsbasis geschaffen werden musste. Die Einschätzung des Reha-Teams zu Kommunikation, Vernetzung und zum Umgang mit erhobenen Informationen ist ambivalent. Alle Beteiligten betonen explizit die Bedeutsamkeit einer funktionierenden interdisziplinären Kommunikation sowie der dafür vorhandenen Möglichkeiten (z. B. elektronische Patientenakte) und Gelegenheiten (Teambesprechungen, Fallkonferenzen). Jedoch wird von Therapeutenseite ein zusätzlicher Austausch in einem nichtärztlichen Behandler-Team gewünscht.

Geäußert wurde, dass die Therapieplanung und -verordnung durch die aufnehmenden Ärzte nicht immer passgenau ist. Problematisch wird dies, da zu einem frühen Zeitpunkt der MBOR ein erhöhter Informationsbedarf in den Abteilungen bestehe (z. B. über das Leistungsbild und die berufliche Situation). Um Screening, Diagnostik, bedarfsadäquate Therapieplanung und -steuerung zu verbessern, plädieren Psychologie, Sozialberatung, Ergo-, Sport- und Physiotherapie für mehr Mitsprache in den facheigenen Behandlungsfeldern. Therapiezuweisung und -gestaltung wurden optimiert, da die Einbeziehung aller Abteilungen eine einseitige Betrachtung des Patienten minimiert und einen ganzheitlichen Blick auf die Problemlage ermöglicht.

Fazit

Die Einbeziehung des gesamten Reha-Teams und die Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten stellen für die Optimierung von Prozessen bei der Behandlung von MBOR-Patienten erste wichtige und förderliche Voraussetzungen dar. Durch die Beteiligung an den Veränderungen und ein schrittweises Vorgehen entsteht Motivation und Handlungsbereitschaft. Damit dies gelingt, muss jedoch eine gemeinsame Wissensbasis geschaffen werden, um ein Fundament für die Konzeptentwicklung, Modifikation, Ausrichtung an den lokalen Bedingungen sowie den Bedürfnissen der beteiligten Berufsgruppen und Patienten zu haben.

Die Ergebnisse zeigen Förderfaktoren und Barrieren sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei entsprechenden Optimierungen in der Zuweisung, der Ausgestaltung von Therapien mit speziell berufsbezogenen Inhalten sowie der Priorisierung beratungsintensiver Fälle zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit BBPL.

Die Anwendung eines Bottom-up-Ansatzes sowie die Einbeziehung des gesamten Reha-Teams stellen wichtige Voraussetzungen für die Konzeptionierung und Implementierung von MBOR-Prozessen dar und sollten daher standardmäßig zum Einsatz kommen.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney e. V.

Literatur

Grol R, Grimshaw J (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet, 362: 1225-1230.

Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (Hg.) (2009). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (11. aktual. u. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz-Verlag.

Meyer G, Vollmar HC (2013). Die Gretchenfrage – Implementierung von Ergebnissen der Gesundheits- und Pflegeforschung. Pflege, 26: 161-162.

Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hg.) (2006). Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments, Interventionen, Ergebnisse. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Wensing M, Bosch M, Grol R (2013). Determinants of change. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D (Hg.). Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care. 2nd Edition. Oxford: Wiley Blackwell BMJ Books, 139-150.

Formative Evaluation des MBOR-Angebots „Beruf – wie geht es weiter?“ in der Klinik Bad Reichenhall

Gerlich, C. (1), Schwaighofer, B. (2), Schultz, K. (2)

(1) Universität Würzburg,

(2) Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie, Klink Bad Reichenhall

Zielstellung

Der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) wird eine hohe Bedeutung zugemessen, weil sie den Lebensbereich Arbeit und Beruf als Kontextfaktor in der medizinischen Rehabilitation gezielt berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund hat die Klinik Bad Reichenhall seit 2012 ihr Leistungsspektrum um vier Module zum Thema "Beruf – wie geht es weiter?" erweitert. Die zusätzliche MBOR-Maßnahmengruppe umfasst Einheiten zu Berufsfördernden Leistungen (umfassende Darstellung der trägerübergreifenden Unterstützungsmöglichkeiten), zur sozialmedizinischen Beurteilung (Darstellung der Grundprinzipien der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, inkl. der Darstellung im Entlassungsbericht), zum Umgang mit psychischen Belastungen in der Arbeitswelt (Burnout, Mobbing, Konflikte und Kränkungen) und zum erfolgreichen Bewerben (Bewerbungsschreiben, Lebenslauf, Bewerbungsgespräch). Das Besondere am MBOR-Angebot in der Klinik Bad Reichenhall als Rehabilitationszentrum für Pneumologie und Orthopädie besteht darin, dass Rehabilitanden im Indikationsbereich der Pneumologie einbezogen werden. Da die MBOR-Entwicklung ihren Ausgangspunkt in einzelnen Modellvorhaben in der

Psychosomatik, Orthopädie, Abhängigkeitserkrankungen und Kardiologie hatten und aus diesen Indikationsgebieten auch die meisten Impulse zur Weiterentwicklung gekommen sind, finden sich für die medizinische Rehabilitation von pneumologischen Patienten bisher wenig bis keine spezifischen Ansätze. So finden sich z. B. weder im Praxishandbuch MBOR (Löffler et al., 2012) noch in der Darstellung der Klinik berufsbezogener Gesundheitsstörungen bei Hillert et al. (2009) Beispiele aus dem Bereich der Pneumologie. Daher erschien es angezeigt, das arbeits- und berufsbezogene Angebot in der Klinik für Pneumologie und Orthopädie näher zu betrachten.

Methoden

Die Umsetzung der arbeits- und berufsbezogenen Therapieelemente „Beruf – wie geht es weiter?“ wurde formativ evaluiert. Eingeschlossen wurden alle Rehabilitanden, die in einem Erhebungszeitraum von 8 Monaten arbeits- und berufsbezogene Therapieeinheiten in der Klinik Bad Reichenhall verordnet erhalten hatten und in die Studie einwilligten. Diese wurden zu Reha-Beginn und Reha-Ende sowie 3 Monate und 6 Monate nach Reha hinsichtlich Erwartungen und Zufriedenheit mit dem MBOR-Angebot sowie zu Arbeitsfähigkeit und Rentenabsicht befragt. Studienteilnehmer waren 250 Rehabilitanden (66 % Männer, 34 % Frauen) im Alter zwischen 20 - 64 Jahren (M= 51 Jahre, SD = 9 Jahre), mit einem Anteil von 42 % Teilnehmer über 55 Jahren. Die Teilnehmer waren überwiegend verheiratet (51 %), verfügten mehrheitlich über einen Hauptschulabschluss (66 %) und eine qualifizierte Berufsausbildung (72 %). Das Verhältnis von 74 % Studienteilnehmer aus dem Bereich Pneumologie gegenüber 26 % aus dem Bereich der Orthopädie spiegelte allerdings nicht das strukturelle Verhältnis von 55 % pneumologischen Reha-Patienten gegen über 45 % orthopädischen Reha-Patienten in der Klinik Bad Reichenhall wider (OR = 2,3).

Ergebnisse

Von den Teilnehmern im MBOR-Angebot waren 35 % zu Reha-Beginn arbeitslos. Von den berufstätigen Teilnehmern arbeitete die überwiegende Mehrheit (82 %) in Vollzeit, nur ein geringer Anteil (14 %) in Teilzeit oder geringfügig (4 %). Die Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index) verbesserte sich nach der Rehabilitation in beiden Indikationsbereichen der Klinik Bad Reichenhall. Der Work Ability Index lag drei Monate nach Reha um durchschnittlich 1,0 Punkte höher als zu Reha-Beginn (kleiner Effekt). Der Unterschied ist mit anderen Studien vergleichbar (z. B. Bethge et al. 2012). Eine Rentenabsicht wurde im Bereich der Pneumologie häufiger geäußert (52 %) als im Bereich der Orthopädie (36 %). Drei Monate nach der Reha waren im Bereich der Pneumologie mehr Teilnehmer berentet als in der Orthopädie (12 % gegenüber 2 %) oder hatten einen entsprechenden Antrag gestellt (11 % gegenüber 6 %). Alle Studienteilnehmer bewerteten die arbeits- und berufsbezogenen Therapieangebote in der Klinik Bad Reichenhall insgesamt als hilfreich und im Umfang als richtig. Als Wunsch nach Veränderungen im arbeits- und berufsbezogenen Therapieangebot wurde am häufigsten eine höhere Individualisierung durch verstärktes Eingehen auf die eigene Problemlage der befragten Rehabilitanden geäußert. Am Ende der Reha äußerte sich etwa die Hälfte der Teilnehmer (56 %) zufrieden mit dem Angebot zum Thema Arbeit und Beruf, unzufrieden eine Minderheit (10 %). Allerdings hat eine psychometrische Zusatzauswertung (Analyse multipler Antwortprozesse, Böckholt 2012) für die Items der Zufriedenheitsbefragung gezeigt, dass an

die Bewertung des arbeits- und berufsbezogenen Therapieangebots strengere Maßstäbe angelegt werden als an die Bewertung der Zufriedenheit mit der Rehabilitation insgesamt. Denn mit ihrem Rehabilitationsaufenthalt insgesamt waren über 80 % der Teilnehmer zufrieden, unzufrieden waren nur vereinzelte Teilnehmer (3 %).

Fazit

Das Verhältnis von mehr Teilnehmern aus dem Bereich Pneumologie (74 %) gegenüber den Teilnehmern aus dem Bereich der Orthopädie (26 %) kann darauf hindeuten, dass von den behandelnden Ärzten in der Klinik in Bad Reichenhall häufiger bei pneumologischen Rehabilitanden ein Indikationsbedarf für berufsbezogene Maßnahmen gesehen wurde als bei orthopädische Rehabilitanden. Die Fragestellung zum Zugang zu den arbeits- und berufsbezogenen Therapiemaßnahmen war jedoch kein eigener Gegenstand des Untersuchungsvorhabens und sollte deswegen eigens aufgeklärt werden. Da bisher wenig über MBOR-Maßnahmen für pneumologische Rehabilitanden bekannt ist, sollte mehr Forschung im Hinblick auf Besonderheiten in dieser Indikation erfolgen. Für die Rehabilitationspraxis soll nicht unerwähnt bleiben, dass mit dem Angebot von MBOR-Leitungen ein Risiko für systematisch schlechtere Bewertungen der Zufriedenheit bei Patientenbefragungen bestehen kann.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

Bethge, M., Brandes, I., Kleine-Budde, K., Löffler, S., Neuderth, S., Schwarz, B., Schwarze, M., Vogel, H. (2012): Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Abschlussbericht.

Böckenholt, U. (2012): Modeling multiple response processes in judgment and choice. Psychological Methods, 7. 665-678.

Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F. M. (2009): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Löffler, S., Gerlich, C., Lukasczik, M., Wolf, H.D., Neuderth, S. (2012): Praxishandbuch Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Entwicklung objektivierbarer Zuweisungskriterien zur komplexen Stufenweisen Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation (STWmbR)

Strahl, A. (1), Hauskeller, W. (1), Rüther, W. (1), Danner, H.W. (2)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) RehaCentrum Hamburg

Zielstellung

Stufenweise Wiedereingliederung (STW) ist eine Maßnahme, die Arbeitnehmern eine schrittweise Rückführung an die ursprüngliche Arbeitsbelastung mittels einer individuellen Erhöhung von Arbeitszeit und Arbeitspensum gewährt (BAR, 2015). Modellevaluationen belegen, dass durch die längere Entwöhnung vom Arbeitsmarkt bei der Reintegration Probleme auftreten können, die im Rahmen einer fehlenden Betreuung während der STW nicht bearbeitet werden können (Bürger, 2004).

Das Modell der Stufenweisen Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation (STWmbR) ermöglicht einen ganztägigen Einsatz der unterbrochen wird durch Rehabilitationstage. Nach dem ersten Arbeitstag, der die Regelarbeitszeit des Rehabilitanden umfasst, folgt ein Reha-Tag in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung. Hier können eventuell aufgetretene Probleme erkannt, besprochen und gemeinsam bearbeitet werden. Der Ablauf mit wechselseitigem Einsatz von Arbeitstagen und Reha-Tagen erfolgt für 3 Wochen. Nach Ablauf von 3 Wochen erfolgt die Steigerung der Arbeitszeit durch Umwandlung eines Rehabilitationstages in einen Arbeitstag (Danner, 2004; Danner, Kison & Morfeld, 2012). Während die STW einen Zeitraum von sechs Wochen bis zu sechs Monaten einnehmen kann, beansprucht das Wiedereingliederungsmodell der STWmbR grundsätzlich einen Umfang von 5,5 Wochen. Die STWmbR ist speziell für Patienten mit degenerativen und funktionellen Beschwerden sowie langen AU-Zeiten geeignet. Eine Studie konnte nachweisen, dass 37,3% der Befragten, die vor der Rehabilitationsmaßnahme AU Zeiten von 6 Monaten und mehr hatten, nach gezielter Zuweisung zum geeigneten Wiedereingliederungsmodell (STW / STWmbR) eine erfolgreiche Reintegration an Ihren Arbeitsplatz aufwiesen. Lediglich 5,3 % dieser, als nicht-reintegrierbar Beschriebenen, verblieben in der Gruppe AU>6 Monate (Danner, Kison & Morfeld, 2012). Eine gezielte Zuweisung der Rehabilitanden zu den jeweiligen Wiedereingliederungsmodellen könnte kostengünstigere, erfolgreichere und nachhaltigere Wiedereingliederung erzielen. Bisher existieren jedoch keine objektivierbaren Zuweisungskriterien zur STWmbR, infolgedessen eine Evaluation des Verfahrens nicht möglich war.

Methoden

Die Erstellung der Checkliste vollzog sich in zwei Projektphasen. Zunächst erfolgte eine Sekundärdatenanalyse von Entlassberichten einer ambulanten orthopädischen Rehabilitationsklinik, in der die STWmbR seit 1998 durchgeführt wird. Untersucht und analysiert wurden unter anderem soziodemographische Variablen, Art der Erkrankung und sozialmedizinische

Leistungsbeurteilung, um das Patientenkollektiv quantitativ zu beschreiben. Im darauffolgenden Schritt wurden darauf aufbauend Ein- und Ausschlusskriterien in einem Expertenworkshop mit leitenden Ärzten aus ambulanten orthopädischen Rehabilitationszentren (n=4) diskutiert. Anschließend wurde eine einstufige-Delphibefragung (n=6) durchgeführt, um Konsens über die Wertigkeit der Kriterienchecklisten zu erhalten. Die zu beurteilenden Teilbereiche beschäftigten sich mit dem formalen Aufbau, der Relevanz sowie dem Inhalt der einzelnen Kriterien.

Ergebnisse

Es wurden 212 Patienten identifiziert, die im Zeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2015 eine STWmbR erhielten. Im Mittel waren die Patienten 43,8 (SD 9,7) Jahre alt, vorwiegend männlich (68 %) und gaben auf einer visuellen Analogskala (1-10) eine Schmerzstärke von 5,8 (SD 1,9) an. Insgesamt konnten sich 69 % der Patienten eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz vorstellen, 27 % seien sich unsicher und 4 % verneinten dies aufgrund der jetzigen Beschwerden. Die Arbeitsunfähigkeit bestand bei 39,6 % länger als 6 Monate, bei 44,4 % zwischen 3 und 6 Monaten und bei 15,5 % der Teilnehmer weniger als 3 Monate. Die häufigsten Diagnosen waren M51.1+ Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie, M54.4 Lumboischialgie, Z98.8 Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen sowie M51.2 Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung. Bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde die Leistungsfähigkeit bei allen Patienten mit 6 Stunden und mehr beurteilt.

Im Expertenworkshop und der anschließenden Delphibefragung wurden anschließend Kriterien diskutiert und gewichtet, die geeignet sind, Patenten zielgerichtet zur STWmbR oder STW zuzuweisen. Die Kriterienchecklisten besteht aus 4 Items, die prüfen, ob (1) grundsätzlich die Kriterien zur Einleitung einer STW nach Formular G0831 der DRV Bund erfüllt sind, (2) der Patient ganztägig am allgemeinen Arbeitsleben teilnehmen kann, (3) eine degenerative oder funktionelle Erkrankung vorliegt und (4) der Patient voraussichtlich innerhalb von 6 Wochen an seinen Arbeitsplatz und seine letzte Tätigkeit reintegriebar ist. Insgesamt wurden der Aufbau der Kriterienchecklisten auf einer Notenskala mit 2,0 (SD 1,1) und alle Kriterien als relevant (100 %< x < 83,3 %) beurteilt. Der Änderungsbedarf war sehr niedrig und bezog sich vorrangig auf redaktionelle Änderungen bezüglich der Itemreihenfolge und -formulierung.

Fazit

Die Implementierung der STWmbR lässt als Ergänzung zur STW theoretisch erfolgreichere und effektivere Ergebnisse bei der Wiedereingliederung erwarten, sofern die Zuweisung zu einem der beiden Verfahren unter Berücksichtigung der jeweiligen Gesundheitsstörung erfolgt. Mit der Erstellung der einheitlichen Ein- und Ausschlusskriterien besteht die Möglichkeit die Wirksamkeit der STWmbR prospektiv multizentrisch zu evaluieren. Vor Einsatz der Kriterienchecklisten soll die Diskriminationsfähigkeit in einem nächsten Schritt durch Berechnung der Interrater-Reliabilität evaluiert werden.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr).

Literatur

[BAR] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015): Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess - Arbeitshilfe. URL: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/BroschuereAH8.web.pdf, Abruf: 20.10.2017.

Bürger, W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. Die Rehabilitation, 43,3. 151-161.

Danner, H.-W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation – Innovation und Flexibilisierung in der Rehabilitation. In Deck, R, Glaser-Möller, N., Mittag, O (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung. Lage: Jacobs Verlag. 93-104.

Danner, H.-W., Kison, A. & Morfeld, M. (2012): Ergebnisse des gezielten Einsatzes zweier Modelle der stufenweisen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 101. 54-56.

Bedenken und Ängste gegenüber der Personaleinstellung körperlich behinderter Menschen in Abhängigkeit von der Behinderungsform

Slavchova, V., Arling, V.

Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Zielstellung

Inklusion setzt voraus, dass im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention behinderte Menschen gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). Der gleichberechtigten Teilhabe im Berufsleben stehen Ängste und Bedenken gegenüber behinderten Menschen entgegen (Kaye et al., 2011). Dies kann zum Beispiel Bedenken zur Leistungsfähigkeit oder behinderungsspezifischen Einschränkungen oder Sorgen hinsichtlich des Kundenkontaktes betreffen.

Ziel dieser Studie war es vor diesem Hintergrund, eine Bestandsaufnahme zu leisten, welche Bedenken und Ängste es gegenüber unterschiedlichen Formen körperlicher Behinderungen gibt. Dabei sollte insbesondere geprüft werden, ob entsprechende Denkmuster nur bei denjenigen vorherrschen, die einen behinderten Bewerber gegenüber einem gesunden Bewerber ablehnen oder ob Bedenken und Ängste auch bei Personen zu finden sind, die bereit sind, einen behinderten Bewerber einzustellen.

Methoden

Im Rahmen einer Online-Studie nahmen insgesamt 138 Personen teil (106 ♀, 32 ♂). Das durchschnittliche Alter betrug 28,91 Jahre (SD = 10,58 Jahre). Die Studienteilnehmer hatten die Aufgabe, nacheinander vier Personalentscheidungen in Bezug auf eine kaufmännische Tätigkeit in einem mittelständigen Unternehmen zu treffen. Das Stellenprofil umfasste das Arbeiten am PC, Buchhaltung, Einkauf, Aufgabenkoordination und regelmäßigen Kundenkontakt. Pro Personalentscheidung stand ein gesunder Bewerber einem behinderten Bewerber

in der letzten Auswahlrunde gegenüber. Variiert wurde die Art der Behinderung (Sehbehinderung, Hörbehinderung, Querschnittslähmung, einseitige Arm-Amputation).

Wenn die Probanden den behinderten Bewerber ablehnten, sollten sie begründen, auf Grund welcher Ängste und Bedenken sie den gesunden Bewerber vorzogen hatten. Im Falle einer Auswahl des behinderten Bewerbers wurden die Studienteilnehmer gefragt, ob sie ungeachtet der Personalentscheidung Ängste und Sorgen in Bezug auf die bevorstehende Zusammenarbeit mit dem behinderten Bewerber hatten.

Die genannten Ängste und Bedenken wurden in Orientierung an Kaye et al. (2011) mittels der Kategorien „Kosten“, „geringere Performanz“, „mehr Aufwand“, „rechtliche Verpflichtungen“, „soziale Angst“, „allgemeine Unwissenheit über die Behinderung“ operationalisiert.

Ergebnisse

In Bezug auf das Entscheidungsverhalten für bzw. gegen den behinderten Bewerber zeigt sich, dass Bewerber mit Sinnesbehinderungen (Seh- bzw. Hörbehinderung) seltener gegenüber dem gesunden Bewerber ausgewählt wurden als Bewerber mit einer funktionellen Einschränkung (Querschnittslähmung bzw. Arm-Amputation). Personen, die den behinderten Bewerber ablehnten, berichteten von deutlich mehr Bedenken als diejenigen, die den behinderten Bewerber auswählten. Eine Übersicht der Ergebnisse ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Personalentscheidung für bzw. gegen den behinderten Bewerber unter Berücksichtigung von Ängsten und Bedenken

Art der Behinderung	**N**	**Personalentscheidung**		**Ängste bzw. Bedenken bei Entscheidung für behinderte Bewerber**		**Ängste bzw. Bedenken bei Entscheidung gegen behinderte Bewerber**	
		für behinderte Bewerber	gegen behinderte Bewerber	vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Sehbehinderung	138	47	91	15	32	89	2
Hörbehinderung	138	45	93	23	22	91	2
Querschnittslähmung	138	84	54	31	53	52	2
Arm-Amputation	138	74	64	22	52	62	2

Hinsichtlich der Bedenken an sich zeigt sich, dass sowohl im Falle einer Personaleinstellung bzw. Ablehnung vor allem Bedenken und Ängste in Bezug auf entstehende Kosten bzw. eine geringere Performanz ausschlaggebend waren. Zusätzlich zeigen sich behinderungsspezifische Unterschiede: so machten sich die Probanden, die den querschnittsgelähmten Bewerber einstellten, häufig Sorgen auf Grund ihrer Unwissenheit über die Behinderung. Ein häufiger Ablehnungsgrund bei hörbehinderten Bewerbern waren beispielsweise Sorgen über mögliche Kommunikationsschwierigkeiten (soziale Ängste). Die geäußerten Bedenken sind pro Behinderung in Tabelle 2 übersichtsartig abgebildet.

Tab.2: Bedenken und Ängste in Bezug auf die unterschiedlichen Formen der körperlichen Behinderung in Abhängigkeit zur Personalentscheidung (Entscheidung für bzw. gegen den behinderten Bewerber)

	Bedenken bzw. Ängste					
	Kosten	Geringere Performanz	Mehr Aufwand	Rechtl. Pflichten	Soziale Ängste	Unwissenheit
Entscheidung für den behinderten Bewerber						
Sehbehinderung	2	6	2	1	0	3
Hörbehinderung	0	14	0	1	3	4
Querschnittslähmung	6	4	2	1	3	15
Arm-Amputation	1	14	0	1	2	3
Entscheidung gegen den behinderten Bewerber						
Sehbehinderung	24	57	7	1	2	6
Hörbehinderung	4	57	3	2	29	4
Querschnittslähmung	13	20	6	0	7	6
Arm-Amputation	2	40	2	1	8	3

Anm.: Da mehrere Ängste und Bedenken pro Studienteilnehmer geäußert werden konnten, sind Mehrfachnennungen möglich.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Bedenken und Ängste gegenüber unterschiedlichen körperlichen Behinderungsformen im Berufskontext nach wie vor in vielfältiger Form existieren. Die Tatsache, dass eine Personalentscheidung gegen den behinderten Bewerber mit mehr Ängsten und Bedenken verknüpft ist, gibt Hinweis auf die Relevanz entsprechender Bewertungen. Somit stehen dem Inklusionsgedanken weiterhin Hürden im Weg.

Vor diesem Hintergrund sollten Konzepte zur gezielten Aufklärung über die unterschiedlichen Behinderungsformen und deren konkrete Auswirkungen im Berufsleben entwickelt werden, um die bestehenden Bedenken und Ängste abzuschwächen. Ein konkreter Ansatz, um im Arbeitsleben die Hemmschwelle zwischen gesunden und körperlich behinderten Menschen abzubauen, könnte darin bestehen, Kontakte zwischen beiden Gruppen zu fördern. Die positive Wirksamkeit eines solchen Vorgehens ist in der Literatur belegt (vgl. z. B. Pettigrew, Tropp, 2005).

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Beschluss zur UN-Behindertenrechtskonvention. URL: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/un-brk.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Abruf: 20.10.2017.

Kaye, H. S., Jans, L. H., Jones, E. C. (2011): Why don't employers hire and retain workers with disabilities? Journal of Occupational Rehabilitation, 21(4). 526-536.

Pettigrew, T. F., Tropp, L R. (2005): Allport’s intergroup contact hypothesis: Its history and influence. On the nature of prejudice, 50. 262-277.

Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentern

Briest, J.

Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Im Jahr 2016 erfolgten 18,2 % aller Rentenzugänge auf Grund einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017). Neben der erhöhten Belastung der sozialen Sicherungssysteme ist der Erhalt einer Erwerbsminderungsrente (EMR) für viele Betroffene mit erheblichen Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe sowie deutlichen finanziellen Einschnitten assoziiert (Märtin et al., 2012).

Trotz dieser sozioökonomischen und individuellen Folgen wurden bislang vergleichsweise wenige Studien zu der gesundheitlichen Situation sowie der Motivation für eine Rückkehr ins Erwerbsleben (RTW) bei Erwerbsminderungsrentnern durchgeführt. Bislang liegen entsprechende Daten lediglich für einzelne Diagnosegruppen (Kobelt et al., 2009) bzw. einzelne regionale Rentenversicherungsträger (Zschucke et al., 2017) vor.

Ein Ziel des Projekts „Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente“ (REBER) war daher die Erfassung verschiedener Aspekte der Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Einstellung zu RTW.

Methoden

Im Rahmen der Studie wurden Versicherte der DRV Bund, DRV Nord, DRV Mitteldeutschland und DRV Baden-Württemberg, deren zeitlich befristete EMR erstmalig und unabhängig vom Arbeitsmarkt gewährt wurde, zum Ende ihrer EMR angeschrieben. Die Fragebogendaten wurden durch ausgewählte Merkmale der Routinedaten der Rentenversicherung ergänzt.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden der SF-36 sowie eine auf den Zeitpunkt vor Beginn der EMR retrospektiv formulierte Version des SF-12 eingesetzt. Zudem wurden die Anzahl der Arztkontakte im vergangenen Jahr sowie Körpergröße und Gewicht erfragt. Daten zu während des Rentenbezugs erhaltenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und medizinischer Rehabilitation (MR) wurden den Routinedaten entnommen.

Auf Grund der Vermutung, dass die Merkmalausprägungen zwischen den Diagnosegruppen stark variieren, wurden die Auswertungen auf die Versicherten mit den Berentungsdiagnosen Neubildungen (C00-D48), Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99) beschränkt. Unterschiede zwischen diesen Gruppen wurden abhängig vom Skalenniveau mittels einfaktorieller Varianzanalyse bzw. Chi-Quadrat-Test geprüft.

Ergebnisse

Von den 15.237 angeschriebenen Versicherten wurden 1197 Befragte auf Grund der Stichprobenkriterien sowie fehlerhafter/ fehlender Routinedaten aus der Studie ausgeschlossen. 4.248 Rentner nahmen an der Befragung teil, bei 3.482 Personen erfolgte die Berentung auf

Grund einer der vier in dieser Auswertung eingeschlossenen Diagnosegruppen (Psychische und Verhaltensstörungen: 64,2 %; Neubildungen: 16,2 %; Muskuloskelettale Erkrankungen: 11,3 %; Krankheiten des Kreislaufsystems: 8,3 %).

Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 52,2 Jahre (SD=5,9), 68,6 % waren weiblich und 18,2 % berichteten einen Migrationshintergrund. Die Teilnehmer erreichten auf den Summenskalen des SF-36 sowohl für die psychische (MW=32,5; SD=12,2) als auch die körperliche (MW= 32.9; SD=10,1) gesundheitsbezogene Lebensqualität eher geringe Werte. Erwartungsgemäß zeigten sich die Rentner mit muskuloskelettalen Erkrankungen hinsichtlich der körperlichen Lebensqualität (MW=24,8; SD=6,4) und jene mit psychischen Störungen hinsichtlich der psychischen Lebensqualität (MW=28,5; SD=10,0) signifikant stärker beeinträchtigt als die Vergleichsgruppen. Im Vergleich zu der Lebensqualität vor Beginn der EMR berichteten auf beiden Summenskalen Befragte mit psychischen Erkrankungen die im Mittel stärkste Verbesserung, während sich Befragte mit Krankheiten des Kreislaufsystems im Mittel am deutlichsten verschlechterten. Knapp ein Drittel der Befragten war adipös (BMI>30), bei der Gruppe mit muskuloskelettalen Erkrankungen war dieser Anteil erhöht (40,9%).

Während des Rentenbezugs nahmen Versicherte mit der Berentungsdiagnose Neubildungen deutlich eher als psychisch Erkrankte (59,7 % vs. 33,5 %) an Leistungen der MR teil. Im gleichen Zeitraum erhielten Rentner mit muskuloskelettalen Erkrankungen eher LTA als die anderen Diagnosegruppen (7,6 % vs. 2,7-3,7 %). Durchschnittlich berichteten die Befragten 8,7 Hausarztbesuche (SD=8,7) sowie 21,7 Facharztbesuche (SD=16,8) in den vergangenen 12 Monaten.

Die RTW Motivation variierte deutlich zwischen den Diagnosegruppen. Während 43,8 % der Befragten mit Kreislauferkrankungen einen starken RTW Wunsch angaben, war dies bei lediglich 27,5 % der Versicherten mit einer psychischen Erkrankung der Fall. Die Teilnehmer bewerteten hingegen ihre Arbeitsfähigkeit und die Chancen, eine ihren Einschränkungen entsprechende Arbeitsstelle zu finden, über die Diagnosegruppen hinweg im Mittel als sehr gering (2,1/11 bzw. 1,45/11).

Fazit

Auch am Ende des Rentenbezugs berichteten Versicherte mit einer Erwerbsminderung eine geringe Lebensqualität. Im retrospektiven Vergleich zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor dem Rentenbeginn zeigte sich lediglich für psychisch Erkrankte eine positive Entwicklung. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung waren der Anteil adipöser Personen sowie die Anzahl der Arztkontakte erhöht. Der Anteil jener Rentner, die einen hohen RTW-Wunsch äußern, ist mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar. Die Umsetzung dieses grundsätzlichen RTW-Wunsches erscheint vor dem Hintergrund der kritischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsmarktes sowie der geringen Inanspruchnahme von LTA zumindest stark gefährdet. Im weiteren Verlauf des Projektes wird untersucht, wie viele Erwerbsminderungsrentner in das Erwerbsleben zurückkehren und welche Faktoren dies beeinflussen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Rentenversicherung in Zahlen 2017. Berlin.

Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E., Gutenbrunner, C. (2009): Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? Psychother Psychosom Med Psychol, 59. 273-280.

Märtin, S., Zollmann, P., Buschmann-Steinhage, R. (2012): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung - Projektbericht I zur Studie. Berlin.

Zschucke, E., Hessel, A., Lippke, S. (2016): Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. Rehabilitation, 55. 223-229.

Qualitative Analyse der Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben von Versicherten am Ende ihres Erwerbsminderungsrentenbezugs

Bökel, A., Nowik, D., Briest, J.

Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Die bisherige Forschung zu Prädiktoren und Kontextfaktoren, die die Rückkehr von ErwerbsminderungsrentnerInnen ins Erwerbsleben (RTW) bedingen, konzentriert sich vorrangig auf objektiv messbare Faktoren wie Bildung oder Lebensalter (Laaksonnen & Gould, 2014; Zschucke et al., 2016). Die subjektive Perspektive der Betroffenen, ihre Gefühle und Gedanken im Hinblick auf RTW sind bisher noch nicht untersucht worden. Ziel dieser Auswertung ist die Erfassung und Kategorisierung dieser Gedanken und Gefühle.

Methoden

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung im Projekt Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER) wurden 15.237 Personen im Alter von 35 bis 60 Jahren am Ende des Bezugs ihrer erstmalig und unabhängig vom Arbeitsmarkt gewährten, zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente angeschrieben. Der Fragebogen enthielt eine offene Fragestellung zu den Gedanken und Gefühlen der Erwerbsminderungsrentner bezüglich einer Rückkehr ins Erwerbsleben. Die qualitative Inhaltsanalyse wurde als kategorienbildende Textanalyse angewandt (Mayring, 2010). Die offene Kodierung erfolgte nach der Methodik der Grounded Theory und erfolgte durch zwei unabhängige Kodierer (Glaser & Strauss, 2010). Die Übereinstimmung wurde mittels Cohens Kappa im laufenden Analyseprozess wiederholt berechnet, das Kategoriensystem, falls nötig, entsprechend überarbeitet und die Kodierung wiederholt.

Ergebnisse

3.040 Befragte beantworteten die offene Frage. Aus dem Antwortmaterial wurden 6.971 Kodierungen extrahiert, aus denen wiederum acht Kategorien abgeleitet wurden.

Die Kategorie „A. Hoffnung“ umfasst positive Emotionen und Gedanken im Hinblick auf RTW, die als fördernde Faktoren und individuelle Ressourcen für deren erfolgreiche Umsetzung betrachtet werden können. Kodes sind u.a. „Hoffnung auf Erfolgserleben, Spaß oder eine

Aufgabe“, „Hoffnung auf soziale Kontakte und Anerkennung“ und „Hoffnung auf eine finanzielle Verbesserung“.

Die Kategorie „B. Sorgen und Ängste“ beinhaltet hingegen negative Emotionen und Gedanken der Erwerbsminderungsrentner. Diese können als Barrieren verstanden werden, die RTW erschweren oder ggf. verhindern können. Prominente Kodes in dieser Kategorie sind „Fehlende Leistungsfähigkeit“, „Versagensangst“ sowie „Stress und Druck sind zu hoch“.

Die „C. Einschätzung der gesundheitlichen Zukunft“ bildet eine Kategorie, die die gesundheitliche Entwicklung der Befragten im Falle von RTW nach der befristeten Erwerbsminderungsrente beinhaltet. Dazu zählen u.a. die Kodes „Verschlechterung der körperlichen Gesundheit erwartet“, „Verschlechterung der seelischen Gesundheit erwartet“ und „Verschlechterung der Gesundheit allgemein erwartet“.

Unter der Kategorie „D. Arbeitsfähigkeit“ subsummierte Kodes beschreiben die Arbeitsfähigkeit der Befragten sowie die körperlichen und seelischen gesundheitlichen Einschränkungen. Kodes sind u. a. „Rückkehr in den alten Beruf nicht möglich“, „Gesundheitlich körperlich nicht arbeitsfähig“ sowie „Bleibende Arbeitsunfähigkeit“.

Die Kategorie „E. Erwartungen an die Interaktion am Arbeitsplatz“ beinhaltet u.a. die Kodes „Erwartet negative Interaktion mit Kolleg/innen und Vorgesetzten“ und „Erwartet positive Interaktion mit Kolleg/innen und Vorgesetzten“.

Unter die Kategorie „F. Partizipation am Arbeitsleben“ fallen Kodes mit Bezug auf die Chancen auf dem Arbeitsmarkt, u. a. hinsichtlich Arbeitszeit und Arbeitsbelastung. Dies waren u. a. „Teilzeitstelle ausführend“, „Erwartet aufgrund des Alters keine Stelle zu bekommen“ und „Andere Art der Arbeit“.

Aussagen zur grundsätzlichen Bereitschaft für RTW wurden in der Kategorie „G. Bereitschaft zu arbeiten“ zusammengefasst.

Kategorie H umfasst die aktuelle Situation in Bezug auf Familie, Kinderbetreuung und Haushalt, sowie die finanzielle und soziale Situation.

Zur systematischen Darstellung der aus dem Material induktiv entwickelten Kategorien und der darin beinhalteten Ressourcen und Barrieren im Hinblick auf die erfolgreiche Rückkehr ins Erwerbsleben wurde der Versuch einer Zuordnung der Kategorien zu den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005) vorgenommen (Abb. 1). Dabei konnten allen Komponenten Kategorien zugeordnet werden, was die Mehrdimensionalität der Einflussfaktoren widerspiegelt, welche auf die betreffenden Personen einwirken und damit auch Auswirkungen auf RTW haben.

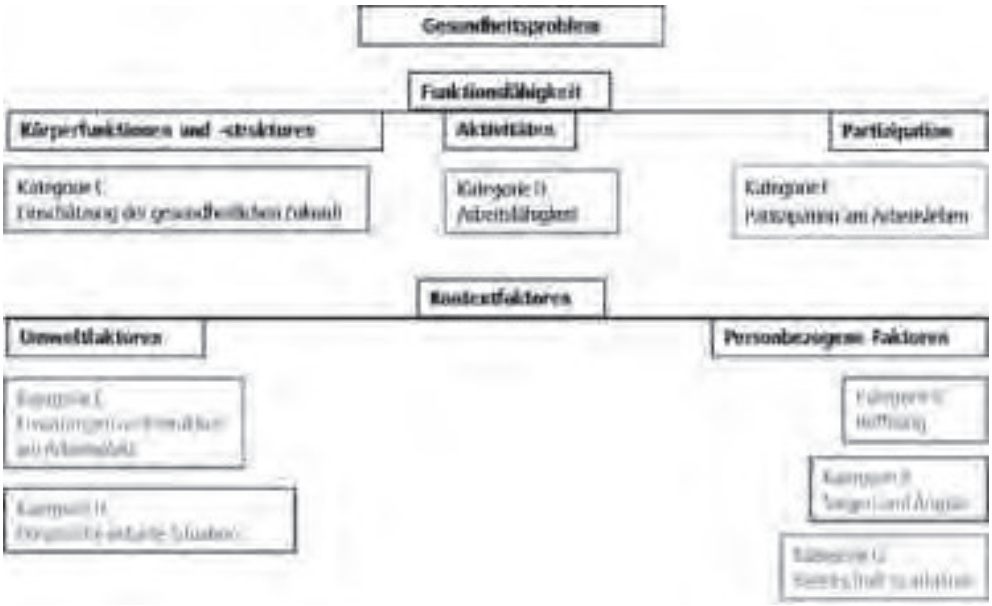

Abb. 1: Zuordnung der Kategorien zu den Komponenten der ICF

Fazit

Die Gedanken und Gefühle von Erwerbsminderungsrentnern im Hinblick auf die Rückkehr ins Erwerbsleben unterscheiden sich deutlich zwischen den Befragten. Insbesondere beim mapping der Kategorien wurde dies deutlich. Die Einordnung der Kategorien, inklusive der dahinter liegenden Kodes in die Komponenten der ICF ermöglicht es, die in den Analyseeinheiten genannten Ressourcen und Barrieren systematisch zu betrachten.

Die Sensibilisierung für die Gefühle und Gedanken durch alle Akteure könnte zukünftig die Erwerbsminderungsrentner bei ihrem RTW unterstützen. Ein offener und sensibler Umgang mit diesen Gefühlen kann zur Klärung und ggf. Modifikation der Ursachen dienen und so die Wiedereingliederung erleichtern. So könnten bspw. sensibilisierte Arbeitgeber negative Interaktionen zwischen Mitarbeitern während der Rückkehr eines Kollegen erkennen und Maßnahmen zur Teambildung einleiten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Ed.). (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. Programmbereich Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.

Laaksonnen, M. & Gould, R. (2014). Return to Work After Temporary Disability Pension in Finland. J Occup Rehabil (2015) 25:471-480.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse.

Zschucke, E., Hessel, A., & Lippke, S. (2016). Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: Subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben [Temporary Disability Pension from the Perspective of the Individual: Self-Reported Physical and Mental Health, Medical Rehabilitation, and Return to Work Plans]. Die Rehabilitation, 55(4), 223-229. https://doi.org/10.1055/s-0042-109574.

Return to Work aus der zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente: Erste Ergebnisse einer SUF-Auswertung

Köckerling, E. (1), Hesse, B. (2), Körner, M. (1)

(2) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Münster,
(2) Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Zielstellung

Im Rahmen der Entwicklung neuer Finanzierungsstrukturen der Deutschen Rentenversicherung wurde beschlossen, dass ab dem Jahr 2001 Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) grundsätzlich befristet werden (Hegelich 2006). Eine dauerhafte EM-Rente wird seitdem nur noch dann gewährt, wenn eine gesundheitliche Besserung als unwahrscheinlich bewertet wird (§ 102 SGB VI, Abs. 2). Die zeitliche Befristung von EM-Renten impliziert somit eine Besserungsmöglichkeit des Gesundheitszustandes bzw. die Chance auf Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit. In verschiedenen Projekten wurden bereits Charakteristika von EM-RentenantragstellerInnen und EM-RentnerInnen sowie Maßnahmen und Einstellungen dieser Personengruppen zur Rückführung in das Erwerbsleben untersucht (Kobelt et al. 2009, Viering et al. 2015). Unklar bleibt jedoch, wie viele EM-RentnerInnen derzeit in das Erwerbsleben zurückkehren. Dieser Frage wird im ZEMI-Projekt (Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work?) nachgegangen. Darüber hinaus werden die EM-RentnerInnen hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale und ihrer gesundheitlichen und wirtschaftlichen Situation charakterisiert und deren Einfluss auf ein Return to Work (RTW) ermittelt.

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wird der Scientific Use File (SUF) „Abgeschlossene Rehabilitation 2006-2013 im Versicherungsverlauf“ des Forschungsdatenzentrums der DRV Bund herangezogen. Es werden alle EM-RentnerInnen, die im Jahr 2006 zum ersten Mal eine zeitlich befristete EM-Rente erhalten haben, identifiziert und bis zum Jahr 2013 nachverfolgt. Eine Person hat in einem Jahr dann ein RTW erreicht, wenn zu Versicherungszeiten 183 bis 365 Versicherungstage mit einem Tagesentgelt von mehr als 33.- € (entspricht dem Mindestlohn von 8,50 € für eine Halbtagsbeschäftigung von 4 Stunden) verzeichnet sind. Die Auswertung erfolgt deskriptiv. Es werden Kaplan Meyer Kurven erstellt. Desweiteren werden Cox-Regressionen zur Bestimmung des Einflusses von soziodemografischen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Merkmalen auf ein RTW durchgeführt.

Ergebnisse

In dem Datensatz wurden 9.919 Personen identifiziert, die im Jahr 2006 zum ersten Mal eine befristete EM-Rente erhalten haben. Bis zum Jahr 2013 wurde bei 211 (=2,1 %) Personen die Rente in eine unbefristete Rente umgewandelt. 942 Personen (9,5 %) erhielten eine Altersrente und 1.064 Personen (10,7 %) verstarben. Von den verbliebenen Personen mit Potenzial zur Rückkehr ins Erwerbsleben konnte für 7.595 Personen ein mögliches RTW verfolgt werden. Es erreichten insgesamt 836 Personen ein RTW in mindestens einem Jahr in dem Zeitraum von 2007 bis 2013. Etwa ein Viertel der EM-RentnerInnen mit RTW schafften dies in allen 7 Jahren in dem Zeitraum von 2007 bis 2013 (220 von 836 Personen).

Bei den soziodemografischen Merkmalen zeigt sich, dass Männer häufiger ein RTW erreichen konnten als Frauen (Männer mit RTW: 14,5 %; Frauen mit RTW: 8,4 %). Personen, die ein RTW schaffen, sind zudem durchschnittliche 6 Jahre jünger als Personen ohne ein RTW und haben häufiger eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten.

Fazit

Der geringe Anteil an zeitlich befristeten EM-RentnerInnen, die ein RTW erzielen konnten, zeigt, dass bislang entgegen der Implikation einer Befristung nur wenige Personen die Erwerbsfähigkeit wiedererlangen bzw. in eine Erwerbstätigkeit zurückkehren. Dies könnte einerseits die Vermutung nahelegen, dass das Potenzial zur Rückkehr ins Erwerbsleben in der Gruppe der zeitlich befristeten EM-RentnerInnen kleiner ist, als es eingangs eingeschätzt wird. Andererseits kann dies auch als deutlicher Hinweis auf Handlungsbedarf gewertet werden: Personen, die eine zeitlich befristeten EM-Rente beziehen, benötigen zielgerichtete Unterstützung, damit die zeitliche Befristung als Zeit zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und -tätigkeit fungieren kann. Hierbei sind bereits vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse zur Identifikation von Personen mit Unterstützungsbedarf und zur möglichen Ausgestaltungen der Unterstützungsmaßnahmen von Relevanz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Interessenkonflikte: Der Co-Autor M. Körner ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.

Literatur

Hegelich, S.(2006): Reformkorridore des deutschen Rentensystems. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B.,Gebauer, E.,Gutenbrunner, C. (2009): Do people with mental disorders who, due to complete reduction in earning capacity, receive a temporary pension want to return into active employment? Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 59 (7).273–280.

Viering, S.,Jager, M.,Bartsch, B.,Nordt, C.,Rossler, W.,Warnke, I.,Kawohl, W. (2015): Supported Employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial.Frontiers in publichealth, 3.237.

Nachhaltigkeit der Rehabilitation hinsichtlich Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Vierjahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg

Kaluscha, R. (1), Nübling, R. (2), Krischak, G. (1, 3), Kriz, D. (2), Martin, H. (4), Müller, G. (5), Renzland, J. (6), Schmidt, J. (2), Kaiser, U. (2), Toepler, E. (7)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (3) Federseeklinik Bad Buchau, (4) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Stuttgart, (5) Schlossklinik Bad Buchau, (6) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (7) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

Zielstellung

Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes sind der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche (Wieder-)Eingliederung zentrale Ziele der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In der „Reha-QM-Outcome-Studie“ konnten Rehabilitanden anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg über nunmehr vier Jahre nachbeobachtet werden.

Dass eine erfolgreiche Rehabilitation die Beitragszahlung in die Sozialsysteme stabilisiert und das Risiko für eine Erwerbsminderung senkt, wurde für den Dreijahreszeitraum nach Rehabilitation bereits gezeigt (Kaluscha 2017). Hier wird nun der Frage nachgegangen, ob sich die Effekte im vierten Jahr weiterhin zeigen.

Methoden

Basis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg (Nübling et. al. 2015). Die Studie umfasst Selbstangaben der Patienten aus einer schriftlichen Nachbefragung ein Jahr nach der Rehabilitation sowie Daten aus der Rehabilitationsstatistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg.

Für 2.234 Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter, die im zweiten Halbjahr 2011 eine Rehabilitationsmaßnahme in einer Klinik des Qualitätsverbundes durchlaufen hatten, lagen die notwendigen Fragebogenangaben und Daten zu Rentenereignissen bis vier Jahre nach Rehabilitation vor.

Der Beobachtungszeitraum umfasste insgesamt 7.266 Personenjahre; darin wurden 319 Anträge auf Erwerbsminderungsrente gestellt, von denen 186 bewilligt wurden.

Mittels Proportional-Hazard-Modellen wurden Ereigniszeitanalysen (SAS 9.4, Proc PHREG) mit dem Zielereignis „bewilligte EM-Rente“ jeweils im Drei- und Vierjahreszeitraum nach Rehabilitation durchgeführt. Zensierungen fanden bei Altersrente oder Tod sowie am Ende des Nachbeobachtungszeitraumes (31.12.2015) statt.

Dabei wurde der Einfluss des subjektiven Reha-Nutzens auf das Zielereignis bewertet. Adjustiert wurde für Alter, Hauptindikation (ICD-10-Kapitel C, E, F, G und M), Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Reha sowie Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren.

Das Geschlecht, die Aufforderung durch die Krankenkasse (§51 SGB V) sowie der subjektive Nutzen von Nachbehandlungen erlangte in den Modellen keinen signifikanten Einfluss.

Ergebnisse

Die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen sieht einen subjektiven Nutzen der Rehabilitationsmaßnahme; lediglich 9,7 % konnten nicht profitieren. Je höher der Rehabilitand diesen Nutzen einschätzt, desto stärker sinkt das Risiko für eine Erwerbsminderungsrente (vgl. Tab. 1). Die Risiko-Reduktion ist allerdings nach vier Jahren geringer als nach drei Jahren.

Tab. 1: Hazard-Ratios für Erwerbsminderungsrente vs. subjektivem Reha-Nutzen drei bzw. vier Jahre nach Rehabilitation

		nach drei Jahren		nach vier Jahren	
Reha hat geholfen …	**Anzahl (Anteil)**	**Anz. EM-Renten**	**Hazard-Ratio**	**Anz. EM-Renten**	**Hazard-Ratio**
sehr	444 (19,9%)	17	0,276	22	0,319
ziemlich	854 (38,2%)	49	0,457	59	0,489
etwas	719 (32,1%)	59	0,610	72	0,657
gar nicht / geschadet	217 (9,7%)	29	Referenz	33	Referenz
Gesamt		**154**		**186**	

Fazit

Der subjektive Reha-Nutzen wurde in beiden Proportional-Hazard-Modellen als kategoriale Variable geführt, d.h. die Rangfolge der Risiko-Reduktion wurde nicht durch die Modellierung erzwungen. Dennoch zeigt sich die sprachlich zu erwartende Reihenfolge: So führt z. B. die Angabe, die Reha habe „sehr“ geholfen zu stärkerer Risiko-Reduktion als „ziemlich geholfen“. Interessant ist ferner, dass auch bei nur geringem subjektivem Nutzen („etwas geholfen“) bereits eine spürbare Reduzierung des Erwerbsminderungsrisikos über mehrere Jahre zu beobachten ist. Die Abschwächung des Effektes im zeitlichen Verlauf kommt nicht überraschend. Vor diesem Hintergrund erscheint die Möglichkeit, nach vier Jahren erneut eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der gleichen Erkrankung durchführen zu können, sehr sinnvoll.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Qualitätsverbund Gesundheit

Interessenkonflikte: Die Co-Autorin H. Martin ist Mitarbeiterin der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg.

Literatur

Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E. (2017). Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Bd. 111, S. 98-99

Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J.et al. (2015). Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation - Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement. „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-

Württemberg. Abschlussbericht, März 2015. Download unter http://www.qualitaetsverbund-gesundheit.de/

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Holstiege, J., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2015): Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg - Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation, 27, 77-94.

"How shall I explain this to my boss?" Experimental study on return to work consultation in mental health problem

Muschalla, B. (1), Geistler, S. (2), Göttel, S. (2)

(1) SRH Hochschule für Gesundheit Gera, (2) Universität Potsdam

Background

Dealing with mental health problems at work is a new key aspect in prevention and rehabilitation research. Especially under changing working conditions, exclusion of personnel with mental health problems may increase in form of sickness absence and early retirement. More than 40% of incident early retirements in Germany are due to mental disorders (DRV, 2017). There is often low tolerance for persons with mental disorders, as they are thought to be less productive or less competent and cannot fulfill nowadays work requirements (OECD, 2012).

To initiate a reintegration consultation (BEM, Ramm et al., 2012) while the person is in a rehabilitation treatment may be a fruitful first step for return to work. A positive outcome in a reintegration consultation, i.e. the willingness of the employer and team colleagues to support reintegration, depends on the reaction of the supervisor and the team colleagues towards the handicapped employee. This can be best observed and explored in terms of social distance.

A proactive performance of the person with a handicap herself is of importance (Muschalla et al., 2016). Beside, also the chosen channel of communication may be relevant, i.e. who communicates the mental health handicap. Rehabilitation physicians and other therapists might be helpful in explaining the mental health problem and the solution to the supervisor (Baer, 2015). This may increase acceptance (Baer, 2015).

Purpose

The aim of this experimental vignette study is to find out whether occupational reintegration consultations lead to better outcome or not when the affected employee receives support by a medical expert (either physician, or social worker, or psychotherapist).

Methods

Acceptance is operationalized in terms of low social distance (Muschalla et al., 2016). 200 employed persons (age M=38.95 years, SD=10.56, range 16-66; 58% women; 52% team work job; 35% leading position) were randomly assigned to four vignette conditions.

In the first condition, the colleague with the mental health problem performs the explanation of her problem herself, without assistance. In the three other conditions, either an occupational physician, or social worker, or psychotherapist is present and gives the explanation.

Additionally, in order to control moderators, personal initiative and own history of mental health problems was assessed from the participants.

Results

Social distance decreases from pre to post reintegration consultation in all four conditions. There was no stronger decrease in conditions with expert-assistance (Tab. 1).

Tab.1: Comparison of degree of perceived social distance over the course (t1, t2) and under different conditions of expert assistance (company physician, psychotherapist, social worker, alone). Means (standard deviations) are reported (N = 200). Analysis of variance with repeated measurement, test of significances for main and interaction effects (MANCOVA).

		Social distance t1[1] (α = .924)		Social distance t2[1] (α = .938)	
Conditions	*n*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Assistance by company physician	50	4.29	2.27	3.33	2.18
Assistance by psychotherapist	49	4.16	1.69	3.39	1.70
Assistance by social worker	50	4.61	2.16	3.74	1.97
No assistance by any medical expert	51	3.93	1.97	3.17	1.86

MANCOVA effects	value	*F*(1, 192)	*p*
Repeated measurement	.024	4.69	.031
Repeated measurement * Gender[3]	.012	2.34	.128
Repeated measurement * Age	.017	3.35	.069
Repeated measurement * Own history of mental health problems[4]	.010	1.95	.164
Repeated measurement * Personal initiative[2]	.008	1.59	.209
		F(3,192)	
Repeated measurement * Condition	.003	0.18	.910

Note: [1] = Mean from eight items which constitute the social distance scale. Items were rated from *1 = I do not agree at all* to *10 = I fully agree.* [2] = Personal initiative items were rated from *1 = not at all* to *5 = extremely* [3] = Gender: *1 = female, 2 = male*. [4] = Own experience of mental health problem: *1 = yes or 2 = no.*

Discussion

There was no further increase in acceptance for (i.e. decreasing social distance towards) the person for reintegration when the reintegration talk is assisted by a medical expert, neither physician, nor psychotherapist, nor social worker.

This was an online questionnaire study. In sensu exposition with vignettes was used. In future research, field studies should test the effect in realistic settings.

In clinical practice, the decision whether the reintegration process should be assisted by an expert or not, must always be based on the concrete case constellation. From a medical perspective, occupational reintegration management (BEM) should include consultation of the company´s physician.

Literature

Baer, N. (2015): Probleme bei Arbeitsplatzerhalt und Wiedereingliederung – Grundlagen und Interventionsmöglichkeiten in der Behandlung [Problems with job retention and reintegration – Basics and possibilitis for interventions]. PSYCH up2date, 9. 369-386.

DRV (2017): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zahlen 2017 [German Federal Pension Fund Statistics 2017]. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing.

Muschalla, B., Fay, D., Seemann, A. (2016): Asking for work adjustments or initiating behavioural changes – what makes a ‘problematic co-worker’ score Brownie points? An experimental study on the reactions towards colleagues with a personality disorder. Psychol Health Med, 21. 856-862.

Ramm, D., Mahnke, C., Tauscher, A., Welti, F., Seider, H., Shafaei, R. (2012): Company integration management in small and medium-sized companies. Legal requirements and prerequisites for successful implementation. Rehabilitation, 51. 10-17.

Was motiviert in der Erwerbsminderungsrente zur Rückkehr ins Erwerbsleben?

Lippke, S. (1), Zschucke, E. (1), Hessel, A. (2)

(1) Jacobs University Bremen gGmbH, Bremen,
(2) Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Bremen

Zielstellung

Die Motivation von ErwerbsminderungsrentnerInnen zur Rückkehr ins Erwerbsleben (RTW) ist bisher kaum untersucht worden. Die wenigen Studien zeigen, dass verschiedene Einstellungen und Erwartungen diese Motivation determinieren. Wie sich dies bei Menschen mit befristeter Erwerbsminderungsrente (bEM) und in Abhängigkeit von der Zeit in bEM gestaltet, sollte in einer Befragungsstudie mit Betroffenen ermittelt werden, um damit evidenzbasierte, maßgeschneiderte Maßnahmen entwickeln zu können.

Methoden

Es wurden N=453 ErwerbsminderungsrentnerInnen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen im Alter von M=50,8 Jahren (SD=7,40) zu ihren Erwartungen, Wünschen und Plänen bezüglich ihrer Rückkehr ins Erwerbsleben per computerassistiertem Interview befragt (T1). Die Befragten waren in bEM seit durchschnittlich M=42 Monaten (SD=34,4; Median=35) d.h. zwischen 1-227 Monaten.

N=285 Befragte konnten nach ca. 2 Jahren (T2) erneut befragt werden.

Ergebnisse

Die Absicht, ins Erwerbsleben zurückzukehren, nahm mit der Zeit ab – sowohl von T1 zu T2 als auch mit der Zeit, die die Befragten in bEM waren ($r=-.19$, $p<.01$). Bei der Vorhersage der Rückkehrabsicht zu T2 durch verschiedene Prädiktoren war die Zeit in bEM nicht mehr bedeutsam, da die Varianz durch Alter (OR=0.93) und die T1 RTW Pläne (OR=3.73) aufgeklärt wurde. Geschlecht und die Erwartung, durch Erwerbstätigkeit mehr Geld zur Verfügung zu haben, hatten nach Kontrolle der anderen Variablen ($R^2=.44$) ebenfalls keine Bedeutung. Zentral waren aber der Gesundheitszustand (OR=2.59) und generelle positive Erwartungen an die Erwerbstätigkeit inkl. dem Wunsch nach Weiterentwicklung (OR=3.58). Bezüglich der potientiell hilfreichen Maßnahmen äußerten die Befragten hohe Erwartungen an den Austausch mit anderen Betroffenen (OR=1.66) und an eine medizinische Rehabilitation (OR=1.44).

Fazit

Es sollte der Abnahme der Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben über die Zeit aktiv entgegengewirkt und eine tatsächliche RTW gefördert werden. Dazu sollten die Versicherten unterstützt werden, ihre Motivation in konkrete Pläne zu transferieren und diese dann auch in die Tat umzusetzen. Dabei kann der Austausch mit anderen Betroffenen und Experten helfen. Es gilt aber vor allem, den Gesundheitszustand so zu verbessern, dass eine Rückkehr in die Arbeit überhaupt möglich ist. Die medizinische Rehabilitation kann dabei einen entscheidenden Anteil übernehmen, jedoch sollte sie sich stärker auf die Bedürfnisse der Versicherten mit bEM sowie auf deren Möglichkeiten und Grenzen einstellen. Die Entwicklung spezieller Rehabilitationsinhalte, -methoden und -formen für ErwerbsminderungsrentnerInnen ist hierfür dringend erforderlich. Darüber hinaus erscheint es an der Zeit, Alterssterotype zu überwinden. Hierbei sind alle Beteiligten inkl. der Betroffenen selbst aber auch Politik und Gesellschaft, Angehörige und Fachkräfte des Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem gefragt.

Förderung: Deutsche-Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Literatur

Zschucke, E., Hessel, A., & Lippke, S. (2016). Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. Die Rehabilitation, 55(04), 223-229.

The Return on Work Reintegration

Echarti, N. (1), Schüring, E. (1), Kemper, G. (2)
(1) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Bonn,
(2) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Zielstellung

Die Diskussion um die Nachhaltigkeit von Dienstleistungen im öffentlichen Sektor steht in einem engen Zusammenhang mit der Frage, ob sich der Einsatz finanzieller Mittel für die Beteiligten lohnt. Daher besteht ein breites Interesse, herauszufinden, ob der Nutzen von Rehabilitationsarbeit auch finanziell messbar ist, und falls ja, wie hoch das ökonomische Potential der Investitionen ist. Um diese Frage zu beantworten, ist es notwendig Leistungen sowie die dadurch anfallenden Ausgaben statistisch zu erfassen und in einem ökonomischen Modell zu bewerten.

Dabei sind Ausgaben zur Rehabilitation und Reintegration zumeist auf rechtliche und soziale Pflichten der Träger zurückzuführen. Die Förderung der Rückkehr in die Arbeit kann aber auch als ökonomische Entscheidung betrachtet werden. Durch Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bleibt der Volkswirtschaft jedes Jahr eine Vielzahl von Arbeitskräften erhalten, die ohne entsprechende Maßnahmen aus dem Arbeitsleben ausscheiden würden.

Aus der Perspektive der Arbeitgeber bedeutet ein geringerer Personalumsatz weniger Unterbrechung des Geschäftsbetriebes und damit eine erhöhte wirtschaftliche Produktivität. Gleichzeitig werden Personalkosten in Form verminderter Rekrutierungs- und Überstundenkosten eingespart.

Für Sozialversicherungssysteme sind erfolgreiche Wiedereingliederungen ebenfalls von ökonomischer Relevanz, denn Sozialbeiträge steigen und Renten- und Krankengeldzahlungen werden vermieden.

Demnach repräsentieren die Ausgaben auch Investitionen, da die beteiligten Akteure finanziell von den Effekten der Reha profitieren. Hier leistet die Studie Aufklärungsarbeit und zeigt, wie sich diese Auswirkungen konkret in Zahlen ausdrücken lassen.

Primäres Ziel des Projektes ist es, den Kontext der Rehabilitation in verschiedenen Ländern zu erfassen und basierend auf Umfang und Qualität der durchgeführten Leistungen eine Kosten-Nutzen-Berechnung durchzuführen.

Methoden

Um eine ökonomische Bewertung von Wiedereingliederungsmaßnahmen durchzuführen, müssen zunächst statistische Daten zu den Leistungen erfasst werden. In einem ersten Schritt,wurden hierzu Primärdaten von Versicherungen gesammelt. Speziell Inanspruchnahme, Erfolg und Kosten von erbrachten Leistungen, standen hierbei im Fokus der Datenerhebung. Mithilfe der Statistiken können anschließend Leistungen und Ausgaben ins Verhältnis gesetzt werden.

Insgesamt wurden Daten von 19 Sozialversicherungen, stellvertretend für hunderte von Firmen aus Europa, Nord- und Süd-Amerika, Afrika sowie aus dem Asiatisch-pazifischen Raum, aufgenommen. Eine Modellierung des Arbeitswiedereingliederungs-Geschehens kann jedoch nicht einfach auf den erfassten ökonomischen Statistiken nach Abschuss der medizinischen und beruflichen Rehabilitation basieren. Zuvor muss evaluiert werden, inwieweit die Erfolge auf die erbrachten Leistungen zurückgehen.

Hierzu wurde eigens ein Reha-Nutzen-Modell entwickelt, mit Hilfe dessen der potentielle Rehaerfolg abgeschätzt wird. Dabei dienen gewonnene Berufstätigkeitsjahre und gesparte Arbeitsunfähigkeitstage als Grundgrößen der Modellrechnung. Die Abschätzung der Grundgrößen basiert auf drei verschiedenen Wirkungsszenarien (klein, mittel und großes Wirkungsszenario).

Anschließend werden die durch die Wiedereingliederung gesparten Jahre beziehungsweise Tage in einen Geldwert umgerechnet und den Investitionskosten gegenübergestellt. Dabei werden länderspezifische Kontextfaktoren miteinbezogen, sodass Kosten und Nutzen für einzelne Akteure verschiedener Länder individuell berechnet werden.

Die folgenden ökonomischen Nutzen werden dabei evaluiert:

- Die für Unternehmen entstehenden wirtschaftlichen Vorteile durch vermiedene Personalkosten und verbesserte Produktionskapazitäten
- Die vom Sozialversicherungssystem erzielten Mehreinnahmen durch steigende Sozialbeiträge sowie vermiedene Kosten durch gesparte Renten- und Krankengeldzahlungen
- Der volkswirtschaftliche Nutzen in Form erhöhter Wirtschaftstätigkeit

Ergebnisse

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Analyse, dass sich Rehabilitation und Arbeitswiedereingliederung auch finanziell lohnen, da der Nutzen einer wirksamen Rehabilitation die anfallenden Kosten deutlich überwiegt: Bereits unter der Annahme einer kleinen Effektgröße werden im Durchschnitt positive Renditen für Arbeitgeber, Sozialversicherungen und die Gesellschaft realisiert

Unter der Annahme eines mittleren Wirkungseffektes wird geschätzt, dass Arbeitgeber für jeden investierten Euro mehr als das Dreifache des Kapitaleinsatzes an Rendite erwirtschaften. Im Durchschnitt ergibt sich ein Kosten-Nutzen-Faktor, der für die Rehabilitation und Wiedereingliederung eingesetzten Investitionen, für Arbeitgeber von 1:3,70 (vgl. Abbildung 1).

Für die Sozialversicherungssysteme übersteigen die Mehreinahmen und vermiedenen Rentenzahlungen, im mittleren Szenario, die Kosten mit einem durchschnittlichen Kosten-Nutzen-Faktor von 2,9. Das heißt, dass Sozialversicherungsträger durch erfolgreiche Arbeitswiedereingliederung für jeden in die Rehabilitation investierten Euro, 2,90€ an Kaptialrendite erhalten.

Aus gesellschaftlicher Perspektive werden nur die Produktivitätskosten und –gewinne zur abschließenden Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses in Betracht gezogen. Im mittleren Szenario überwiegen die Produktivitätsgewinne die Arbeitszeitverluste aufgrund von Programmteilnahme im Durchschnitt mit dem Faktor 2,8.

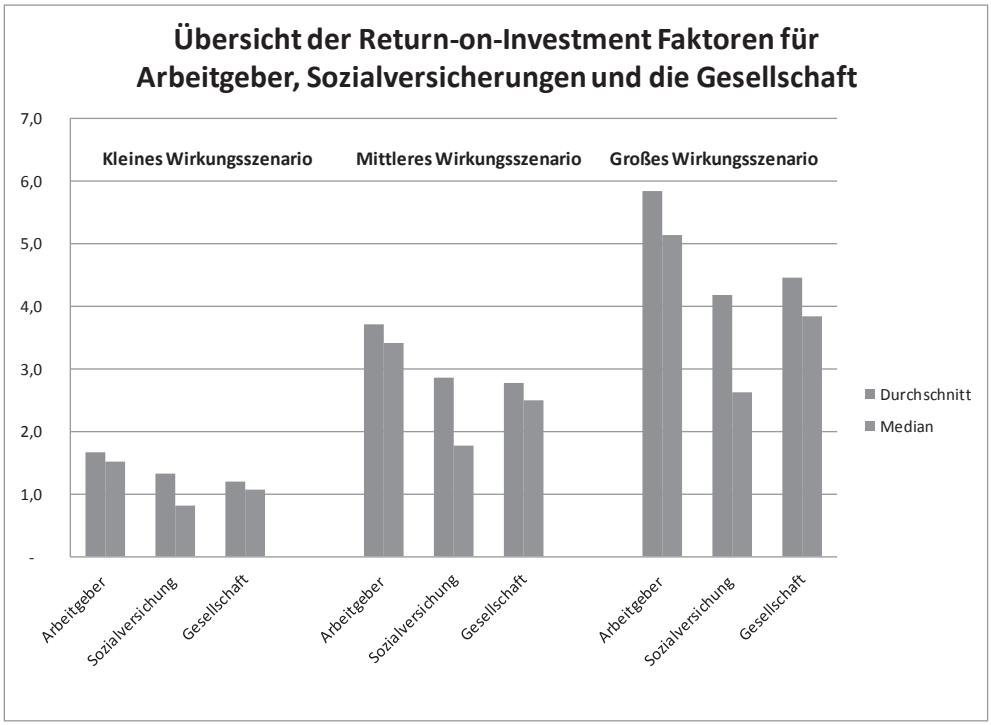

Abb. 1: Übersicht der Return-on-Investment Faktoren

Fazit

Die Berechnungen verdeutlichen das große ökonomische Potential von Investitionen in die Arbeitswiedereingliederung für alle beteiligten Akteure. Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sichern Beschäftigung und sind somit wichtige Bestandteile einer gesunden und funktionierenden Volkswirtschaft. Die Ergebnisse zeigen, dass politische Entscheidungsträger Investitionen in Wiedereingliederungsmaßnahmen fördern sollten, auch für die Fälle, in denen der zu erwartende Behandlungseffekt klein ist. Im Durchschnitt führt dies bereits zu einem positiven Return-on-Investment für Arbeitgeber, Sozialversicherungssysteme sowie die Gesellschaft als Ganzes.

Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs: Ergebnisse einer multizentrischen Patientinnenbefragung zur Sozialdienstberatung in zertifizierten Brustzentren

Noeres, D., Geyer, S., Röbbel, L.
Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Die Gewährleistung eines zeitnahen Zugangs zur sozialdienstlichen Beratung nach einer Brustkrebsoperation gehört zu den wesentlichen Voraussetzungen für die Zertifizierung eines Brustzentrums. Die Beratung hat durch Sozialarbeiter/innen zu erfolgen (DKG/DGS 2016). Studien verweisen auf den hohen Beratungsbedarf nach einer primären Operation sowie auf Beratungserfolge durch Sozialdienste (Kowalski et al. 2015, Kowalski et al. 2016). Gleichzeitig zeigen die Befunde, dass sich Brustkrebspatientinnen nur sehr selten von den Sozialdiensten in Fragen der beruflichen Wiedereingliederung unterstützt fühlen (IMVR 2015). Die bisher vorliegenden Ergebnisse basieren auf Befragungsdaten zum Informationsbedarf von Brustkrebspatientinnen verknüpft mit Sozialdienstdokumentationen über die Beratungshäufigkeit. Die Fragestellungen unserer eigenen Studie lauten: 1) Welche Beratungsquoten ergeben sich aus den Angaben der Patientinnen nach primärer Brutkrebsoperation und welche Themen werden in der Sozialdienstberatung vorrangig behandelt? 2) Zeigen sich Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit der Befragten mit der Sozialdienstberatung und soziodemografischen bzw. medizinischen Faktoren und gibt es Unterschiede in Abhängigkeit von der behandelnden Klinik?

Methoden

Im Rahmen der langzeitlich angelegten Multicenterstudie „Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs“ wurden Patientinnen schriftlich befragt, die im Zeitraum zwischen Dezember 2016 und Dezember 2017 in den neun zertifizierten Brustzentren der Region Hannover und Hildesheim primär an Brustkrebs operiert wurden. Eingeschlossen wurden erwerbstätige Patientinnen ≤ 63 Jahre (inkl. primär M1, inkl. Rezidive nach ≥10 Jahren, excl. DCIS). Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, erfolgte die Befragung nach der „Total Design Methode“ (Dillman 1978). Die Fragebögen wurden drei Wochen nach der Operation ausge-

sandt. Die Einschätzungen der Patientinnen zur „Sozialdienstberatung“ wurden mit standardisierten Fragen zur Inanspruchnahme, zu den Beratungsthemen, zur Zufriedenheit mit der Beratung (5-stufige Likert-Skala) und zu den Gründen der Nichtinanspruchnahme erfragt. Themen, die in der Beratung fehlten, wurden mit einer offenen Frage erfasst. Bis Mitte Oktober 2017 waren 171 Fragebögen zurückgesandt, die Rücklaufquote lag bei 75,2 %. Die statistische Auswertung der Inanspruchnahme erfolgte deskriptiv. Zusammenhänge zwischen der Patientinnenzufriedenheit und soziodemografischen und medizinischen Faktoren wie UICC-Stadium oder Erhalt einer neoadjuvanten Chemotherapie wurden mit Rang-Tests geprüft.

Ergebnisse

Die Stichprobe besteht aus 171 an Brustkrebs operierten Frauen, die in den neun zertifizierten Brustzentren der Region Hannover und Hildesheim operiert wurden. Die Patientinnen waren zum Zeitpunkt der OP durchschnittlich 51,5 Jahre alt (SD 7,2; Range 29-63 Jahre). Insgesamt gaben 74,4 % der Befragten an, eine Beratung durch den Sozialdienst des jeweiligen Brustzentrums erhalten zu haben, sieben Befragte waren sich nicht sicher. Die Beratungsquoten der einzelnen Zentren unterscheiden sich signifikant und reichen von 61,5 % bis 100 %. Die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme der Beratung lagen bei 77,5 % der 37 Betroffenen darin, dass ihnen keine Beratung angeboten wurde (bzw. dass die Beraterin die Patientin verpasst hatte), in 22,5 % der Fälle gaben die Frauen an, selbst keine Zeit oder kein Interesse gehabt zu haben. Die am häufigsten von den Befragten genannten Beratungsthemen umfassten 1. das Schwerbehinderten- und Sozialhilferecht (thematisiert in 84 % aller Beratungen), 2. Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (79 %) und 3. Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen (38 %). Das Thema „Rückkehr in den Beruf“ wurde in knapp 20 % der Beratungen behandelt. Die Zufriedenheitswerte der Befragten fielen überwiegend positiv aus (Md=2, „ziemlich zufrieden“), 79 % bezeichneten sich als ‚sehr‘ oder ‚ziemlich‘ zufrieden mit der Beratung. Es zeigten sich signifikante Unterschiede in der Patientinnenzufriedenheit im Vergleich der einzelnen Kliniksozialdienste (p=0,03), nicht jedoch im Hinblick auf soziodemographische oder medizinische Merkmale der Befragten. Als kritikwürdig bezeichneten die Patientinnen in den Freitextangaben die Rahmenbedingungen der Beratung (zu früher Zeitpunkt bzw. zu kurze Dauer) oder fehlende Beratungsinhalte wie bspw. die Rückkehr in den Beruf, Leistungen der Kranken- und Rentenversicherung oder andere finanzielle Fragen.

Fazit

In der vorliegenden Untersuchung fallen die Beratungsquoten der Sozialdienste in zertifizierten Brustzentren mit durchschnittlich 74,4 % geringer aus als die durch OnkoZert für die deutsche Krebsgesellschaft im Jahr 2012 erfassten 83,3 % (Kowalski et al. 2015). Es ist anzunehmen, dass die befragten Patientinnen nicht alle Beratungen als solche erkannt haben, zumal manche angaben, sich nicht genau an die Situation im Krankenhaus erinnern zu können. Die Rückkehr in den Beruf steht relativ selten im Vordergrund der Beratung durch die Sozialdienste in zertifizierten Brustzentren. Dennoch zeigen sich in den Antworten der Patientinnen aus der Region Hannover und Hildesheim deutliche Hinweise auf das Interesse an diesem Thema, und zwar ein größeres als der bisherige Stand der Forschung vermuten ließ.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS) (2016): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft. Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Brustkrebszentren der DKG/DGS, (Vers. H2; 14.07.2016). http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm. Zugriff: 23.10.2017

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) (2015): Berufliche Wiedereingliederung von Brustkrebspatientinnen. Information & Beratung bei Brustkrebs – Was fehlt unseren Patientinnen und Patienten? Workshop am 23. Januar 2015, Berlin. http://www.imvr.de/uploads/5%20Berufliche%20Wiedereingliederung.pdf. Zugriff 23.10.2017

Kowalski, C., Pfaff, H., Halbach, S., Enders, A., Wesselmann, S., Wirtz, M., Ernstmann, N. (2016): Qualitätsanforderungen evaluieren mit PROMs – das Beispiel der sozialdienstlichen Beratung in zertifizierten Brustkrebszentren - 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Berlin, 05.-07.10.2016.

Kowalski, C., Ferencz J., Wesselmann, S., Weis, I., Adoph, H., Wesselmann, S. (2015): Social Service Counseling in Cancer Centers Certified by the German Cancer Society, Social Work in Health Care, 54:4, 307-319, DOI: 10.1080/00981389.2014.999980

23. Januar 2015, Berlin. http://www.imvr.de/uploads/5%20Berufliche%20Wiedereingliederung.pdf. Zugriff 23.10.2017

Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zusammenhänge zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und Sozialversicherungsbeiträgen 3 Jahre nach der Reha

Nübling, R. (1), Kaluscha, R. (2), Krischak, G. (2), Kriz, D. (1), Martin, H. (3), Müller, G. (4), Renzland, J. (5), Reuss-Borst, M. (6), Schmidt, J. (1), Kaiser, U. (1), Toepler, E. (7)

(1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen,
(2) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, Bad Buchau,
(3) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Stuttgart,
(4) Schlossklinik Bad Buchau, (5) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH, Bad Rappenau, (6) Facharztpraxis/Reha- und Präventionszentrum Bad Bocklet,
(7) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

Zielstellung

Eine wesentliche Zielgröße zur Erfassung der Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitationsleistungen sind „Patient Reported Outcomes“ (PROs; Brettschneider et al, 2011; Calvert et al, 2013). Dabei besteht eine hohe Korrespondenz zwischen PROs und SV-Beitragszahlungen der Versicherten in die Sozialversicherung für den Zeitpunkt 1 Jahr nach der Reha (Nübling et al., 2017). Die Beitragszahlungen sind dabei ein zentraler Indikator für Return to Work (RTW). Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, inwieweit sich auch SV-Beiträge 3 Jahre nach der Reha aufgrund der bei 1-Jahres-Katamnese erhobenen PROs vorhersagen lassen.

Methoden

Datenbasis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ der DRV Baden-Württemberg und des Qualitätsverbunds Gesundheit. Die Studie beinhaltet Selbstangaben der Patienten (schriftliche 1-Punkt-Nachbefragung 1 Jahr nach der Reha), Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD; Zeitraum 3 Jahre vor und nach der Reha) sowie Qualitätskennzahlen der Einrichtungen. Hauptziel der Studie ist die Überprüfung der Effektivität stationärer Heilbehandlungen auf der Grundlage der drei Datenbereiche sowie die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen. Im Rahmen der vorliegenden Analysen werden PROs und RSD einbezogen (vgl. Nübling et al., 2015a, b).

Die Stichprobe zu Untersuchung der o.g. Fragestellung umfasst n=1.799 Versicherte, die im Jahr 2011 in 21 Kliniken behandelt wurden und zum Zeitpunkt der Reha-Antragstellung erwerbstätig oder arbeitslos, also Erwerbspersonen waren.

Ergebnisse

Wie früher bereits berichtet, ergeben die untersuchten PROs (u.a. Nutzenbewertung, Zielerreichung, Zufriedenheit mit dem Ergebnis, Veränderung des Gesundheitlichen Befinden, der psychischen/körperlichen Beschwerden, der subjektiven Leistungsfähigkeit) ein weitgehend positives Bild der Ergebnisqualität. Die Return-to-Work-Quoten liegen zwischen 75 % (Zeitpunktquote) und 83 % (kumulative Zeitverlaufsquote). Die Beitragszahlungen drei Jahre nach der Reha können gut durch die 1 Jahr nach der Reha berichteten PROs vorhergesagt werden, die durch PROs erklärbare Beitragsvarianz liegt zwischen 16-37 % (vgl. auch Nübling, 2016). Subjektiv gebesserte unterscheiden sich gegenüber nicht gebesserten Rehabilitanden deutlich hinsichtlich ihrer Beitragsverläufe, vor allem in den drei Jahren nach der Reha (Abb. 1 und Abb. 2). D.h. Versicherte, die ein Jahr nach der Reha von subjektiven Besserungen berichten, leisten im weiteren Verlauf deutlich höhere BSV-Beiträge.

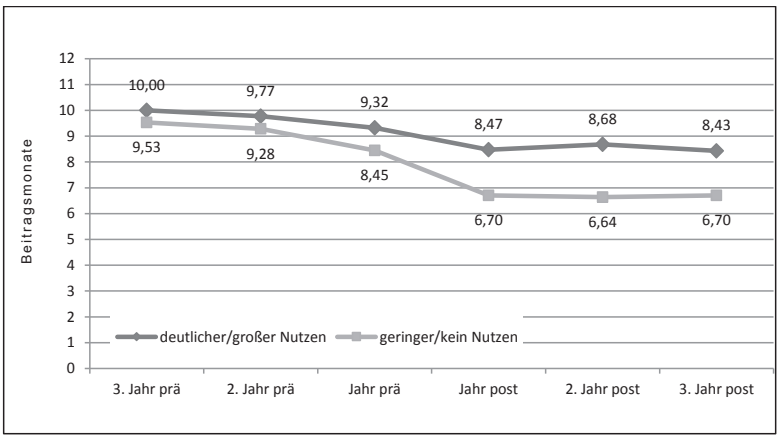

Abb.1: SV-Beitragsverläufe (durchschnittliche Monate der Betragszahlung) für den bei 1-Jahres-Katamnese erhobenen PRO „Nutzenbeurteilung“

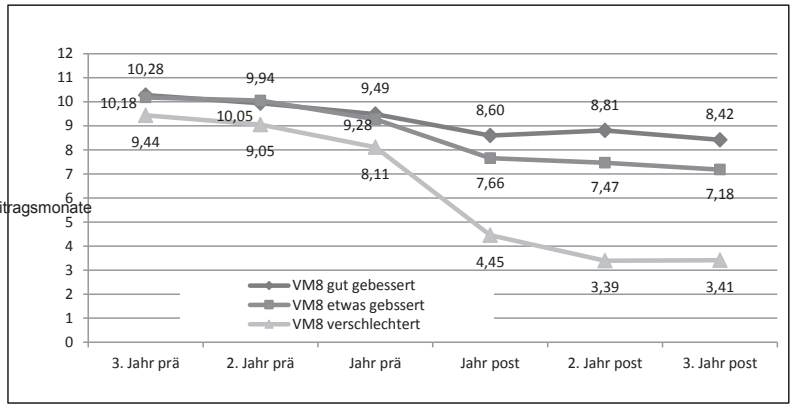

Abb.2: SV-Beitragsverläufe (durchschnittliche Monate der Betragszahlung) für den bei 1-Jahres-Katamnese erhobenen PRO Skala direkte Veränderungsmessung (VM8)

Fazit

Zur umfassenden Abbildung der Ergebnisqualität ist eine gemeinsame Betrachtung von PROs und Beitragszahlungen sinnvoll. Die Ergebnisse von (Nach-)befragungen aus Patientensicht (z. B. auch die im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung) haben substantielle Relevanz für den weiteren Verlauf der SV-Beitragszahlungen bzw. die (Re-)Integration in das Arbeitsleben. Dies korrespondiert mit weiteren Ergebnissen, nach denen in einer Modellrechnung bei positivem subjektivem Nutzen ca. die Hälfte der Erwerbsminderungsrenten eingespart werden könnten (Kaluscha et al., 2017).

Interessenkonflikt: Die Co-Autorin H. Martin ist Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg.

Literatur

Brettschneider C, Lühmann D, Raspe H. (2011). Der Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). HTA-Bericht 2011 (109).

Calvert M, Brundage M, Jacobsen PB et al. The CONSORT Patient-Reported Outcome (PRO) extension: Implications for clinical trials and practice. Health and quality of life outcomes 2013; 11: 184.

Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G. et al. (2017). Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha- QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Band 111, Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin.

Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J.et al. (2015a). Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation - Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement. Abschlussbericht, März 2015. Download unter http://www.qualitaetsverbund-gesundheit.de/.

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G. et al. (2015b). Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation, 27, 77-94.

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., et al. (2016). Return to Work nach stationärer Rehabilitation. Varianten der Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungs-Beitragszahlungen Phys Med Rehab Kuror, 26, 293-302.

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., et al. (2017). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. Rehabilitation 56, 22-30.

Pre Post differences in labor market outcomes for participants of vocational rehabilitation in Germany

Echarti, N.
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Bonn

Background

Persons with disabilities have much lower employment rates than the population as a whole and are at a significantly higher risk of living in poverty (OECD, 2011, pp. 50-56 and WHO, 2011, pp. 237-239). However, many of the barriers people with disabilities face, with regards to labor market reintegration, are in fact avoidable. There has for quite some time been evidence that differences in employment and wages, between disabled and non-disabled workers, can only to a limited extent be explained by differences in human capital endowments and productivity (Kidd, Sloane, & Ferko, 2000). Instead, factors such as the absence of access to education and training, and the lack of financial assistance provided are actually significant drivers of labor market exclusion (OECD, 2009, p.15; WHO, 2011, p.239).

Despite having good empirical evidence on the impact of labor market programs targeted at regular job seekers (see for example Card, Kluve, & Weber, 2010 for a recent review), empirical evidence on program effects of vocational rehabilitation for persons with disabilities is rather scarce. There is still considerable disagreement on the long-term effectiveness of vocational rehabilitation and the predictors of successful return to work. Yet there is a wide demand for representative empirical data as detailed results are needed to be able to investigate and react to the specific needs and responses of individuals.

To improve the provision of services one important step is to provide an assessment of the relevant person-related and environmental factors influencing long term-employment outcomes. Because persons with disabilities and those at risk of becoming disabled do not constitute a homogeneous group of people, possible barriers to work reintegration can only adequately be assessed with reference to the individual situation of the patients (Schmidt, 2015).

Purpose

This research contributes from a labor market perspective to the literature on the topic of vocational rehabilitation in Germany. Through the comparison of income and employment data over several years before and after program entry, cohort and individual employment results are measured. A particular aspect examined, is the extent to which differences among rehabilitants in pre-post earnings, days with employment and days with unemployment benefits can be linked to the participants' socio-economic background.

Methods

For more than 19,000 participants of vocational rehabilitation in Germany labor market results four years before and after program entry are retrieved and put into comparison. In the

analysis, rehabilitants are compared among each other to find out to what extent differences in pre-post labor market outcomes can be linked to their demographic and occupational status. The estimation of individual level determinants is carried out using two Ordinary Least Square (OLS) models: a gain score and a lagged depended variable model.

Rehabilitants are differentiated by demographic as well as work related characteristics including their age, gender, marital status and nationality, place of residence, job position, employment status and prior employment history. To control for possible health differences among participants medical discharge information is included as a control.

Results

According to the estimates of the regression models, differences in Return to Work after participation in vocational rehabilitation can to a substantial extent be predicted based on the socio demographic and employment characteristics of the participants. In particular, younger, better educated, white collar workers and those previously employed in fulltime contracts exhibit significantly higher earnings increase, higher days in employment change and fewer days on unemployment benefits than their respective comparison groups.

Conversely, older persons, those with limited education, those working in blue collar and those with shift/night work or in part-time are least successful in improving their respective employment situation in comparison with the situation before. Furthermore, significant, but rather small differences are detected between men and women as well as with regards to the rehabilitants' marital status.

Discussion

The attained findings support the argument that providers of vocational rehabilitation services need to be aware of the influence demographic and occupational factors have on labor market outcomes. More research is needed that examines the specific barriers to re-employment in the return to work process of the aforementioned socio-economic groups of patients: In particular older rehabilitants, those with little education or skills and persons in non-regular employment.

List of references

Card, D., Kluve, J., & Weber, A. (2010). Active Labour Market Policy Evaluations: A Meta-Analysis. The Economic Journal, 120(1976), 452-477.

Kidd, M. P., Sloane, P. J., & Ferko, I. (2000). Disability and the labour market: an analysis of British males. Journal of Health Economics, 19(6), 961-81.

OECD. (2009). Sickness, Disability and Work: Keeping On Track in the Economic Downturn. Background Paper, 14-15.

OECD. (2011). Sickness, disability and work: Breaking the barriers - A synthesis of findings across OECD countries. International Social Security Review (Vol. 64).

Schmidt, C. (2015). Berufliche Rehabilitation. In Return to Work - Arbeit für alle (p. 431).

WHO. (2011). World report on disability. The Lancet, 377(9782), 1977.

Welchen zusätzlichen Nutzen haben Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes nach einer Vollqualifizierung?

Hetzel, C.(1), Streibelt, M. (2)

(1) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH, Deutsche Sporthochschule Köln; (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (LEEA) sind die am häufigsten bewilligte Leistungsart im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Sie umfassen bspw. technische Hilfen zur Anpassung des (zukünftigen) Arbeitsplatzes, Bewerbungskosten, kurzzeitige Trainingsmaßnahmen oder auch Beihilfen für Umzugs-, Trennungs- und Fahrkosten (DRV 2009). LEEA werden isoliert, aber auch in Kombination mit beruflichen Bildungsleistungen und Leistungen an Arbeitgeber im Rahmen einer Leistungskette bewilligt (Radoschewski et al., 2014). Erfolgsanalysen zu LTA bezogen sich allerdings in der Vergangenheit nur auf die Effektivität einzelner Leistungen und hier i.d.R. Bildungsleistungen. Der (zusätzliche) Effekt von sich anschließenden Leistungen bzw. von typischen Leistungsketten wurde bislang nicht oder nur grob untersucht (z. B. Hetzel, Streibelt, 2016; Bethge, 2016).

Ziel des Beitrags ist deshalb (1) die Beschreibung der Inanspruchnahme von LEEA im Kontext des gesamten LTA Spektrums sowie typischer Leistungsgruppen und (2) die Analyse des zusätzlichen Effektes von LEEA im Anschluss an regulär abgeschlossene Vollqualifizierungen.

Methoden

Datenbasis war der Scientific Use File (SUF) „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2006 2013“ (Quelle: FDZ-RV, SUFRSDLV13B). Es wurden die Personen eingeschlossen, die ihre jüngste LEEA oder Bildungsleistung im Zeitraum 2009 bis 2012 abgeschlossen haben. Zur Beantwortung der Frage (1) wurden Leistungsketten in Anlehnung an die Gliederung von Radoschewski et al. (2014) in Hauptgruppen eingeteilt. Die Fragestellung (2) wurde am Beispiel einer homogenen Leistungsgruppe (regulär abgeschlossenen Vollqualifizierungen mit innerhalb eines Jahres folgenden LEEA und keiner anderen LTA) beantwortet. Dazu wurde mittels Propensity Score Matching eine Vergleichsgruppe identifiziert, die im Anschluss an die Vollqualifizierung keine LEEA erhalten hat, aber strukturähnlich ist (bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung, Partner, psychische Erkrankung, Einkommen vorher, Bundesgebiet). Der Erfolg wurde anhand des Wiedereingliederungsstatus zum Zeitpunkt 12 Monate nach der letzten Leistung ermittelt, der auch als Proxy für die längerfristige Einkommensentwicklung gilt (Hetzel, Streibelt, im Review). Weitere Outcomes waren das Jahreseinkommen sowie die Tage in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im Folgejahr.

Ergebnisse

(1) Verteilung: 85.565 Personen erhielten mindestens eine LTA im definierten Zeitraum. Davon erhielten 61 % (52.258 Personen) mindestens eine LEEA: 88 % (46.199 Personen) als isolierte Leistung und 12 % (6.059 Personen) in Kombinationen mit anderen LTA. Von der zuletzt genannten Gruppe waren Personen mit qualifikationsorientierten Leistungsketten die größte Teilgruppe.

(2) Erfolg: Die Gruppe mit LEEA und die balancierte Vergleichsgruppe ohne LEEA umfassten jeweils 723 Personen (bei insgesamt 3.594 Personen in der Vergleichsgruppe). Der Erfolg der Gruppe mit LEEA unterschied sich nicht von der Gruppe ohne LEEA (RTW nach 12 Monaten: 69 % vs. 67 %, $X^2(1)=0{,}16$, $p=0{,}693$; Tage in Beschäftigung: 245 vs. 240 Tage, $T(1443{,}8)=0{,}58$, $p=0{,}562$; Einkommen: 17.926 EUR vs. 17.381 EUR, $T(1436{,}1)=0{,}79$, $p=0{,}427$).

Fazit

LEEA sind mengenmäßig eine bedeutsame Leistungsart. Sie kommen in nahezu zwei Drittel aller LTA-Verläufe und hier in neun von zehn Fällen isoliert vor. In Kombination werden sie v.a. im Anschluss an Qualifizierungsleistungen eingesetzt, wahrscheinlich in der Erwartung den Erfolg der vorangegangenen Leistung – die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung – zu optimieren. Allerdings zeigt die Erfolgsanalyse, dass die Inanspruchnahme einer LEEA im Anschluss an eine Vollqualifizierung, auch unter Kontrolle der verfügbaren Confounder, keinen zusätzlichen Nutzen auf die Quote der beruflichen Wiedereingliederung wie auch die Dauer und Güte der Beschäftigung im nächsten Jahr besitzt.

Methodisch limitierend ist allerdings, dass das Propensity Score Matching auf Basis der DRV-Routinedaten durch unbeobachtete Heterogenität, also nicht gemessene Confounder, verzerrt sein kann. Hier sollten intensivere Analysen mit mehr verfügbaren Informationen aus dem SUF die Ergebnisse weiter schärfen. Weiterhin sind unter LEEA teilweise sehr unterschiedliche Leistungen zusammengefasst, so dass differenzierte Nutzenvergleiche angestrebt werden sollten. Und drittens könnten Subgruppenanalysen Aufschluss darüber geben, ob LEEA bei bestimmten Versichertengruppen einen zusätzlichen Nutzen besitzen.

Insgesamt ist den Ergebnissen zufolge momentan keine Evidenz für eine LEEA im Anschluss an eine regulär abgeschlossene Vollqualifizierung im Rahmen von LTA vorhanden. Die Praxis sollte demnach kritisch mit der Vergabe von LEEA zu diesem Zeitpunkt der Leistungskette umgehen. Es ist zu prüfen, ob LEEA insbesondere in anderen Leistungskonstellationen einen Zusatznutzen besitzen.

Interessenkonflikte: Der Co-Autor M. Streibelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

Bethge, M. (2016). Beschäftigungseffekte von Eingliederungszuschüssen: Ergebnisse einer Propensity Score gematchten Analyse. DRV-Schriften, 109, 285-287.

DRV Bund - Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund.

Hetzel, C. & Streibelt, M. (im Review): Was sagt das Return to Work ein Jahr nach Ende einer beruflichen Bildungsleistung über die längerfristige berufliche Teilhabe aus?

Hetzel, C. & Streibelt, M. (2016): Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? Ergebnisse von Mehrebenen-Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation, 55, 290-298.

Radoschewski, F. M., Lay, W. & Mohnberg, I. (2014): Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Bericht zum LEIKA – Projekt. Berlin: Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft.

#rehagramm - Evaluation beruflicher Integrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an Berufsförderungswerken

Meyer, S., Sommer, J.
InterVal GmbH, Berlin

Zielstellung

Die gestiegene Anzahl diagnostizierter psychischer Erkrankungen stellt die berufliche Rehabilitation vor Herausforderungen. Es gibt Hinweise darauf, dass die Hilfsangebote für diese Zielgruppe den differenzierten Bedarfen nur bedingt entsprechen (Schubert et al., 2013). Gleichzeitig gibt es noch recht wenige Erkenntnisse darüber, welche Faktoren beim Übergang von psychisch beeinträchtigten Rehabilitand/innen in den allgemeinen Arbeitsmarkt wirksam sind.

Vier Berufsförderungswerke (BFW) haben ihre Integrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen einer zweijährigen Evaluation untersuchen lassen. Untersucht wurden u. a. folgende Dimensionen:

- Der Auswahlprozess und die Zugangspraxis zu Integrationsmaßnahmen,
- die Maßnahmenkonzepte sowie die konkrete Ausgestaltung an den BFW,
- typische Ausgangsbedingungen bei den Teilnehmenden und den Teilnahmeverläufen,
- positive wie negative Faktoren für die Zielerreichung (Übergänge in Arbeit, Entwicklung beruflich relevanter Kompetenzen) sowie
- die Sicht von Unternehmen auf die Zielgruppe und Unterstützungsbedarfe für eine (nachhaltige) Integration.

Methoden

Da die Evaluation explorativen Charakter hatte – es lagen bislang keine systematischen Untersuchungen zu Integrationsmaßnahmen im Allgemeinen sowie für psychisch Beeinträchtigte im Besonderen vor – und die Zahl der Teilnehmenden gering waren, wurde ein qualitatives Design gewählt.

Es basiert auf problemzentrierten Interviews (Witzel, 1989) mit Teilnehmenden, BFW-Mitarbeitenden, Mitarbeitenden der Rehabilitationsträger sowie Unternehmen. Teilnehmende und BFW-Mitarbeitende wurden bis zu dreimal befragt, Rehabilitationsträger und Unternehmen einmalig. Die Auswertung erfolgte entlang des Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2000).

An den beteiligten Standorten wurden Interviews mit insgesamt 61 Rehabilitand/innen, 39 Mitarbeitenden der Integrationsmaßnahmen, 22 Mitarbeitenden der Rehabilitationsträger sowie 35 Unternehmen realisiert.

Ergebnisse

Die untersuchten Maßnahmenkonzepte wiesen in wesentlichen Punkten Gemeinsamkeiten auf, setzten aber auch unterschiedliche Schwerpunkte. Sie ermöglichten zudem einen Gestaltungsspielraum, der von den Mitarbeitenden ausgeformt wurde. Dementsprechend stellte

sich das Setting der Unterstützungsleistungen nicht nur zwischen den Standorten, sondern auch fallspezifisch unterschiedlich dar. Die Mehrzahl der Teilnehmenden war mit ihrer Maßnahme zufrieden, wobei die Zufriedenheit insbesondere mit der (wahrgenommenen) Formatierung des Maßnahmenalltags zusammenhing.

Entsprechend des Ziels aller Integrationsmaßnahmen, eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu erreichen, erfolgte eine Typisierung der Teilnehmenden u. a. anhand ihrer Motivation zur Rückkehr in Arbeit sowie ihrer Erwartungshaltung an die Maßnahme. Herausgearbeitet wurden sechs verschiedene Typen.

Während einige Teilnehmende die Maßnahme zum „Innehalten" und zur (beruflichen) Neuorientierung nutzen wollten, verfolgten andere einen konkreten beruflichen Plan. Eine weitere Gruppe von Teilnehmenden erwartete eine pragmatische berufliche Orientierung und die zügige Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses, ohne sich dabei intensiv mit ihrer psychischen Beeinträchtigung auseinandersetzen zu wollen. Teilnehmende mit dem Wunsch nach gesundheitlicher Stabilisierung und solche, die die Maßnahme entweder als „zweite Wahl" oder vor dem Hintergrund eines (durch ein Rentenbegehren) bereits angedachten beruflichen Ausstiegs begonnen hatten, mussten sich häufig zunächst mit der Maßnahme bzw. dem Maßnahmenziel arrangieren.

Anhand der Längsschnittbetrachtung der Teilnahmeverläufe und des (beruflichen) Verbleibs ließ sich zeigen, dass keiner der skizzierten Typen für eine Integrationsmaßnahme als ungeeignet gelten kann. Stattdessen lieferte die Typisierung Ansatzpunkte für die fallspezifische Gestaltung des pädagogischen, psychologischen und integrationsorientierten Interventionsbedarfs.

Rund 40 Prozent der Teilnehmenden beendeten die Maßnahme vorzeitig, wofür zumeist gesundheitliche Gründe, teilweise aber auch Arbeitsaufnahmen verantwortlich waren. Bei mehr als der Hälfte aller interviewten Teilnehmenden hatte während oder im Anschluss an die Maßnahme eine Integration in Arbeit stattgefunden, welche ca. sechs Monate nach der Maßnahme in den meisten Fällen weiterhin vorlag.

Als Erfolgsfaktor für den Übergang in Arbeit stellte sich u. a. heraus, dass zwischen Teilnehmer/in und den zuständigen BFW-Mitarbeitenden eine klare Vereinbarung über realistische berufliche Perspektiven vorlag sowie Praxisphasen und weitere Schritte der Berufsorientierung systematisch ausgewertet wurden. Ferner trug eine Ausrichtung der Praktikumsbegleitung an der spezifischen Konstellation zwischen Teilnehmer/in und Unternehmen zu einer Erhöhung der Integrationschancen bei.

Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichten die Notwendigkeit, die individuellen Voraussetzungen der Teilnehmenden, die Interventionsleistungen durch die Mitarbeitenden der BFW und die Aufnahmefähigkeit des regionalen Arbeitsmarktes fallspezifisch aufeinander zu beziehen. Dies ist in der Mehrheit der untersuchten Fälle gelungen. Die Unterstützungsbedarfe waren dabei hochgradig individuell. Überhöhten Erwartungen seitens der Teilnehmenden sollte durch ein mehrstufiges Erwartungsmanagement begegnet werden. Um den heterogenen Bedarfen der Teilnehmenden gerecht werden zu können, sollten Elemente der Flexibilisierung und Individualisierung bei gleichzeitiger Sicherstellung des Gruppenkontextes in die Maßnahmen-konzepte integriert werden, z. B. durch einen individualisierten Einstieg in Teilzeit.

Förderung: „Ausgleichsfonds für überregionale Vorhaben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie Eigenmittel der beteiligten Berufsförderungswerke.

Literatur

Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research 1(2). Art. 20.

Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P., Krüger, U., Holke, J., Fuchs, P. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht 12/2013.

Witzel, A. (1989): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Heidelberg: Asanger. 227-256.

Bewegung im Tätigkeitssystem! Erkenntnisse aus der Untersuchung des Tätigkeitssystems junger Erwachsener in der beruflichen Rehabilitation

Rückert, C.

Pädagogische Hochschule Ludwigsburg

Zielstellung

Junge Erwachsene mit Behinderung und /oder sozialer Benachteiligung finden im Übergang Schule – Beruf ein umfangreiches Unterstützungsangebot durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Trotz erheblicher Bemühungen, alle jungen Menschen zu fördern, zeigen aktuelle Studien, dass ein Anteil der jungen Erwachsenen von den Maßnahmen zur Ersteingliederung innerhalb der beruflichen Rehabilitation nicht profitiert (Tophoven, Reims, 2017). In Übergangsstudien wird regelmäßig eine Analyse der Abbruchgründe gefordert, was mit den Daten nur rudimentär eingelöst werden könne. Um Unterstützungsleistungen für diesen Personenkreis valide bestimmen zu können, fordern Berufsbildungsforschung und Rehabilitationswissenschaften präzise Verfahren zur Herstellung ‚beruflicher Handlungsfähigkeit‘. Das Ziel des Forschungsprojektes besteht in der Bereitstellung eines Rasters zur Differenzierung individueller Lern- und Arbeitstätigkeiten, das der Praxis der beruflichen Ersteingliederung als Analyseinstrument an die Hand gegeben werden soll. Mit dem gewählten Forschungsdesign wird eine Analyse des individuellen Tätigkeitssystems möglich, das Störungen erklären und die Verhältnisse zwischen Subjekt und Gemeinschaft beschreiben kann (Engeström, 2008). Theoretisch wird Tätigkeit als physisch und psychisch determiniert betrachtet, wobei das „Eingebundensein“ in Beziehungen zu anderen Menschen die existentielle Grundlage für die individuelle Tätigkeit darstellt (Leont’ev, 1977).

Es wird das Tätigkeitssystem des Personenkreises empirisch untersucht und herausgearbeitet:

- wer die Tätigen in der Lernbiographie sind;
- warum der Einzelne tätig ist;
- welche strukturellen Spannungen sich im Tätigkeitssystem zeigen;
- ob Zyklen qualitativer Veränderung des Tätigkeitssystems erfolgen.

Methoden

Die von der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg geförderte Studie wurde mit 35 Probanden zwischen 16 und 25 Jahren innerhalb der Ersteingliederung der beruflichen Rehabilitation durchgeführt. Erhoben wurden die vier (Haupt-)Bindungskategorien mit dem Adult Attachment Projective Picture System (©George, West, Pettem, 1997). Des Weiteren wurden mit allen Teilnehmern leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews geführt und theoriegeleitet sowie themenbezogen analysiert. Zu diesem Zweck wird Bezug genommen auf die Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen (Lucius-Hoene, 2012), sowie auf das Instrumentarium der Entwickelnden Arbeitsforschung (Engeström, Rosa, 2008). Mittels typisierender Strukturierung können die unterschiedlichen Muster der einzelnen Tätigkeitssysteme bestimmt werden und zeigen, inwieweit Lernende ihren Möglichkeitsraum in dissipativ selektiver Form erweitern.

Ergebnisse

Von den 35 Probanden weisen 20 einen unverarbeiteten (desorganisierten), acht einen unsicher ambivalenten und sieben einen unsicher vermeidenden Bindungsstatus auf. Der sichere Bindungsstatus kam in der Stichprobe nicht vor.

Bei der Rekonstruktion von Handlungsmächtigkeit (Agency) zeichnet sich auf der Ebene des Erzählers in den Erzählsätzen durch unterschiedliche Ausprägungen der Aktions-, Prozess-, Status- und Qualitätsprädikatsausdrücke ein heterogenes Bild von Agentivität in Lernhandlungen ab. So ergibt sich beispielsweise, dass eigene Handlungen im Zusammenhang mit dem beruflichen Lernen überwiegend als initiierend beschrieben werden, gefolgt von denen, die ein Resultat herbeiführen.

Störungsmuster des individuellen Tätigkeitssystems werden aus der jeweiligen Analyse der angefertigten Matrix aus den fünf Prinzipien der Tätigkeitstheorie mit den vier zentralen Fragen an das Lernen (Engeström, 2008) sichtbar.

Es wird erwartet, dass sich Tätigkeitssysteme herausarbeiten lassen, die sich zu Ausprägungen von Mustern gruppieren lassen.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass junge Erwachsene in der beruflichen Rehabilitation Bewusstsein darüber entwickeln, warum und wie sich etwas in ihrer Lernbiographie entwickelt hat, und worin der nächste Schritt bestehen könnte. Dabei beziehen sie die Reaktionen der sie umgebenden Menschen ein und sind sich der Art ihrer Lernhandlungen bewusst (z. B. widersprüchlich, dysfunktional, „aus der Zeit gefallen“). Es können erhebliche Anstrengungen nachgezeichnet werden, Lernergebnisse zu initiieren und Resultate herbeizuführen. Diese werden in der Realisierung oft an wahrgenommenen Hindernissen eingestellt, da sich die Lernenden unveränderbaren Lerntätigkeits-Strukturen ausgesetzt sehen.

Der gewählte Ansatz kann mit einem subjektwissenschaftlichen Interesse das Tätigkeitssystem hinsichtlich Störungen und Probleme analysieren. Dies kann jedoch nicht den Abschluss, sondern muss den Beginn von Forschung darstellen, weil Empfänger wie Anbieter von Unterstützungsleistungen der beruflichen Rehabilitation Teil der kollektiven Tätigkeit sind, deren System erst analysiert werden müsste.

Förderung: Pädagogische Hochschule Ludwigsburg

Literatur

Engeström, Y. Rosa, L. (Hrsg.) (2008): Entwickelnde Arbeitsforschung. Berlin: Lehmanns Media.

George, C., West, M., Pettem, O. (1997) ©Adult Attachment Projective.

Leont'ev, A.N., Holzkamp, K., Schurig, V. (1977): Probleme der Entwicklung des Psychischen. 2. rev. Aufl. Kronberg/Ts.: Athenäum-Verlag.

Lucius-Hoene, G. (2012): Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. In: Bethmann, S. (Hrsg.): Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 40-70.

Tophoven, S.; Reims, N. (2017): Junge Personen mit Behinderung in Armutslagen - LTA als Weg in den Arbeitsmarkt? In: Buschmann-Steinhage, R. (Hrsg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Tagungsband. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 226-227.

Bedingungen und Mechanismen von (gelingenden) betrieblichen Eingliederungsprozessen (BEM)

Detka, C., Ohlbrecht, H.

Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Zielstellung

Angesichts der Veränderungen in der Arbeitswelt werden Fragen der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmenden immer bedeutsamer. Das Forschungsprojekt „Präventive Gesundheitsstrategien – Aus BEM lernen“ knüpft an der Schnittstelle von Stay at Work und Return to Work an. Es untersucht Entwicklungs- und Verlaufsprozesse im Vorfeld, im Zugang und in der Durchführung von BEM. Insbesondere die Perspektive der Beschäftigten, die BEM durchlaufen haben, wird dabei in den Blick genommen. So ist bisher wenig darüber bekannt, wie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und BEM von Beschäftigten tatsächlich wahrgenommen werden. Wichtig ist es zudem die Auswirkungen vorausgegangener beruflich-biographischer Brüche, von Qualifizierungsmaßnahmen, Problemen in der Work-Life-Balance etc. auf die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit bedingter Gesundheit in den Blick zu nehmen. Dabei stehen BEM-Prozesse in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) im Mittelpunkt des Forschungsprojektes, welches durch die Hans-Böckler-Stiftung gefördert wird.

Methoden

Im Fokus der qualitativ-empirischen Studie stehen 40 retrospektive episodische Interviews mit Arbeitnehmenden, die BEM durchlaufen haben. Die Auswertung der Interviews folgt der Heuristik der Fallrekonstruktion (Ohlbrecht 2013) und der Forschungsstrategie der Grounded Theory (Glaser/ Strauss 1967). Eine Erhebung und Analyse von 20 ExpertInneninterviews mit betrieblichen und überbetrieblichen AkteurInnen flankiert die Perspektive der Arbeitnehmenden. Zusätzlich erfolgt eine Auswertung von 50 anonymisierten Falldokumentationen

(BEM-Akten). In der 2. Projektphase werden 12 partizipative Workshops mit Akteur_inn des BEM durchgeführt.

Ergebnisse

Der Wissensstand zu BEM in KMU ist immer noch nicht vergleichbar mit dem in großen Unternehmen. Trotzdem lässt sich vielfach ein (mehr oder weniger) strategisches Vorgehen im Umgang mit kranken und von Krankheit bedrohten Arbeitnehmenden in KMU beobachten, das jedoch mitunter nicht unter dem Titel „BEM“ etabliert ist. Dabei gibt es durchaus produktive Prozesse mit kreativen Lösungen.

BEM-Prozesse können verschiedene Wirkungen entfalten, die über die BEM-Ziele im engeren Sinne hinausgehen: So kann ein BEM für Mitarbeiter_innen eine „Initialzündung“ darstellen für die Ausprägung eines anderen Umgangs mit dem Körper und der eigenen Gesundheit. Durch BEM kann es auch zu einer Sensibilisierung für das Thema Gesundheit im Unternehmen insgesamt kommen – BEM kann also als „Schlüssel“ zur Entwicklung von (auch präventiven) Strategien der Gesundheitsförderung im Betrieb wirken.

In der Umsetzungspraxis sind verschiedene Paradoxien und Dilemmata zu beobachten:

- Während die Bürokratie vielfach als zu hoch eingestuft wird, kommt dennoch auch der Wunsch nach Beratungsmöglichkeiten, zuständigen Ansprechpartner_innen sowie Leitlinien zum Ausdruck.
- BEM-Prozesse können für Arbeitgeber_innen und Arbeitnehmer_innen eine Gratwanderung zwischen Fürsorge und Kontrolle vonseiten des Arbeitgebers in der Interaktion mit dem Arbeitnehmer darstellen. Nähe und Distanz müssen sorgsam ausbalanciert werden.
- Große BEM-Teams können zwar eine gute fachspezifische Arbeitsteilung bieten, behindern jedoch vertrauensvolle Gespräche „auf Augenhöhe“.
- Die Frage, ob (und wann) die medizinische Diagnose von Betroffenen benannt wird, ist für alle BEM-Akteur_innen von großer Bedeutung. Das Wissen über Art und Ausmaß der Erkrankung kann einen effektiven Wiedereingliederungsprozess unterstützen, aber auch große Stigmatisierungspotentiale für Mitarbeiter mit sich bringen, insbesondere bei psychischen Erkrankungen.

Es sind Gelingensbedingungen für einen produktiven BEM-Prozess zu identifizieren (Auswahl):

- Der Wissenstand zum BEM und der Glaube an die Wirksamkeit des Instrumentes sind relevant für die produktive Ausgestaltung des BEM-Prozesses.
- Die eigene Betroffenheit des Arbeitgebers, z. B. Erfahrungen mit der eigenen Gesundheit oder mit der Gesundheit von Angehörigen, kann mit einer produktiven Sensibilisierung für die Chancen des BEM-Verfahrens einhergehen.
- Ein strukturierter Ablauf des Verfahrens (z. B. durch Betriebsvereinbarungen) begünstigt das BEM. Dazu gehören auch regelmäßige BEM-Team-Sitzungen; eine offene Gesprächsatmosphäre sowie ein Führungsstil, der Gesundheitsaspekte ernst nimmt.

- Durch den Fachkräftemangel hat sich der Druck für die Unternehmen erhöht, sich in BEM-Verfahren wirklich zu engagieren.
- Der BEM-Erfolg wird begünstigt, wenn von den BEM-Berechtigten eigene Initiativen im BEM-Prozess ausgehen, z. B. in der Umgestaltung des Arbeitsplatzes.
- Hemmfaktoren stellen (zum Beispiel) psychische Erkrankungen, eine symbolische Nähe zu Krankenrückkehrgesprächen, unflexible Verfahren, folgenlose Vereinbarungen im BEM-Prozess sowie Zeitengpässe dar.

Fazit

Die Projektergebnisse legen nahe, dass zu strenge Verfahrensvorschriften eine produktive Ausgestaltung des Prozesses eher behindern als erleichtern. Eine Herausforderung für die Verbesserung von BEM in KMU liegt darin, die richtige Balance zu finden zwischen gesetzlichen Verfahrensvorschriften und Leitlinien, niedrigschwelligen und praxistauglichen Beratungsmöglichkeiten und Ansprechpartner_innen, aber eben auch einem darauf aufbauenden Freiraum der KMU, situationsflexible und unternehmensangepasste Lösungen vor Ort zu entwickeln.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Literatur

Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. de Gruyter, Aldine.

Ohlbrecht, H. (2013): Soziale Gesetzmäßigkeiten rekonstruieren: Zur Forschungsstrategie der objektiven Hermeneutik. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.

Work Ability und vorzeitiger Erwerbsausstieg

Bethge, M. (1), Spanier, K. (1), Peters, E. (1), Schlumbohm, A. (2), Radoschewski, F.M. (2)
(1) Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck,
(2) Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft,
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Um den vorzeitigen Erwerbsausstieg aufgrund eingeschränkter Arbeitsfähigkeit zu vermeiden, haben Ilmarinen und andere ein Monitoring der Arbeitsfähigkeit vorgeschlagen (Ilmarinen, 2006). Zur Bewertung der Arbeitsfähigkeit haben sie den Work Ability Index (WAI) entwickelt. Bei stark eingeschränkter Arbeitsfähigkeit wird der Zugang zu rehabilitativen Leistungen empfohlen. Dies entspricht dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“, dem auch unsere rehabilitative Versorgung folgt. Die Analysen sollten klären, ob der WAI bei Personen mit vorherigem Krankengeldbezug einen vorzeitigen Erwerbsausstieg vorhersagen kann. Untersucht wurde auch, ob und wann die Vorhersagewerte den Zugang zu rehabilitativen Leistungen legitimieren könnten. Zudem wurde geprüft, inwiefern der WAI beantragte und bewilligte medizinische Rehabilitationsleistungen erklärt.

Methoden

Die Daten wurden im „Dritten Sozialmedizinischen Panel für Erwerbspersonen“ (www.gspe3.de) erhoben. Die 2013 erstmalig befragte Stichprobe umfasste 40- bis 54-jährige Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Krankengeldbezug in 2012 (Bethge et al., 2015; Bethge et al., 2017). Der WAI wurde während der Ersterhebung eingesetzt. Der Wertebereich des WAI umfasst 7 bis 49 Punkte. Die Werte lassen sich in schlechte (7 bis 27 Punkte), moderate (28 bis 36 Punkte) und gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeit (37 bis 49 Punkte) kategorisieren. Primäres Zielkriterium war der vorzeitige Erwerbsausstieg (Erwerbsminderungsrente/Tod). Der Beobachtungszeitraum begann bei Fragebogeneingang und wurde auf den 31.12.2016 zensiert. Erfasst wurden auch beantragte und bewilligte medizinische Rehabilitationsleistungen. Diese Daten wurden durch die Rentenversicherung zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse

2.168 erwerbstätige Personen der ersten Erhebungswelle wurden in die Analyse eingeschlossen. Der maximale Nachbeobachtungszeitraum umfasste 3,6 Jahre. Das mittlere Alter bei der Ersterhebung betrug 47,8 Jahre (SD = 4,1). 54,3 % waren Frauen. Der mittlere WAI bei der Ersterhebung lag bei 33,7 Punkten. 21,2 % hatten schlechte, 38,5 % moderate und 40,3 % gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeitswerte. 89 Personen (4,1 %) schieden permanent aus dem Erwerbsleben aus (Erwerbsminderungsrente/Tod). 72 Personen (3,3 %) wurden erwerbsminderungsbedingt berentet, 22 Personen (1 %) verstarben. 492 Personen (22,7 %) beantragten im Nachbeobachtungszeitraum eine medizinische Rehabilitation. 433 Personen

(20 %) wurde eine medizinische Rehabilitation bewilligt. 63 % der später ausgeschiedenen Personen hatten schlechte Arbeitsfähigkeitswerte (Sensitivität), 80,5 % der im Erwerbsleben verbliebenen Personen hatten Werte > 27 Punkte (Spezifität). Geringere Trennwerte erhöhten die Spezifität (mindestens 90 % bei 23 Punkten), höhere Werte die Sensitivität (mindestens 90 % bei 37 Punkten). Adjustiert für Alter und Geschlecht war das Risiko eines vorzeitigen Erwerbsausstiegs für Personen mit geringen Arbeitsfähigkeitswerten im Vergleich zu Personen mit guten Arbeitsfähigkeitswerten 10-fach erhöht (HR = 10; 95 % KI: 5,2 bis 19,1). Das Risiko für eine Erwerbsminderungsrente war 11-fach erhöht (HR = 10,7; 95 % KI: 5,3 bis 21,9), für Tod 8-fach (HR = 8,3; 95 % KI: 1,8 bis 38,3). Die Vorhersagewerte eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben waren aufgrund der geringen Prävalenz des Zielereignisses gering. Die Wahrscheinlichkeit eines permanenten Ausscheidens lag bei schlechten, moderaten bzw. guten Werten auf dem WAI bei 10,6 %, 1,7 % und 1 %. Die Wahrscheinlichkeit eines Erwerbsausstiegs bei schlechten Werten erhöhte sich mit zunehmendem Alter aufgrund der höheren Prävalenz des Zielereignisses von 5 % bei den 40- bis 44-Jährigen auf 17,5 % bei den 50- bis 54-Jährigen. Beantragte und bewilligte medizinische Rehabilitationen wurden ebenfalls durch die Werte auf dem WAI vorhergesagt. Personen mit schlechten Werten auf dem WAI hatten ein jeweils 2-fach erhöhtes Risiko für einen Rehabilitationsantrag (HR = 1,9; 95 % KI: 1,5 bis 2,4) und eine bewilligte Rehabilitation (HR =2; 95 % KI: 1,5 bis 2,6). Die Wahrscheinlichkeit einer beantragten Rehabilitation lag bei schlechten, moderaten bzw. guten Werten bei 40,3 %, 22,4 % und 13,6 %, einer bewilligten Rehabilitation bei 35,4 %, 20 % und 11,8 %.

Fazit

Geringe Werte auf dem WAI sind, insbesondere bei Personen ab 45 Jahren, ein möglicher Indikator für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben innerhalb der folgenden vier Jahre. Beantragte und bewilligte Rehabilitationsleistungen sind in dieser Gruppe häufig, allerdings ist der Zusammenhang zwischen WAI und Rehabilitation schwächer als der zwischen WAI und Erwerbsausstieg. Ein reguläres Screening auf Rehabilitationsbedarf mit dem WAI dürfte vor dem 45. Lebensjahr aufgrund der vielen Falsch-Positiven-Befunde wenig sinnvoll sein. Auch nach dem 45. Lebensjahr bedürfen schlechte Werte auf dem WAI einer möglichst multiprofessionellen Abklärung, z. B. im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements oder eines neu zu entwickelnden Assessments (Bültmann et al., 2009). Medizinische Rehabilitation kann dann eine mögliche Handlungsoption unter anderen sein (z. B. Arbeitsplatzanpassung, stufenweise Wiedereingliederung).

Förderung: Deutsche Rentenversichrung Bund

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F. M. (2015): Self-reported poor work ability-an indicator of need for rehabilitation? A cross-sectional study of a sample of German employees. Am J Phys Med Rehabil, 94. 958-966.

Bethge, M., Spanier, K., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M. (2017): Self-reported work ability predicts rehabilitation measures, disability pensions, other welfare benefits, and work participation: longitudinal findings from a sample of German employees. J Occup Rehabil, online first; doi: 10.1007/s10926-017-9733-y.

Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., Kilsgaard, J. (2009): Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil, 19. 81-93.

Ilmarinen, J. (2006): Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.

Arbeitsfähigkeit, Motivation, Volition: Wer beantragt eine Rehabilitation?

Schlumbohm, A. (1), Spanier, K. (2), Peters, E. (2), Radoschewski, F.M. (1), Bethge, M. (2)

(1) Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft,
Charité - Universitätsmedizin Berlin,
(2) Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

Zielstellung

Subjektive Arbeitsfähigkeit und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind bei Erwerbstätigen wesentliche Prädiktoren für die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation. Bisher unbeantwortet ist die Frage, wie Unterschiede bei der Beantragung zwischen Personen mit ähnlichen krankheitsbedingten Voraussetzungen erklärt werden können. Basierend auf Schwarzers Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer et al., 2011) entwickelten Spanier et al. (2016) und Bethge et al. (2016) ein Modell, welches die Antragstellung – also das Gesundheitsverhalten – als Ergebnis von Intentionsbildung und Handlungsplanung versteht. Diese wiederum werden von Selbstwirksamkeitserwartungen, sozialer Unterstützung und Ergebniserwartungen beeinflusst.

Ziel dieser Studie ist es zu prüfen, ob die Determinanten des Modells von der subjektiven Arbeitsfähigkeit beeinflusst werden und ob die gleichen Prozesse der Intentionsbildung und Handlungsplanung für Erwerbstätige mit schlechter, mittelmäßiger und guter subjektiver Arbeitsfähigkeit gelten.

Methoden

Die Daten wurden in der ersten Welle des „Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen“ erhoben (www.gspe3.de). Die Bruttostichprobe umfasste 10.000 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund der Jahrgänge 1959 bis 1974 mit Krankengeldbezug im Jahr 2012 (Bethge et al., 2017). Die Ersterhebung wurde 2013 durchgeführt. Zur Messung der subjektiven Arbeitsfähigkeit wurde der Work Ability Index (WAI) eingesetzt, dessen Summenwert sich in schlechte (7 bis 27 Punkte), mittelmäßige (28 bis 36 Punkte) und gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeit (37 bis 49 Punkte) einteilen lässt. Außerdem wurden positive und negative Ergebniserwartungen, Selbstwirksamkeit, familiäre und ärztliche Unterstützung bei der Antragsstellung sowie die Intention und konkrete Planung einer Antragsstellung erfasst. Mit den Befragungsdaten wurden Daten der Reha-Statistik-Datenbasis verknüpft, darunter beantragte Rehabilitationsleistungen.

Das motivationspsychologische Modell der Rehabilitationsantragsplanung und -beantragung wurde in Anlehnung an die genannten Modelle mittels Strukturgleichungen geschätzt und um die subjektive Arbeitsfähigkeit ergänzt. In einem zweiten Schritt wurde das Modell für die drei Gruppen „schlechte“, „mittelmäßige“, und „gute bzw. sehr gute Arbeitsfähigkeit“ mit Hilfe von multiplen Gruppenvergleichen berechnet.

Ergebnisse

1.966 erwerbstätige Personen der ersten Welle werden in die Analysen eingeschlossen, wovon 419 Personen (21,3 %) eine medizinische Rehabilitation beantragten. 408 Befragte berichteten von einer schlechten subjektiven Arbeitsfähigkeit (36,5 % Anträge), 766 von einer mittelmäßigen (21,9 % Anträge) und 792 von einer guten oder sehr guten Arbeitsfähigkeit (12,8 % Anträge). Das mittlere Alter betrug 47,8 Jahre, der Anteil der Frauen lag bei 54 %.

Im ersten Strukturgleichungsmodell hatte der WAI auf nahezu alle Determinanten einen signifikanten Einfluss (berichtet werden standardisierte Koeffizienten und p-Werte). Je höher der WAI, desto geringer war die Intention eine Rehabilitation zu beantragen ($\beta = -0{,}07$; $p < 0{,}05$) und desto geringer waren ärztliche ($\beta = -0{,}39$; $p < 0{,}05$) und familiäre Unterstützung ($\beta = -0{,}36$; $p < 0{,}05$) für einen Antrag. Gleichzeitig stieg mit einem höheren Wert auf dem WAI die positive Ergebniserwartung an eine Rehabilitation ($\beta = 0{,}11$; $p < 0{,}05$). Antizipierte negative Folgen für Familie ($\beta = -0{,}17$; $p < 0{,}05$) und Arbeitsstelle ($\beta = -0{,}21$; $p < 0{,}05$) durch die Beantragung wurden als geringer eingeschätzt.

Das zweite Strukturgleichungsmodell wurde als multipler Gruppenvergleich (Gruppen: „schlechte“, „mittelmäßige“ und „gute/sehr gute Arbeitsfähigkeit“) geschätzt. Der Einfluss der familiären Unterstützung auf die Intention, einen Antrag zu stellen, war bei den Erwerbspersonen mit schlechtem WAI am geringsten ($\beta = 0{,}15/0{,}30/0{,}24$; alle $p < 0{,}05$). Der Einfluss der ärztlichen Unterstützung hingegen war hier am größten ($\beta = 0{,}31/0{,}21/0{,}17$; alle $p < 0{,}05$). Das gleiche gilt für die konkrete Handlungsplanung. Die Selbstwirksamkeit hat insbesondere für Personen mit geringem WAI einen positiven Effekt auf die Intention ($\beta = 0{,}41/0{,}22/0{,}19$; alle $p < 0{,}05$). Erwartete negative Folgen einer Antragsstellung auf die Familie scheinen nur für Erwerbstätige mit geringem und mittleren WAI einen negativen Effekt ($\beta = -0{,}14/-0{,}11$; beide $p < 0{,}05$) auf die Antragsintention zu haben (hoher WAI: nicht signifikant). Der Einfluss der Handlungsplanung auf die Wahrscheinlichkeit war am stärksten in der Gruppe mit gutem WAI (OR = 1,38/1,28/1,24; alle $p < 0{,}05$).

Fazit

Das um den WAI erweiterte motivationspsychologische Modell der Rehabilitationsantragstellung trägt zum Verständnis der Wirkbeziehungen der am gesamten Beantragungsprozess beteiligten Faktoren bei. Hausärzte haben einen größeren Einfluss auf die Prozesse der Antragsstellung bei Erwerbstätigen mit schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit. Familiäre Unterstützung kommt eher denjenigen mit hoher subjektiver Arbeitsfähigkeit zugute. Befragungen zu möglichen Barrieren der Inanspruchnahme in Stichproben mit repräsentativen Versichertenstichproben mit überwiegend geringen Einschränkungen sind für die Identifizierung von Barrieren wahrscheinlich ungeeignet, da bestimmte Determinanten, wie antizipierte negative familiäre Folgen, ausschließlich in der relevanten Zielgruppe rehabilitativer Leistungen von Bedeutung sind.

Literatur

Bethge, M., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, F., Spanier, K. (2016): Motivationale und volitionale Determinanten für die Beantragung einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Kohortenstudie. Die Rehabilitation, 55(06). 341-347.

Bethge, M., Spanier, K., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M. (2017): Self-Reported Work Ability Predicts Rehabilitation Measures, Disability Pensions, Other Welfare Benefits, and Work Participation: Longitudinal Findings from a Sample of German Employees. Journal of Occupational Rehabilitation. 1-9.

Schwarzer, R., Lippke, S., Luszczynska, A. (2011): Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). Rehabilitation psychology, 56(3). 161-170.

Spanier, K., Mohnberg, I., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M., Bethge, M. (2016): Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 66(06). 242-248.

Soziale Ungleichheiten im Zugang zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und Erwerbsminderungsrenten einer Risikokohorte. Eine längsschnittliche Deskription.

Fach, E.-M. (1), Markert, J. (1), Bethge, M. (2), Spanier, K. (2), Richter, M. (1)

(1) Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale,
(2) Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

Zielstellung

Der Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit und die medizinische Versorgung ist durch zahlreiche Studien gut belegt (Klein und dem Knesebeck 2016). Sozial Benachteiligte haben häufiger eine schlechtere Gesundheit, erreichen die gesundheitliche Versorgung später und profitieren in geringerem Maße von Versorgungsleistungen. Im Bereich der Rehabilitation zeichnet sich Ähnliches ab. Sozial schwache Statusgruppen erreichen mit schlechterer Gesundheit die Maßnahmen (Deck und Hofreuter-Gätgens 2016) und weisen ein höheres Risiko für eine Erwerbsminderung auf (Rodriguez Gonzalez et al. 2015). Bislang liegen kaum Erkenntnisse zum Einfluss sozialer Ungleichheiten auf den Zugang zu Rehabilitationsleistungen und Erwerbsminderungsrenten vor. Ziel dieses Beitrags ist es, den Einfluss sozialer Ungleichheiten auf Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten bei einer Risikokohorte zu untersuchen.

Methoden

Grundlage der Sekundärdatenanalyse ist das „Dritte Sozialmedizinische Panel für Erwerbspersonen“ (GSPE3) mit drei Erhebungswellen sowie verlinkten administrativen Daten zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation (LMR) und Erwerbsminderungsrenten (EMR) (Bethge et al. 2015). Das GSPE3 ist eine Risikokohorte der DRV-Bund mit Versicherten (40 bis 54 Jahre), die im Jahr 2012 Krankengeld bezogen und im 4-Jahreszeitraum davor keine

DRV-Leistungen (LMR, EMR etc.) erhalten haben. Soziale Ungleichheit wurde über den sozioökonomischen Status (SES) in Anlehnung an Deck und Röckelein (1999) mittels SES-Terzilen operationalisiert. Die Daten zu LMR wurden über beantragte und bewilligte Leistungen aus den Versichertenkonten für die Jahre 2013 bis 2016, die für EMR bisher für die Jahre 2013 und 2014 generiert. Als weitere Variablen wurden Alter, Geschlecht und die allgemeine Gesundheit aus den ersten beiden Erhebungswellen hinzugezogen. Es erfolgten neben deskriptiver Verfahren Chi-Quadrat-Tests und logistische Regressionen, kontrolliert für Alter, Geschlecht und die allgemeine Gesundheit.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst 2.698 Versicherte (Zustimmung Datenlinkage). Das Durchschnittsalter betrug 47,9 Jahre. 53,5 % der Versicherten waren weiblich und 46,5 % männlich. 33,2 % der Versichertenstichprobe gehörten dem niedrigen SES, 39,1 % dem mittleren SES und 27,6 % dem hohen SES an, wobei es signifikante Unterschiede (X^2, $p<0,01$) zwischen den Geschlechtern und zur allgemeinen Gesundheit gab. Die Chance für Versicherte mit niedrigem SES eine schlechte Gesundheit aufzuweisen war im Vergleich zum hohen SES signifikant um das 1,8fache erhöht.

26,7 % (n=720) der Versicherten stellten mindestens einen LMR-Antrag. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen SES und LMR-Antragstellung (X^2, $p<0,01$). 87,8 % (n=632) Versicherte erhielten mindestens eine LMR-Bewilligung, davon 10,6 % (n=67) erst nach Widerspruch. Bei 6,7 % (n=48) der Versicherten wurden alle LMR-Anträge abgelehnt. 5,5 % (n=35) der Versicherten haben trotz Bewilligung keine beantragte LMR-Leistung angetreten. Hierbei zeichneten sich jeweils keine Zusammenhänge zum SES ab.

Insgesamt war die Chance einen LMR-Antrag zu stellen in der niedrigen im Vergleich zur hohen Statusgruppe signifikant um das 1,5fache erhöht, wobei in der Subgruppenanalyse der Unterschied nur für die Männer (OR 2,1; $p<0,01$) bedeutsam blieb. Dieser Effekt blieb auch bei Hinzuziehung der allgemeinen Gesundheit bei den Männern erhalten (OR 1,5; $p<0,05$). Hinsichtlich Bewilligung, Bewilligung nach Widerspruch und Ablehnung gab es keine sozialen Unterschiede. Ähnliche Ergebnisse ergaben auch die Analysen des Einzelindikators Bildung.

4,8 % (130) der Versicherten stellten mindestens einen EMR-Antrag, wobei auch hier ein signifikanter Zusammenhang zwischen SES und EMR-Antragstellung bestand (X^2, $p<0,01$). Es entfielen 54,6 % (n=71) der Anträge auf die niedrige, 31,5 % (n=41) auf die mittlere und 13,8 % (n=18) auf die hohe Statusgruppe. 69,2 % (n=90) der Versicherten erhielten mindestens eine EMR-Bewilligung. Bei 29,2 % (n=38) der Versicherten wurden alle EMR-Anträge abgelehnt. Die Chance auf einen EMR-Antrag war in der niedrigen Statusgruppe um das 3,5fache ($p<0,01$) erhöht, wobei Frauen mit niedrigem SES eine deutliche höhere Chance (OR 7,8; $p<0,01$) auf EMR-Antragstellung hatten als Männer (OR 2,4; $p<0,05$). Bei Bewilligung und Ablehnung zeichneten sich jeweils keine Zusammenhänge zum SES ab.

Fazit

Ein Viertel der Risikokohorte beantragte eine LMR, wovon knapp 88 % den Zugang zur Leistung erhielten. Männer mit niedrigem SES beantragten signifikant häufiger LMR. Bezüglich Bewilligung, Bewilligung nach Widerspruch und Ablehnung waren keine SES-Unterschiede zu verzeichnen, welches auf eine SES-unabhängige Bearbeitungsgrundlage der Anträge ver-

weist. Hervorzuheben ist, dass bei Männern der SES bei Antragstellung auch unter Berücksichtigung der allgemeinen Gesundheit bedeutsam ist, währen bei Frauen andere Faktoren wirksam zu sein scheinen. Knapp 5% der Risikokohorte stellten einen EMR-Antrag, wobei die Chance bei Frauen der niedrigen Statusgruppe deutlich höher ausfiel. Allerdings waren auch signifikant mehr Frauen mit niedrigem SES in der Stichprobe.

Es bedarf weiterer Analysen unter Berücksichtigung der Geschlechter, um die jeweiligen Determinanten der Antragstellung für Frauen und Männer getrennt herauszuarbeiten. Dieses betrifft auch die EMR-Antragstellung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bethge, Matthias; Spanier, Katja; Neugebauer, Tjark; Mohnberg, Inka; Radoschewski, Friedrich Michael (2015): Self-Reported Poor Work Ability--An Indicator of Need for Rehabilitation? A Cross-Sectional Study of a Sample of German Employees. In: American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists 94 (11), S. 958-966. DOI: 10.1097/PHM.0000000000000281.

Deck, Ruth; Hofreuter-Gätgens, Kerstin (2016): Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. Social inequality in medical rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (2), S. 245–251. DOI: 10.1007/s00103-015-2284-5.

Deck, Ruth; Röckelein, E. (1999): Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünden. Unter Mitarbeit von R. Deck und E. Röckelein. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Empfehlungen der Arbeitsgruppen "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie", Bd. 16. DRV, S. 84-102.

Klein, Jens; dem Knesebeck, Olaf von (2016): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (2), S. 238-244. DOI: 10.1007/s00103-015-2283-6.

Rodriguez Gonzalez, Miguel; Lohse, Ralf; Schröder, Mathias; Krohn, Sabrina; Zuchandke, Andy (2015): Sozioökonomische Analyse des Erwerbsminderungsrisikos – Eine Untersuchung anhand von BASiD-Daten. In: ZVersWiss 104 (2), S. 151–178. DOI: 10.1007/s12297-015-0300-3.

Prädiktoren subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit bei Männern und Frauen mit erhöhtem Risiko für eine vorzeitige Erwerbsminderungsrente

Richter, C. (1), Mau, W. (1), Spanier, K. (2), Radoschewski, F.M. (3), Bethge, M. (2), Mattukat, K. (1)

(1) Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale,
(2) Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck,
(3) Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Mehr als die Hälfte aller Personen mit Erwerbsminderungsrente haben im Vorfeld der Berentung keine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen (DRV, 2015). Für diese Risikogruppe steht eine Unterversorgung mit rehabilitativen Leistungen zur Diskussion. Wenngleich die subjektive Wahrnehmung der eigenen „Rehabilitationsbedürftigkeit“ keine hinreichende Bedingung für Intentionsbildung und Beantragung einer Rehabilitation darstellt („Antragslücke“), so ist sie doch deren notwendige Voraussetzung und stellt damit eine wesentliche Determinante des Reha-Zugangs dar.

Während Prozesse von der Absichtsbildung bis zur tatsächlichen Antragstellung bereits Gegenstand mehrerer Studien bildeten (Mittag et al., 2007; Spanier et al., 2016), ist vergleichsweise wenig bekannt über die Einflussfaktoren der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit. Anhand einer Kohorte mit einem erhöhten Risiko vorzeitiger erwerbsminderungsbedingter Berentung soll untersucht werden, welche Merkmale eine subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit prospektiv vorhersagen.

Methodik

In einer Sekundärdatenanalyse wurden die Daten der ersten (2013) und zweiten (2015) Erhebungswelle des „Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-III)“ untersucht (Bethge et al. 2015). Die Bruttostichprobe umfasste 10.000 Versicherte der DRV Bund mit Krankengeldbezug im Jahr vor der Ersterhebung. Berücksichtigt wurden erwerbstätige Personen mit Angaben zu beiden Messzeitpunkten, die im Zeitraum zwischen den Befragungen keine Rehabilitation beantragt haben. Die subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit wurde über ein dichotomes Item erfasst, bei dem die Befragten angeben sollten, ob sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes und ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit eine Rehabilitation benötigen. Zunächst wurde der Einfluss von (1) soziodemografischen, (2) gesundheits- und versorgungsbezogenen, (3) erwerbsbezogenen sowie (4) psychologischen und sozialen Merkmalen auf die Rehabilitationsbedürftigkeit zwei Jahre später anhand logistischer Regressionsmodelle geschätzt. In ein finales Modell zur Vorhersage subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit wurden alle Prädiktoren einbezogen, die auf einem Niveau von $\alpha<0{,}10$ signifikant waren. Zur Identifizierung von Geschlechtsunterschieden wurden die Analysen geschlechtsstratifiziert durchgeführt.

Ergebnisse

In die vorliegenden Analysen wurden 1.420 Personen (54,2 % Frauen) eingeschlossen. Die Anpassung der finalen Modelle zur Vorhersage der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit war akzeptabel (Nagelkerke's R_2 >0,3).

Bei Männern zeigte sich im finalen Modell der stärkste Einfluss auf die subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit für die subjektive Arbeitsfähigkeit: Männer mit einem schlechten Work Ability Index (WAI) hatten eine vierfach erhöhte Chance (OR=3,8) für Rehabilitationsbedürftigkeit im Vergleich zu Männern mit einem guten WAI. Frauen mit einem schlechten WAI hatten eine doppelt so hohe Chance (OR=2,1) für Rehabilitationsbedürftigkeit. Die psychosoziale Arbeitsbelastung aufgrund einer beruflichen Gratifikationskrise sowie einer geringen wahrgenommenen organisationalen Gerechtigkeit war nur für Frauen bedeutsam (OR=1,5 bzw. 2,6). Der subjektive Gesundheitszustand spielte ebenfalls nur für Frauen eine Rolle: Eine subjektiv schlechte körperliche (OR=3,0) und psychische (OR=1,9) Gesundheit war deutlich mit subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit assoziiert. Die Chance für eine subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit war bei Frauen und Männern mit einem BMI≥30 kg/m2 im Vergleich zu Personen mit Normalgewicht um das 1,8-fache erhöht, für Frauen war auch eine geringe körperliche Aktivität von <2 h/Woche ein bedeutsamer Prädiktor (OR=1,5). Ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im letzten Jahr und der Rehabilitationsbedürftigkeit konnte nicht nachgewiesen werden. Jedoch zeigte sich für Männer mit früheren Rehabilitationserfahrungen (vor 2009) eine zweifach erhöhte Chance für Rehabilitationsbedürftigkeit, während für Frauen frühere Reha-Erfahrungen nicht relevant waren. Die Erwartung geringer negativer Folgen einer Rehabilitation für die Familie war bei Männern mit einer erhöhten Chance (OR=1,8) für Rehabilitationsbedürftigkeit assoziiert. Negative erwerbsbezogene Ergebniserwartungen hatten für beide Geschlechter keine Bedeutung. Die Effekte geringer sozialer Unterstützung und Neurotizismus waren im finalen Modell unter Berücksichtigung gesundheitlicher und erwerbsbezogener Merkmale nicht mehr signifikant.

Fazit

Eine subjektiv eingeschränkte Arbeitsfähigkeit erwies sich sowohl für Männer als auch für Frauen als starker Prädiktor der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit. Während bei Frauen zusätzlich eine subjektiv schlechte Gesundheit und hohe psychosoziale Arbeitsbelastungen mit subjektiver Reha-Bedürftigkeit assoziiert waren, spielten diese für Männer keine Rolle. Für diese wiederum erwiesen sich im Unterschied zu Frauen rehabilitationsbezogene Ergebniserwartungen und frühere Reha-Erfahrungen als bedeutsam. Da die Wahrnehmung subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit den obligatorischen ersten Schritt im Prozess der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation darstellt und offenbar zum Teil durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird, sollten diese bei Überlegungen zur Optimierung des Reha-Zugangs berücksichtigt werden.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M. (2015): Self-Reported Poor Work Ability – An Indicator of Need for Rehabilitation? A Cross-Sectional Study of a Sample of German Employees. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 94. 958-966.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Rentenzugang 2014. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 203. Berlin: DRV Bund.
Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2007): Prädiktoren der Reha-Antragstellung in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der Arbeiterrentenversicherung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 77. 161-166.
Spanier, K., Mohnberg, I., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M., Bethge, M. (2016): Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 66. 242-248.

Werden die Möglichkeiten ambulanter Versorgung in einer Risikogruppe von DRV-Versicherten im Vorfeld einer Rehabilitation ausgeschöpft?

Mattukat, K. (1), Richter, C. (1), Spanier, K. (2), Radoschewski, F.M. (3), Bethge, M. (2), Mau, W. (1)

(1) Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale,
(2) Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck,
(3) Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Eine angemessene Ausschöpfung ambulanter Therapien und Versorgungsangebote gilt als Voraussetzung für die Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Morfeld et al., 2007). Die Grundsätze „ambulante Krankenbehandlung vor ambulanter Rehabilitation“ und „ambulante Rehabilitation vor stationärer Rehabilitation“ gelten dabei für alle Träger der Rehabilitation, darunter insbesondere für die Deutsche Rentenversicherung (DRV). Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen vor medizinischer Rehabilitation waren bislang kaum verfügbar. Der vorliegende Beitrag zielt darauf ab, Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Therapien vor Beantragung und Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation aufzubereiten und diese Forschungslücke damit zu verkleinern.

Methoden

In einer Sekundärdatenanalyse wurden Fragebogen- und Routinedaten von 1.588 Teilnehmern der zweiten (2015) Erhebungswelle des „Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-III)“ analysiert (Bethge et al. 2015) (Einschlusskriterium: Versicherte der DRV Bund mit Krankengeldbezug im Jahr vor der Ersterhebung, Ausschlusskriterium: Reha-Antrag in den vier Jahren vor der ersten Erhebungswelle und ab 2013 bis zur 2. Erhebungswelle). Die Teilnehmer waren zur Baseline (2013) im Mittel 48 (SD=4) Jahre alt, 55 % waren Frauen, 93 % waren erwerbstätig, der Großteil zuletzt als Angestellte(r) (89 %).

Die Inanspruchnahme ambulanter Therapien und Angebote wurde im Fragebogen der zweiten Befragungswelle erhoben. Für die geplanten Analysen wurden drei Gruppen anhand ihres Reha-Antragsverhaltens nach Fragebogeneingang (2. Erhebungswelle SPE-III) in 2015 und 2016 gebildet: 1) keinen Antrag gestellt, 2) Antrag gestellt ohne Bewilligung und 3) Antrag

gestellt mit Bewilligung. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die ambulante Versorgung der Versicherten in den letzten 12 Monaten für Versicherte ohne nachfolgenden Reha-Antrag (n=1.447) sowie Versicherte mit nachfolgendem Reha-Antrag ohne Bewilligung (n=18) und mit Bewilligung (n=123) miteinander verglichen. Zu den betrachteten ambulanten Angeboten zählten u.a. Kontakte zu Allgemein- und Fachärzten, ambulante Therapien und Präventionsangebote der Krankenkassen. Für die Prüfung der Unterschiedshypothesen kamen aufgrund fehlender Normalverteilung der Merkmale (Shapiro-Wilk-Test) v.a. nicht-parametrische Tests zum Einsatz (Chi²-Test, Mann-Whitney-U-Test, Kruskall-Wallis-Test).

Ergebnisse

Fast alle Befragten gaben Arztkontakte in den letzten 12 Monaten an (95 %). Dabei berichteten Teilnehmer mit Reha-Antrag häufigere Arztkontakte als Teilnehmer ohne Reha-Antrag (p<0,001), v. a. häufigere Behandlungen durch den Hausarzt, Orthopäden, Neurologen/Psychiater und Psychotherapeuten.

Insgesamt hatten 630 Befragte (40 %) in den letzten 12 Monaten ambulante Therapien in Anspruch genommen, darunter hauptsächlich Physiotherapie und physikalische Anwendungen (39 %), sehr selten Ergotherapie (2 %) und Logopädie (<1 %). Ambulante Therapien wurden von Teilnehmern mit bewilligtem Reha-Antrag (58 %) in etwa genauso häufig in Anspruch genommen wie von Teilnehmern ohne Bewilligung (56 %) und häufiger als von Teilnehmern ohne Reha-Antrag (38 %; p<0,001; siehe Abbildung 1).

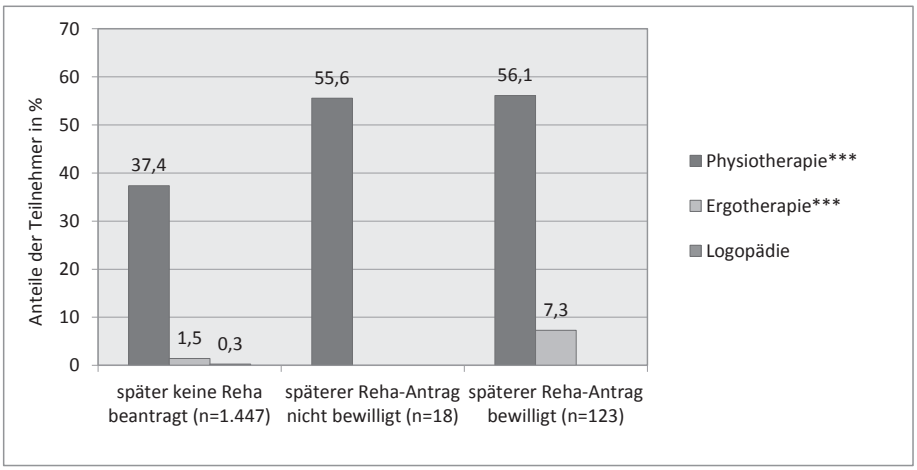

Abb. 1: Inanspruchnahme ambulanter Therapien (Angaben im FB der 2. Erhebungswelle SPE-III) im Vorfeld einer Reha-Beantragung (***p<0,001).

Die Teilnahme an Patientenschulungen (2 %; z. B. Diabetes-Schulung), Bewegungsangeboten (9 %; z. B. Reha-Sport, Funktionstraining, Herzgruppe und Rheumagruppe), Beratungen (2 %; z. B. Sozial- und Suchtberatung) und sonstigen nicht-medikamentösen, auch alternativen Therapien (9 %; z. B. Akupunktur) wurde nicht explizit für den ambulanten Versorgungssektor, sondern allgemein für die letzten 12 Monate erfragt. Die Inanspruchnahme dieser Versorgungsangebote durch die Teilnehmer sind Abbildung 2 zu entnehmen. Während Teilnehmer mit späterer bewilligter Rehabilitation im Vorfeld häufiger nicht-medikamentöse

Therapien in Anspruch genommen hatten, gaben Teilnehmer, deren Reha-Antrag später nicht bewilligt wurde, im Vorfeld häufiger Bewegungsangebote und Beratungen an.

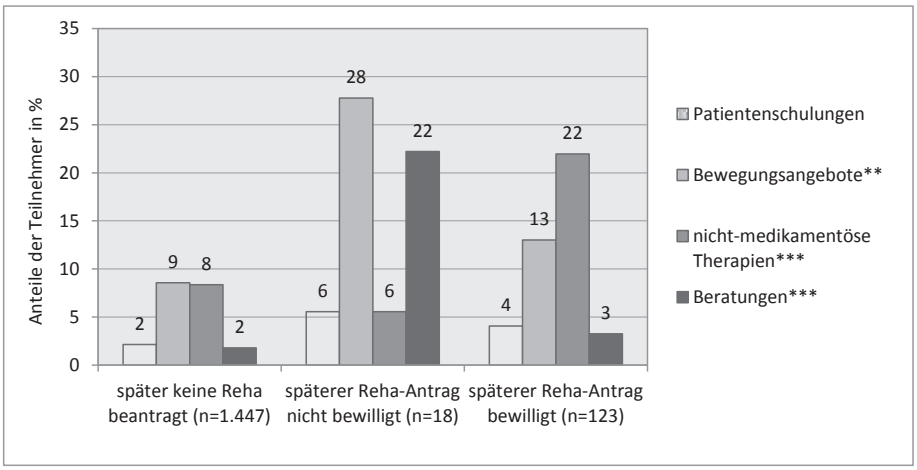

Abb. 2: Inanspruchnahme weiterer Versorgungsangebote (Angaben im FB der 2. Erhebungswelle SPE-III) im Vorfeld einer Reha-Beantragung (**p<0,01; ***p<0,001).

Vorsorgekurse der Krankenkassen hatten Teilnehmer ohne bewilligte Rehabilitation in den letzten 12 Monaten häufiger in Anspruch genommen (44 %) als Teilnehmer ohne Reha-Antrag (17 %) oder mit bewilligter Rehabilitation (18 %; p<0,05), darunter häufiger Bewegungskurse und Kurse zum Thema Suchtmittelkonsum (z. B. Rauchen, Alkohol; siehe Abbildung 3).

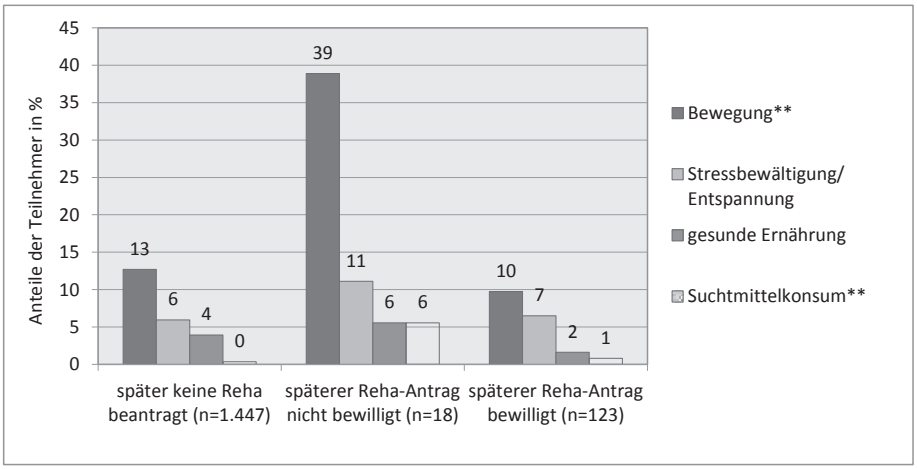

Abb. 3: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der Krankenkassen (Angaben im FB der 2. Erhebungswelle SPE-III) im Vorfeld einer Reha-Beantragung (**p<0,01).

Unter den Befragten mit bewilligtem Antrag auf medizinische Rehabilitation hatten 32 % in den letzten 12 Monaten weder ambulante Therapien noch weitere (ambulante oder stationäre) Versorgungsangebote noch Präventionskurse der Krankenkassen in Anspruch genommen. Bei den Teilnehmern ohne Bewilligung waren es 22 %.

Fazit

Die Inanspruchnahme ambulanter Therapien und weiterer medizinischer Versorgungsangebote (inkl. Arztkontakten) war bei Teilnehmern mit späterem Antrag auf eine medizinische Rehabilitation ausgeprägter als bei Teilnehmern, welche im weiteren Verlauf keine Rehabilitation beantragten. Kritisch zu hinterfragen ist der Anteil der Teilnehmer mit bewilligter Rehabilitation, der zuvor keinerlei ambulante Therapien (42 %) bzw. weder ambulante Therapien noch weitere der hier erfragten Versorgungsangebote (32 %) in Anspruch genommen hat. Die Daten legen nahe, dass die vorherige Inanspruchnahme ambulanter Therapien auf die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation nur geringen Einfluss nimmt.

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M. (2015): Self-Reported Poor Work Ability – An Indicator of Need for Rehabilitation? A Cross-Sectional Study of a Sample of German Employees. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 94. 958-966.

Morfeld, M., Mau, W., Jäckel, W.H., Koch, U. (Hrsg.) (2007): Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren: Ein fallorientiertes Lehrbuch. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.

Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Untersuchungspotenziale des 'Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen' (SPE-III)

Brzoska, P.

Technische Universität Chemnitz

Zielstellung

Menschen mit Migrationshintergrund weisen eine im Durchschnitt höhere Prävalenz bestimmter chronischer Erkrankungen und eine schlechtere arbeitsbezogene Gesundheit auf. Letzteres spiegelt sich unter anderem in höheren Erwerbsminderungs- und Arbeitsunfallquoten wider. Versorgungsepidemiologische Studien deuten darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund die medizinische Rehabilitation seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund nutzen und ungünstigere Versorgungsoutcomes aufweisen. Vor allem Studien zur Inanspruchnahme von Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund weisen allerdings einige Limitationen auf. Sie differenzieren beispielsweise nicht zwischen Angeboten unterschiedlicher Rehabilitationsträger oder berücksichtigen mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme sowie gesundheitliche Unterschiede im Vorfeld der Rehabilitation nur unzureichend (Voigtländer et al. 2013; Meinlschmidt 2007). Teils wird auch von einer höheren Inanspruchnahme berichtet (Zollmann et al. 2016). Im Rahmen dieses Beitrags werden auf Basis einer explorativen Analyse der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund Potenziale beleuchtet, die das Dritte Sozialmedizinische Panel für Erwerbspersonen (SPE-III) für die rehabilitationswissenschaftliche Migrationsforschung besitzt.

Methoden

Die Auswertung basiert auf Welle 1 und 2 des SPE-III. Insgesamt lagen Informationen von n=2.223 Personen mit Selbstangaben darüber vor, ob seit dem Jahr 2013 eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen wurde. Von diesen hatten 6,1% einen Migrationshintergrund. Der Migrationshintergrund wurde unter Berücksichtigung des Mindestindikatorensatzes zur Erfassung des Migrationsstatus (Schenk et al. 2006) über den Geburtsort der Eltern, den Geburtsort der/des Befragten sowie die Muttersprache definiert. Als Kovariaten wurden in Anlehnung an das Andersen Healthcare Utilization Model (Andersen 1995) die physische und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität, die subjektive Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, die körperliche Arbeitsschwere sowie demographische und sozioökonomische Faktoren über ein logistisches Regressionsmodell in der Analyse berücksichtigt.

Ergebnisse

Der Anteil der selbstberichteten Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation war bei Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund tendenziell höher, jedoch nicht signifikant unterschiedlich (21,6 vs. 17,4%; rohes Odds Ratio [OR]=1,31; 95%-CI=0,86-2,01; p>0,05]. Nach der Kontrolle für den Einfluss der genannten Kovariaten war die Inanspruchnahme von Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell geringer. Auch hier waren allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Bevölkerungsgruppen zu beobachten (adjustiertes OR=0,82; 95%-CI=0,45-1,49; p>0,05). Weibliches Geschlecht, ein höheres Alter und eine geringere physische und psychische Lebensqualität waren positiv mit der Inanspruchnahme von Rehabilitation assoziiert (p<0,05).

Fazit

Bisherige Untersuchungen zur Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund haben unterschiedliche Limitationen. Durch die detaillierte Erfassung des Migrationshintergrundes und die Möglichkeit, unterschiedliche Einflussfaktoren zu berücksichtigen, erlaubt das SPE-III es, einige dieser Limitationen zu überwinden. Die Ergebnisse weisen auf eine tendenziell geringere Inanspruchnahme bei Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund hin. Beobachtete Unterschiede sind allerdings statistisch nicht signifikant. Auf eine geringere Inanspruchnahme deuten auch frühere Untersuchungen hin (Voigtländer et al. 2013; Meinlschmidt 2007). In Abhängigkeit einzelner Diagnosen wird jedoch auch von einer höheren Inanspruchnahme berichtet (Zollmann et al. 2016). Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen auch der besondere Zuschnitt der Stichprobe im SPE-III sowie die vergleichsweise geringe Fallzahl berücksichtigt werden.

Die teilweise inkonsistenten Ergebnisse dieser und anderer Studien zur Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund machen weitere Untersuchungen in diesem Bereich erforderlich. Sie zeigen damit auch die Notwendigkeit einer besseren Datenverfügbarkeit in der rehabilitationswissenschaftlichen Migrationsforschung und einer migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung auf, die es erlaubt, kontinuierlich Informationen zum Zugang und zur Wirksamkeit der Versorgung bei einzelne Bevölkerungsgruppen bereitzustellen sowie Optimierungspotenziale zu identifizieren, um hierdurch für die gesamte Bevölkerung eine nutzerorientierte Versorgung sicherzustellen.

Literatur

Andersen, R.M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior 1-10.

Meinlschmidt, G. (2007): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2006/2007. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.

Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O., Weilandt, C. (2006): Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 49, 853-860.

Voigtländer, S., Brzoska, P., Spallek, J., Exner, A., Razum, O. (2013): Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott, T., Razum, O. (Eds.): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Weinheim: Beltz Juventa, 92-104.

Zollmann, P., Pimmer, V., Rose, A. D., Erbstößer, S. (2016): Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. Die Rehabilitation 55, 357-368.

Perspektiven von Leistungserbringern: Anpassungsstrategien auf aktuelle Herausforderungen von Leistungserbringern im Kontext der beruflichen Rehabilitation

Neumann, K., Reims, N., Tophoven, S.
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg

Zielstellung

Ziel ist es, behinderten oder von Behinderungen bedrohten Menschen über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die berufliche und damit die gesellschaftliche Teilhabe zu sichern (vgl. SGB IX). Die Bandbreite von Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen ist groß. Sie reicht von beruflichen Trainingsmaßnahmen über Erstausbildungen bis hin zu Umschulungen. Ebenso gestaltet sich die Landschaft von Anbietern qualifizierender reha-spezifischer Maßnahmen breit und heterogen.

In der Forschung fehlt es bisher an einer systematischen Betrachtung der Leistungserbringer im Kontext der beruflichen Rehabilitation. Diese Forschungslücke schließt das Projekt ‚Perspektiven der Leistungserbringer', gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und durchgeführt vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Die Studie nimmt die Leistungserbringer reha-spezifischer Maßnahmen in den Fokus. Dabei werden alle Leistungserbringer betrachtet, die Maßnahmen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit (BA) erbringen (Stand 2016). Forschungsleitende Fragen sind: Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Arbeitsmarktintegration von Rehabilitand_innen aus der Perspektive der Leistungserbringer? Wie gestalten sich die Struktur der Leistungserbringer, ihr Angebot, die Reha-Population sowie die Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit, mit Betrieben und weiteren Akteuren? Ebenso wird nach aktuellen und zukünftigen Herausforderungen gefragt.

Es sollen nun erste Ergebnisse zu den unterschiedlichen Anforderungen der Leistungserbringer im Kontext der der beruflichen Rehabilitation und entsprechende Strategien im Umgang damit vorgestellt werden.

Methoden

Das dreistufige Forschungsdesign integriert sowohl qualitative als auch quantitative Methoden: (1) Im Rahmen einer Vorstudie wurden zum einen systematische Recherchen durchgeführt, zum anderen wurde ein erster Feldzugang durch explorative Expert_inneninterviews bei ausgewählten Leistungserbringern geschaffen (vgl. Bogner et al. 2014). Neun Expert_innen in fünf unterschiedlichen Einrichtungen wurden interviewt. (2) Anschließend wurden alle Leistungserbringer, die reha-spezifische Maßnahmen in Kostenträgerschaft der BA durchführen, mittels eines standardisierten Onlinefragebogens erfasst. (3) Aktuell werden weitere qualitative Interviews mit Expert_innen ausgewählter Leistungserbringer durchgeführt. Dieses Kombinationsmodell qualitativer und quantitativer Analyseverfahren im Sinne

des „Vertiefungsmodells“ (Mayring 2001: Abs. 20) schafft die Möglichkeit, fundierte Interpretationsangebote der quantitativen Daten und eine Vertiefung der Erkenntnisse durch zusätzliche Fallbeispiele. Auf Grundlage der Daten aus der Vorstudie und der Onlinebefragung lassen sich nun bereits erste zentrale Ergebnisse ableiten.

Ergebnisse

Ergebnis der Vorstudie ist u.a. eine erste Kategorisierung unterschiedlicher Anforderungskomplexe, die sich für die Leistungserbringer bei der Gestaltung der Maßnahmen identifizieren lassen: Anforderungen (a) ausgehend von der Teilnehmendenpopulation, (b) ausgehend vom (regionalen) Arbeitsmarkt, (c) ausgehend von den Kostenträgern und (d) ausgehend von den Veränderungen politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen. Ein weiteres Ergebnis bekräftigt die Heterogenität des Feldes, so lassen sich zentrale Differenzierungslinien aus der Vorstudie ableiten die beispielsweise hinsichtlich der Größe der Einrichtung, der Spezialisierung auf Behinderungsarten oder des Anerkennungsstatus nach SGB IX § 35 verlaufen. Diese Merkmale haben, so eine Hypothese, die sich aus den explorativen Expert_inneninterviews ableiten lässt, Einfluss auf die Wahrnehmung spezifischer Herausforderungen.

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden 841 Leistungserbringer angeschrieben. Zielpopulation waren Einrichtungen, die 2016 Maßnahmen in Kostenträgerschaft der BA durchführten. 34,6 Prozent der Einrichtungen nahmen an der Befragung teil. Bei 62 Prozent dieser Einrichtungen handelt es sich um besondere Einrichtungen im Sinne von § 35 SGB IX. Die Größe, das Maßnahmeangebot, aber auch die Spezialisierung der Einrichtungen auf bestimmte Behinderungsarten sowie die Erfahrung im Kontext der beruflichen Rehabilitation zeigen die breite Variation zwischen den Anbietern. Die Wahrnehmung spezifischer Anforderungen steht, so bestätigen die Daten, in Zusammenhang mit den Merkmalen der Leistungserbringer. So wird deutlich, dass insbesondere Anbieter, die nicht nach § 35 SGB IX anerkannt sind, der ‚zunehmenden Planungsunsicherheit‘ (73 %), dem ‚zunehmenden Preiswettbewerb‘ (68 %) und der ‚Bedrohung von Qualitätsstandard durch steigenden Kostendruck‘ (51 %) als Herausforderung für ihre Arbeit eine sehr hohe Bedeutung beimessen. Hervorzuheben ist zudem, dass unter allen befragten Leistungserbringern die Zunahme von Teilnehmenden mit psychischen Erkrankungen am häufigsten eine hohe Bedeutung zugesprochen wird (59 %).

Fazit

Die bisherigen Ergebnisse ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Struktur der Leistungserbringer. So verfügen Leistungserbringer über unterschiedliche Ressourcen in ihrer Arbeit, die Einfluss auf die Wahrnehmung sich darstellender Anforderungen im Kontext der beruflichen Rehabilitation nehmen. Durch die aktuell durchgeführten Expert_innenbefragungen der dritten Studienphase, können diese Ergebnisse spezifiziert werden. Zudem lassen sich aus dem Datenmaterial Strategien der Leistungserbringer im Umgang mit den wahrgenommenen Herausforderungen ableiten. So sehen sich Anbieter von Vergabemaßnahmen zwar einer höheren Planungsunsicherheit sowie stärkerem Konkurrenzdruck ausgesetzt, jedoch sind sie aufgrund der häufiger fehlenden festen Infrastruktur (z. B. eigene Werkstätten, Unterrichtsräume) zu meist flexibler in der Gestaltung ihres Maßnahmeangebots.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

Bogner, Alexander/ Litting, Beate/ Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung, Wiesbaden: Springer VS.

Mayring, Philipp (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse [31 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research, 2(1), Art. 6, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010162 [18.05.2017].

Die Berufliche Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit

Reims, N., Nivorozhkin, A., Tophoven, S.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg

Zielstellung

Im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (LTA-Projekt) können Personen mit Behinderungen und gesundheitlichen Einschränkungen bei einer beruflichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt gefördert und unterstützt werden. Dabei ist die Bundesagentur für Arbeit (BA) u.a. für diejenigen Personen zuständig, die weniger als 15 Jahre Sozialversicherungsbeiträge geleistet haben. Im Reha-Verfahren kommen eine Vielzahl beruflicher Qualifikations- und Integrationsleistungen zum Tragen, die möglichst passgenau auf die Geförderten und deren Situation ausgerichtet sein sollen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird die Gruppe der Personen, die als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine berufliche Wiedereingliederung bei der BA anstreben, detailliert beschrieben. Im Zusatz zur regelmäßigen Statistik der BA (Bundesagentur für Arbeit 2017) bieten die Analysen eine Ergänzung um weitere Personenmerkmale und liefern einen Überblick über individuelle Erwerbs- und Rehabilitationsverläufe. Betrachtet werden neben der Personenstruktur und -charakteristik, die aufgenommenen Maßnahmen sowie der Zugangsstatus zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und die beruflichen Tätigkeiten der Geförderten vor bzw. nach der beruflichen Rehabilitation.

Methoden

Die deskriptiven Analysen bieten eine Untersuchung der Populationsstruktur und eine Prozessübersicht. Sie beruhen auf Daten des Reha-Prozessdatenpanels (LTA-RehaPro). Dabei handelt es sich um administrative Daten, die einerseits aus den Geschäftsprozessen der BA (insbesondere zum beruflichen Rehabilitationsprozess) sowie den Meldungen zur Sozialversicherung gewonnen werden. Mithilfe dieser Daten kann die Gesamtheit des Rehabilitationsprozesses dargestellt werden sowie die Erwerbsverläufe vor und nach den Reha-Verfahren. So bilden die Daten die Anerkennung eines Reha-Status, die Maßnahmeteilnahmen sowie den beruflichen Werdegang vor und nach der beruflichen Rehabilitation tagesgenau ab. Die Zahlen beziehen sich auf alle Personen, die einen Antrag auf LTA gestellt haben, für den die BA als Kostenträgerin zuständig ist (Dony et al. 2012). Die Analysen

umfassen den Zeitraum einer Anerkennung als Rehabilitand oder Rehabilitandin zwischen den Jahren 2010 und 2015, sodass Zeitreihen von sechs Jahren dargestellt werden können.

Ergebnisse

2015 beantragten etwa 32.500 Personen LTA im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung bei der BA. Seit 2010 lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg in den Antragszahlen beobachten. Etwa 80 Prozent der Personen werden im Rahmen dessen als Rehabilitanden und Rehabilitandinnen anerkannt. Dabei zeigt sich, dass etwa die Hälfte der anerkannten Personen einen Antrag auf LTA aus einer bestehenden Arbeitslosigkeit heraus stellt. Die zweitgrößte Gruppe stellen Beschäftigte; ihr Anteil unter den Geförderten nimmt in den letzten Jahren stetig zu. Etwa die Hälfte der Personen mit einer Anerkennung in 2015 hat eine Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates; auch diese Gruppe nimmt in den letzten Jahren anteilig kontinuierlich zu. Die zweitgrößte Gruppe stellen Personen mit einer psychischen Behinderung, deren Anteil sich konstant über die Jahre auf etwa ein Drittel beläuft. In der Haupteingliederungsstrategie werden am häufigsten Weiterbildungs- und Umschulungsmaßnahmen sowie kurzfristige Zuschüsse (z. B. technische Arbeitsplatzanpassungen) genutzt. Letztere nehmen stetig im Anteil zu und werden hauptsächlich von Personen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparats in Anspruch genommen. Die Struktur der ausgeübten Tätigkeiten vor und nach der beruflichen Rehabilitation unterscheidet sich, sodass nach dem Reha-Verfahren seltener manuelle Tätigkeiten und dafür häufiger nicht-manuelle sowie kognitive und analytische Tätigkeiten ausgeführt werden. Direkt im Anschluss an ein Reha-Verfahren ist über die Hälfte in einer neuen oder zuvor bereits bestehenden sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.

Fazit

Zuvor bestehende Beschäftigungsverhältnisse können in vielen Fällen unter Anwendung kurzfristiger Zuschüsse beibehalten werden. Die Erhöhung in der Vergabe kurzfristiger Zuschüsse und der vermehrte Zugang von beschäftigten Personen zu LTA kann vermutlich u.a. dadurch begründet werden, dass eine bessere Informiertheit über Fördermöglichkeiten im Rahmen von LTA bei Arbeitgebern und Beschäftigten besteht. Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass die BA ihrem gesetzlichen Auftrag der Prävention von Behinderung und einem dadurch bedingten Arbeitsplatzverlust stärker nachkommt. Insbesondere die insgesamt gestiegene Beantragung von LTA verweist des Weiteren auf eine erhöhte Nachfrage nach und Notwendigkeit für LTA. Auch wenn die Anteile von Personen mit psychischen Behinderungen nicht, wie in anderen Bereichen sichtbar (Reims et al., 2016, DRV Bund 2014), ansteigen, stellen sie dennoch die zweitgrößte Gruppe in der beruflichen Rehabilitation berufserfahrener Personen der BA dar. Im Rahmen der LTA stehen viele verschiedene Fördermöglichkeiten zur Verfügung, die einem Großteil der Geförderten dabei helfen, die Rückkehr in die vorherige Tätigkeit zu realisieren oder eine neue Tätigkeit aufzunehmen.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2017): Statistik Berufliche Rehabilitation (Monatszahlen).

Dony E, Gruber S, Jasim A et al. (2012): Basisstudie zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Basisstudie Reha-Prozessdatenpanel.

Zusammenfassender Bericht (Teil A). In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.
Reims N, Tisch A, Tophoven S. (2016): Junge Menschen mit Behinderung: Reha-Verfahren helfen beim Berufseinstieg. In: IAB-Kurzbericht 07/2016.
Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). Positionspapier der Deutschen Renten-versicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.

Hinderliche und förderliche Faktoren individueller Verläufe von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus Betroffenenperspektive

Sternberg, A., Bethge, M.
Universität zu Lübeck

Zielstellung

Neben medizinischen Rehabilitationsleistungen gehören Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zum Angebot der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), um Teilhabe am Erwerbsleben zu sichern. Abgestimmt auf den individuellen Bedarf des Einzelfalls werden LTA aus dem zur Verfügung stehenden Leistungsspektrum ausgewählt und häufig in Form aufeinanderfolgender Einzelleistungen als Leistungsketten realisiert (Radoschewski et al., 2014). Verläufe von LTA sind sehr heterogen und individuell. Bislang liegen zu den Verläufen von LTA nur wenige qualitative Studien vor. Ziel der vorliegenden qualitativen Längsschnittstudie war es, individuelle Verläufe von LTA nachzuvollziehen und hinderliche und förderliche Faktoren für einen günstigen Verlauf aus Betroffenenperspektive zu identifizieren.

Methoden

Eingeschlossen wurden Personen, die im ersten Halbjahr 2016 einen Antrag auf LTA bei der DRV Bund gestellt hatten und deren Antrag „dem Grunde nach“ bewilligt wurde. Die Studienteilnehmer hatten in den vorangegangenen 2 Jahren keine LTA abgeschlossen und keine Rentenanträge gestellt oder entsprechende Leistungen in Anspruch genommen. Aus der Kohorte wurde eine Teilstichprobe von 16 Personen rekrutiert, mit denen leitfadengestützte telefonische Interviews durchgeführt wurden. Die Interviews fanden im Oktober und November 2016 (T1) und im Februar und März 2017 (T2) statt. Die Interviewpartner wurden hinsichtlich ihrer Erkrankungen, ihrer Erwerbsbiografie, ihrem Zugang in die LTA, der Auswahl von Leistungen und dem bisherigen LTA Verlauf befragt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch (Mayring, 2015) in MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse

7 der 16 befragten Personen waren Frauen. Das durchschnittliche Alter lag zu T1 bei 51 Jahren. Der individuelle Verlauf der LTA war hinsichtlich der zeitlichen Abfolge, der in Anspruch genommenen LTA und ggf. bereits erfolgter beruflicher Wiedereingliederung sehr

heterogen. Eine Vielzahl an Faktoren wie Art und Schwere der Erkrankung, aktueller gesundheitlicher Zustand, Zugang in die LTA, Erwerbsbiografie, berufliche Perspektive, zur Verfügung stehende Ressourcen und Belastungen charakterisierten den individuellen Verlauf der LTA. Verschiedene Faktoren konnten aus Sicht der Befragten als Hindernis eines günstigen Verlaufs im Sinne einer beruflichen Wiedereingliederung identifiziert werden: gesundheitsbezogene Faktoren, wie langfristige oder akute Beeinträchtigungen; systembedingte Faktoren, wie lange Wartezeiten, schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpartnern, fehlende Ansprechpartner oder Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern; und unmittelbar mit der LTA assoziierte Aspekte wie Unzufriedenheit mit der erhaltenen Leistung und der vorangegangenen Beratung. Unterstützende Faktoren für einen günstigen Verlauf aus Betroffenensicht zeigten sich in personenbezogenen Einstellungen, wie hoher Eigeninitiative, Motivation und subjektiv günstiger Perspektive, und sozialen Ressourcen in Form professioneller und nicht professioneller Ansprechpartner und weiterer unterstützender Personen im sozialen Umfeld. Personen, die angaben, unter psychischen Erkrankungen zu leiden, berichteten von größeren Schwierigkeiten im Umgang mit systembedingten Hindernissen als Personen, die somatische Erkrankungen angaben. Psychisch erkrankte Befragte stellten gesundheitliche Verschlechterungen in den Zusammenhang mit erlebten systembedingten Hindernissen.

Fazit

Die Erhebungen ermöglichten eine Beobachtung individueller Verläufe von LTA im Längsschnitt. Es zeichneten sich aus Sicht der Betroffenen hinderliche und förderliche Faktoren für einen günstigen Verlauf der LTA ab. Systembedingte Hindernisse hatten bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen ungünstigere Auswirkungen auf den Verlauf und die gesundheitliche Situation als bei Personen ohne psychische Beeinträchtigungen.Die Entwicklung förderlicher personenbezogener Faktoren könnte zum Beispiel durch eine frühzeitige Annäherung von Erwartungen und tatsächlich geplanten bzw. angebotenen Leistungen unterstützt werden. Weitere Ansatzpunkte ergeben sich möglicherweise durch eine stärker auf die individuelle Biografie ausgerichtete Leistungsauswahl und eine auch im Verlauf der Inanspruchnahme mögliche Anpassungen von Leistungen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Radoschewski, F. M., Lay, W., Mohnberg, I. (2014): Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Längsschnittanalyse individueller Versorgungsverläufe und Leistungsketten unter besonderer Berücksichtigung der Allokation von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Berlin.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.

Bewegungsmangel als Faktor für somatische Beschwerden in der beruflichen Rehabilitation

Baumann, R.
SRH Fernhochschule, Berlin

Zielstellung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, das Bewegungsverhalten von Rehabilitanden in Berufsförderungswerken zu skizzieren und die Relevanz des Bewegungsverhaltens für verschiedene somatische Beschwerden im Rehaverlauf zu untersuchen.

Die gesundheitliche Bedeutung von Bewegung in Primärprävention, Therapie und Rehabilitation ist umfangreich belegt (z. B. Dishman et al., 2004). Unter anderem senkt körperliche Aktivität das Risiko für kardiovaskuläre Vorfälle. Darüber hinaus trägt körperliche Aktivität zur Minderung negativer Gefühle wie Angst, Depressivität und Ärger bei. Nach Greitemann (2012) kann es infolge von Rückenbeschwerden zu Passivität, Rückzugs- und Vermeidungsverhalten kommen, wobei der Verzicht auf Bewegung die Atrophie der Muskulatur fördert. Der Umgang mit Umschulungsanforderungen erscheint ebenfalls bedeutsam für die Entwicklung somatischer Beschwerden (Baumann, 2014). Das Modell der Gratifikationskrisen beansprucht, Herz-Kreislauf-Erkankungen zu erklären, es liegen aber auch Befunde zu anderen Gesundheitsproblemen vor (Siegrist, Li und Montano, 2014). Alle Ansätze sollen in der Untersuchung als potentielle Erklärungen für die Entwicklung somatischer Beschwerden berücksichtigt werden.

Methoden

Die Daten wurden in einem vom BMAS geförderten Projekt von 2010 bis 2012 in zwei Berufsförderungswerken erhoben (Baumann, 2014). Alle Rehabilitanden machten eine zweijährige Qualifizierung und nahmen zu Beginn (T0), ein (T1) und zwei (T2) Jahre später an einer Fragebogenuntersuchung teil. Zu T0 wurde erhoben: Alter, Geschlecht, AVEM, zurückliegende berufliche Gratifikationskrise (ERI; Siegrist, Li und Montano, 2014), Herz-Kreislauf-, Magen-Darm- und Rückenbeschwerden. Zu T1 wurden die somatischen Beschwerden erneut erhoben, sowie das Bewegungsverhalten im zurückliegenden Jahr. Darüber hinaus wurden die somatischen Beschwerden zu T2 erhoben.

Es erfolgte jeweils eine binärlogistische Regressionsanalyse (Vorwärtsselektion), in die alle Variablen von T0 mit den Herz-Kreislauf-, den Magen-Darm- bzw. den Rückenbeschwerden und dem zu T1 geäußerten zurückliegenden Bewegungsverhalten als unabhängige Variablen eingegeben wurden und den Herz-Kreislauf-, den Magen-Darm- bzw. den Rückenbeschwerden zu T1 als abhängige Variable. Die Ausprägungen der Skala zum Bewegungsverhalten wurden zu zwei Kategorien zusammengefasst (mehrmals pro Woche vs. einmal pro Woche bis nie), da körperliche Aktivität von nur einmal pro Woche bereits als problematisch eingestuft wurde (RKI, 2005, S.13). Außerdem erfolgte eine binärlogistische Regressionsanalyse unter Verwendung der Variablen von T1 und T2 als unabhängige Variablen und der somatischen Beschwerden zu T3 als abhängige Variable.

Ergebnisse

Der Altersdurchschnitt (N=193) beträgt 35,2 Jahre. 53,9 % gaben zu T1 für das vergangene Jahr mehrmals pro Woche Bewegungsaktivitäten an. 17,6 % gaben zu T0 häufige oder sehr häufige Herz-Kreislauf-Beschwerden an, zu T1 waren es 15 %. 29,5 % gaben zu T0 häufige oder sehr häufige Magen-Darm-Beschwerden an, zu T1 waren es 25,4 %, während 63,7 % zu T0 häufige bzw. sehr häufige Rückenbeschwerden angaben, und zu T1 61,1 %.

Bei der Vorhersage von Herz-Kreislauf-Beschwerden zu T1 verbleiben Herz-Kreislauf-Beschwerden zu T0, körperliche Aktivität pro Woche (>1 vs. ≤1) und das Geschlecht im Modell. Herz-Kreislauf-Beschwerden zu T0 klären 43,2 % (R^2=0,432), Bewegungsverhalten weitere 4% und Geschlecht 2,7 % der Varianz auf. Rehabilitanden, die sich einmal die Woche oder seltener bewegen, haben gegenüber Personen, die sich mehrmals die Woche bewegen, ein 4mal (OR=3,94) höheres Risiko für häufige Herz-Kreislauf-Beschwerden. Der Einfluss bleibt auch für Herz-Kreislauf-Beschwerden zu T2 auf dem 5 %-Niveau signifikant.

Bei der Vorhersage von Magen-Darm-Beschwerden zu T1 verbleiben die Prädiktoren Magen-Darm-Beschwerden zu T0 und zurückliegende Gratifikationskrisen im Modell. Magen-Darm-Beschwerden zu T0 klären 33,1 % (R^2=0,331) und Gratifikationskrisen weitere 3,4 % der Varianz auf.

Bei der Vorhersage von Rückenbeschwerden zu T1 verbleibt nur der Prädiktor Rückenbeschwerden zu T0 im Modell. Die Variable klärt 29,5 % der Varianz (R^2=0,295) auf. Geringe Bewegungsaktivität geht zwar mit häufigeren Rückenbeschwerden einher, der Einfluss ist aber nur auf dem 10 %-Niveau signifikant.

Fazit

Die vorliegende Untersuchung deutet darauf hin, dass sowohl bei Rückenbeschwerden als auch bei Herz-Kreislauf-Beschwerden im Rehaverlauf keine Verbesserungen erfolgen. Darüber hinaus zeigte sich, dass ein erheblicher Teil der Rehabilitanden in der beruflichen Rehabilitation (46,1 %) nur in geringem Maße körperlich aktiv war, obwohl die beteiligten Berufsförderungswerke viele Angebote bereithielten. Außerdem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass geringe körperliche Aktivität ein Prädiktor für häufigere Herz-Kreislauf-Beschwerden im Rehaverlauf darstellt. Dagegen zeigte sich entgegen der Erwartung das Bewegungsverhalten für andere somatische Beschwerden wie Magen-Darm- und Rückenbeschwerden nicht als relevanter Prädiktor. Als Limitierung muss jedoch angeführt werden, dass Bewegungsverhalten und somatische Beschwerden jeweils nur mit einem Item erfasst wurde. Denkbar erscheint, dass bei einer differenzierteren Erfassung insbesondere bzgl. der Rückenbeschwerden bedeutsame Zusammenhänge aufgefunden werden können. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wird angeregt, dem Bewegungsverhalten und der Inanspruchnahme von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität in der beruflichen Rehabilitation sowohl in der Forschung als auch in der Praxis mehr Aufmerksamkeit zu schenken und bei der Förderung von Bewegung gesundheitspsychologisches Wissen gezielt zu nutzen.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

Dishman, R.K., Washburn, R.A. & Heath, G.W. (2004). Physical activity epidemiology. Champaign. Il: Human Kinetics.

Greitemann, B., Dibbelt, S., Fröhlich, S. & Niemeyer, C. (2012). DGRW-Update: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. Die Rehabilitation, 51 (6), S. 377-384.

Baumann, R. (2014). Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster zur Verbesserung des Integrationserfolgs bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Projektabschlussbericht Teil A. Köln: iqpr-Forschungsbericht.

Siegrist, J., Li, J. and Montano, D. (2014). Psychometric Properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. Department of Medical Sociology, Faculty of Medicine, Düsseldorf University, Germany.

Robert Koch Institut (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Körperliche Aktivität, 26, S. 13.

Exit from Work. Gesundheitsbedingte Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben

Bartel, S.

Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V., Berlin

Zielstellung

Gesundheitliche Problemlagen, die im Laufe des Erwerbslebens auftreten, stellen die Betroffenen vor die Herausforderung, sowohl die chronische Krankheit als auch die erzwungene erwerbsbiographische Veränderung zu bewältigen. Die Forschungslage zur Gefährdung von Beschäftigungsfähigkeit belegt sowohl auf internationaler Ebene als auch für Deutschland eine Vielzahl von Faktoren der Arbeitswelt, die sich belastend auf die Gesundheit von Beschäftigten auswirken. Auch sind einzelne Variablen, die sich als förderlich auf den Rückkehrprozess in das Erwerbsleben erweisen, gut belegt. Doch in beiden Bereichen besteht weiterhin ein großer Forschungsbedarf, um über einzelne Faktoren hinaus das komplexe Bedingungsgefüge gesundheitsbedingter Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse zu verstehen. Grundlegend fehlen vertiefende Erkenntnisse über die Phasen, Merkmale und Mechanismen der Bewältigung einer ‚doppelten Brüchigkeit der Biographie', d. h. über die Bewältigung der chronischen Erkrankung und der vulnerablen beruflichen Situation. Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie sollen einen Beitrag in diesem noch offenen Forschungsfeld leisten. Das Grundanliegen dieser Studie ist es, die biographische Bewältigungsarbeit im Kontext der beruflichen Neuorientierung aufzuschlüsseln, Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben sowie deren Bedingungskonstellationen zu beschreiben.

Ziel ist es, die individuellen Aushandlungsprozesse beruflicher Neuorientierung zu verstehen und in ein Verhältnis mit der Krankheitsbewältigung zu setzten. Es ist eine weitere Zieldimension dieser Studie, den Blick auf die Rückkehr in das Erwerbsleben zu richten und dabei in Ansätzen herauszuarbeiten, welche Faktoren ein Arbeiten unter bedingter Gesundheit ermöglichen oder hemmen können.

Methoden

Für diese Studie wurden 11 Personen zu zweit Zeitpunkten interviewt. Im Zentrum dieser Ergebnisdarstellung stehen drei Frauen und drei Männer im Alter von 25 bis 57 Jahren, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten im Erhebungszeitraum von 2013 bis 2014 leitfadengestützt (episodisch-narrativ) interviewt wurden: während ihrer medizinischen Rehabilitation (t1) und erneut ca. ein Jahr später (t2). Übergreifendes Merkmal aller Fälle sind die sich anbahnenden bzw. bereits vollzogenen gesundheitsbedingten berufsbiographischen Einschnitte durch eine chronische muskuloskelettale Erkrankung und z. T. begleitet durch psychosomatische Beschwerden. Den rahmenden Forschungsstil bildete die Grounded Theory (Glaser und Strauss 1967/2010).

Ergebnisse

Im Ergebnis dieser Studie werden die komplexen Risikokonstellationen sowie der Verlauf eines gesundheitsbedingten Ausstiegs aus dem Erwerbsleben beschrieben und dabei auf die vielfältigen Bewältigungsherausforderungen dieses biografischen Bruchs eingegangen. Das entwickelte Modell der ‚Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflichen Neuorientierung' verdichtet den Aushandlungsprozess beruflicher Neuorientierung unter ständiger Berücksichtigung der bedingten Gesundheit. Gleichzeitig geben die Ergebnisse dieser Studie Impulse für die Ausgestaltung von Return to Work Konzepten unter Berücksichtigung der Perspektive der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Fazit

Drei Themenbereiche stellen in besonderem Maße den Kern der Ergebnisse dar und verweisen zugleich auf praxisrelevante Handlungsansätze sowie auf weiterführende wissenschaftliche Fragestellungen. Dies sind im Einzelnen: gesundheitsbedingte Statuspassagen in der Erwerbsbiographie, die Rolle der Schlüsselakteure im Rehabilitationsprozess und die Bedeutung der Unternehmenskultur. Die abgeleiteten Forschungsimpulse in diesen Bereichen (z. B. Bewältigung chronischer nicht-progredienter Erkrankungen, Lebens- und Berufsverläufe nach Return to Work, Bedingungen von Präsentismus) bieten eine Möglichkeit, den ausgeprägten Anwendungsbezug in der Rehabilitationsforschung noch stärker theoretisch zu fundieren.

Literatur

Glaser, B. G., Strauss, A. L. (2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung (3. unv. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Selbstwirksamkeit und subjektive Erwerbsprognose: Veränderungen nach bewilligter Leistung zu Teilhabe am Arbeitsleben

Koltermann, N., Sternberg, A., Bethge, M.
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Zielstellung

Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) sind subjektive Erwartungen darüber, ob bestimmte Handlungen realisiert werden können. Sie stellen eine wesentliche Determinante für erfolgreiche Wiedereingliederung nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) dar (Arling et al., 2008, Schmidt et al., 2007). Geringe SWE sind zudem ein Indikator für den vorzeitigen Abbruch einer LTA (Arling et al., 2008, Schmidt et al., 2007). Die subjektive Erwerbsprognose wiederum ist eine der klarsten Vorhersagegrößen für langfristige Erwerbsbeteiligung (Mittag et al., 2006). Unklar ist, wie sich Selbstwirksamkeitserwartungen und subjektive Erwerbsprognose im Laufe der LTA entwickeln und in welchem Zusammenhang diese Veränderungen stehen. Ziel der Analysen war es daher, Veränderungen von SWE und subjektiver Erwerbsprognose und mögliche Zusammenhänge dieser Veränderungen zu beschreiben.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen einer Studie zu den individuellen Verläufen von LTA erhoben. Eingeschlossen wurden Personen, die im ersten Halbjahr 2016 einen Antrag auf LTA bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) gestellt hatten und deren Antrag „dem Grunde nach“ bewilligt wurde. Zu zwei Zeitpunkten (kurz nach der Bewilligung, T1; drei Monate später, T2) wurden Selbstwirksamkeitserwartungen mittels der von Schwarzer und Jerusalem (1999) entwickelten Skala (0 bis 40 Punkte; höhere Werte = höhere Selbstwirksamkeit) erfasst und die Erwerbsprognose mit den 3 Items der Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit von Mittag et al. (2006) erhoben. Die Skala zur Erwerbsprognose wurde für die Analysen umkodiert (0 bis 3 Punkte; höhere Werte = günstigere Erwerbsprognose). Die interne Konsistenz der SWE wurde mit Cronbachs Alpha beschrieben, die antizipierte einfaktorielle Struktur der Skala wurde durch eine konfirmatorische Faktoranalyse geprüft. Der Zusammenhang von Veränderungen wurde mit einer Fixed-Effects-Regression getestet. Schätzer in Fixed-Effects-Regressionen sind unverzerrt durch zeitlich unveränderliche Variablen (z. B. Persönlichkeit).

Ergebnisse

2.005 Personen antworteten zu beiden Erhebungszeitpunkten und wurden für die Analyse berücksichtigt. Das Durchschnittsalter lag bei 47,9 Jahren (SD = 8,8), 69,8 % waren Frauen. Die interne Konsistenz der SWE-Skala war zu beiden Erhebungswellen sehr hoch (T1: Cronbachs Alpha = 0,94; T2: Cronbachs Alpha = 0,95). Die einfaktorielle Struktur konnte weitestgehend bestätigt werden. Bei der Schätzung des Modells zu T1 waren zwei Modifikationen für eine akzeptable Modellanpassung notwendig (TLI = 0,964; CFI = 0,974; SRMR = 0,026;

RMSEA = 0,073). Zum zweiten Messzeitpunkt waren keine Modifikationen am Modell notwendig (TLI = 0,953; CFI = 0,963; SRMR = 0,027; RMSEA = 0,092). Die Korrelation der beiden Skalen war zu beiden Erhebungszeitpunkten moderat (T1: r = 0,295; T2: r = 0,436). Trotz intraindividueller Veränderungen waren die Mittelwerte von SWE und subjektiver Erwerbsprognose relativ stabil. SWE verringerten sich geringfügig, die Erwerbsprognose verbesserte sich leicht. Verbesserte SWE waren mit einer verbesserten subjektiven Prognose assoziiert (b = 0,047; p < 0,001; 95 % KI: 0,039 bis 0,055).

Fazit

Im Mittel sind SWE und die subjektive Erwerbsprognose in den ersten Monaten nach der Bewilligung der LTA relativ stabil. SWE sind sogar leicht rückläufig. Kurzfristig verbesserte SWE sind bei bewilligten Antragstellern von LTA mit einer günstigeren Erwerbsprognose assoziiert. Die Analysen legen nahe, dass SWE nicht nur eine unveränderliche Determinante für die Wiedereingliederung nach LTA sind. Die prognostische Bedeutung intraindividueller Veränderungen der SWE sind für die Praxis deshalb so relevant, weil sie leicht erfassbar und durch Interventionen modifizierbar sind (Schwarzer, Jerusalem, 1999).

Förderung: Deutshe Rentenversicherung Bund

Literatur

Arling, V., Griesbach, A., Zimmermann, M., Spijkers, W. (2008): Wiedereingliederung von Bürokaufleuten nach der beruflichen Rehabilitation – Eine Analyse personenbezogener Faktoren. DRV-Schriften, Bd. 77. 261-263.

Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2006): Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). Gesundheitswesen, 68, 294-302.

Schmidt, C. (2007): Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation. URL: http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/FB_5_2007.pdf., Abruf: 20.10.2017.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

RehaFuturReal®: Die Relevanz psychologischer Selbsteinschätzungsmaße für den erfolgreichen Verbleib von Versicherten in Arbeit

Knispel, J., Arling, V.

Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Zielstellung

Mit dem Beratungskonzept RehaFuturReal® realisierte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Westfalen wegweisende Empfehlungen aus dem Entwicklungsprozess RehaFutur

(Riedel et al., 2011). Durch das Konzept RehaFuturReal® sollte die Beratungsleistung der Reha-Fachberater (RFB) - als zentrale Akteure im beruflichen Rehabilitationsprozess - mittels einer am Case Management (CM) orientierten Arbeitsweise optimiert werden.

Im Rahmen des CM basierten Ansatzes (Monzer, 2013) gilt es, der psychologischen Selbsteinschätzung des Versicherten im Sinne einer individualisierten und subjektzentrierten Beratung entsprechend Rechnung zu tragen. Ziel dieses Beitrages ist es daher, relevante psychologische Selbsteinschätzungsmaße anhand von Verbleibdaten der Versicherten zu identifizieren.

Methoden

RehaFuturReal® wurde von der DRV Westfalen im Zeitraum vom 01.04.2013 bis zum 31.12.2014 im Interventionsbezirk Dortmund mit zehn RFB und einer Versicherten-Zielgruppe (N=320) erprobt, die noch über einen Arbeitsplatz im Interventionsbezirk verfügte und zugleich eine aktuelle Eingliederungsproblematik aufwies.

Die Versicherten füllten vor der Beratung einen Selbstauskunftsbogen (t1) aus, in dem sie unter anderem zu ihrer subjektiven Reintegrationsprognose (sPR, Arling et al., 2016) und ihrer Kontrollüberzeugung in Orientierung an das Konzept von Kovaleva et al. (2012) befragt wurden. Im September 2015 wurde an alle teilnehmenden Versicherten eine Nachbefragung (t2) versendet (Rücklauf: N=241, 75,31 %), in deren Rahmen der aktuelle berufliche Status erfasst wurde (aktuell bestehendes Arbeitsverhältnis: ja/nein).

Für die vorliegende Untersuchung wurden nur diejenigen Teilnehmer (N=211) berücksichtigt, für die alle Fragebögen vorlagen (t1 und t2) und für die der berufliche Status bekannt war. In der Stichprobe waren 56 Frauen und 155 Männer vertreten (Alter: AM = 48,67 Jahre, SD = 7,88 Jahre). Zum Zeitpunkt der Nachbefragung (t2) waren 97 Versicherte (46 %) weiterhin in Arbeit (Codierung: 1) und 114 Personen (54 %) aktuell nicht in Arbeit (Codierung: 0).

Ergebnisse

Mittels univariater binär-logistischer Regressionen wurden in einer Vorprüfung relevante psychologische Selbstbewertungen identifiziert ($p<.010$). Die Vorprüfung ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Zentrale Ergebnisse der Vorprüfung mit univariaten binär-logistischen Regressionen zur Vorhersage des Verbleibs (Arbeitsstatus) anhand von psychologischen Selbsteinschätzungen

Univariate binär-logistische Regressionen für den Verbleib [N = 97: 46% in Arbeit; N = 114: 54% nicht in Arbeit]			
Relevante Selbstbewertungen (p < .10)		**Nicht relevante Selbstbewertungen (p > .10)**	
Facette	***p-Wert***	***Facette***	***p-Wert***
Bewertung des Gesundheitszustandes [a]	0,001	Flexibilität [c, d]	0,176
Seelisches Leiden [b, c]	0,051	Soziale Unterstützung [b, c]	0,848
Körperliches Leiden [b, c]	0,015	Informiertheit über Reha-Maßnahme [b]	0,251
Teamfähigkeit [c, d]	0,016	Selbstlernkompetenz [c, d]	0,764
Durchsetzungsvermögen [c, d]	0,041	Flexibilität [c, d]	0,176
Einfluss auf berufliche Veränderung [c]	0,087	Bewertung der Rechtschreib-Fähigkeiten [c, d]	0,263
Berufliche Selbstwirksamkeit [c, e]	0,086	Bewertung der Mathematik-Fähigkeiten [c, d]	0,129
Subjektive Reintegrationsprognose [f]	0,009		

Anm.: [a] 5-stufig von ‚1' - sehr gut bis ‚5' - schlecht; [b] PAREMO-20-Subskalen; [c] 4-stufig von ‚1' trifft nicht zu bis ‚4' trifft zu; [d] Bewertungsdimensionen aus dem Prozessprofiling/ Prozessmonitoring (Arling et al., 2012); [e] Skala zur Erfassung der Beruflichen Selbstwirksamkeit (Abele, Stief & Andrä, 2000); [f] subjektive Reintegrationsprognose (Arling et al., 2016), Einschätzung von 10-100%

Alle bedeutsamen Prädiktoren wurden anschließend in einer multivariaten binär-logistischen Regression aufgenommen, um mittels backward-Selektion die wichtigsten psychologischen Selbstbewertungen für den Verbleib zu identifizieren (N = 145 vollständige Datensätze, p<.05). Die zentralen Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tab: 2: Zentrale Ergebnisse des finalen multivariaten binär-logistischen Regressionsmodells zur Vorhersage des Verbleibs (Arbeitsstatus) nach backward-Selektion

Finales binär-logistisches, multivariates Prognosemodell für den Verbleib [N = 81: 55,86% in Arbeit; N = 64: 44,14% nicht in Arbeit]						
Variable	**AM (SD)**	**β**	**Standard-fehler**	**p**	**OR**	**95%-KI OR**
Subjektive Reintegrationsprognose [a]	58,8% (28,54%)	0,649	0,216	0,003	1,913	1,254-2,918
Einfluss auf berufliche Veränderung [b, c]	3,03 (0,97)	0,392	0,197	0,046	1,480	1,007-2,176

Anm: [a] subjektive Reintegrationsprognose (Arling et al., 2016), Einschätzung von 10-100% [b] 4-stufig von ‚1' trifft nicht zu bis ‚4' trifft zu; [c] Kontrollüberzeugung im Sinne von Kovaleva et al. (2012)

Im finalen Vorhersagemodell verbleiben zwei Selbsteinschätzungsmaße, die positiv auf den Verbleib wirken: die subjektive Reintegrationsprognose (Odds Ratio: 1,91) sowie die Kontrollüberzeugung als Glaube des Versicherten daran, viel zur beruflichen Veränderung beitragen zu können (Odds Ratio: 1,48).

Das Vorhersagemodell hat eine relativ hohe prädiktive Genauigkeit: Anhand des Modells können 75,3 % der Teilnehmer ohne Arbeitsplatz richtig vorhergesagt werden (Sensitivität). 57,8 % der Versicherten mit bestehendem Arbeitsverhältnis werden durch das Modell richtig klassifiziert (Spezifität). 16,2 % des individuellen Verbleibs der Teilnehmer kann auf Basis der

psychologischen Selbsteinschätzungen erklärt werden (Varianzaufklärung von Nagelkerkes R^2 = 16,2 %).

Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass für den Verbleib des Teilnehmers verschiedene psychologische Selbsteinschätzungsmaße wie die subjektive Reintegrationsprognose sowie die Überzeugung, Einfluss auf die eigene berufliche Veränderung nehmen zu können von Relevanz sind. In diesem Sinne gilt es, entsprechende Angaben der Versicherten von Anfang an als wichtige Informationsquelle im Rehabilitationsprozess mit einzubeziehen. Folglich sollten Selbstbewertungen bereits zu Beginn des Beratungsprozesses explizit vor dem Hintergrund möglicher Beschäftigungsperspektiven thematisiert werden.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. (VFR), Norderney

Literatur

Arling, V., Slavchova, V., Knispel, J., Spijkers, W. (2016): Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren für den beruflichen Rehabilitationserfolg. Die Rehabilitation, 55. 6-11.

Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C.J., Rammstedt, B. (2012): Eine Kurzskala zur Messung von Kontrollüberzeugung: Die Skala Internale-Externale Kontrollüberzeugung 4 (IE-4). Gesis, 19, 1-26.

Monzer, M. (2013): Case Management – Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei.

Riedel, H.-P., Schmidt, C., Reinsberg, B., Klügel, T. (2011): Ergebnisse und Empfehlungen zur beruflichen Rehabilitation aus dem Entwicklungsprojekt RehaFutur. Rehabilitation, 51(3). 189-193.

Perspektiven von Werkstattbeschäftigten – Auswirkungen der beruflichen Rehabilitation in Werkstätten für behinderte Menschen

Schreiner, M.

Humboldt-Universität zu Berlin

Zielstellung

Die Beteiligung am Arbeitsleben ist identitätsstiftend und eine wesentliche Voraussetzung für soziale Teilhabe und gesellschaftliche Anerkennung (vgl. Schreiner 2017, S. 82f.). In diesem Bewusstsein fordert die Behindertenrechtskonvention für Menschen mit Behinderungen das „Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird“ (Art. 27 Abs. 1 S. 1 UN-BRK). In Deutschland stellt die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen ein bedeutendes Rehabilitationsziel dar und ist (unter anderem) im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) verankert. Hier werden auch Aufgabe, Ausgestaltung und Adressaten der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) festgelegt. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM nutzen aktuell rund 300.000 Menschen (vgl. BAG WfbM 2017). Allerdings steht die Beschäftigung in den WfbM in der Kritik. So wird beispielsweise im ersten Staatenbericht der Vereinten Nationen zum Umsetzungsstand der UN-BRK in Deutschland, mit Blick auf die WfbM, deren

schrittweise Abschaffung gefordert. (vgl. United Nations 2015). Trotz dieser Empfehlungen hält der Gesetzgeber in Deutschland an den WfbM fest und belässt diese nahezu unverändert im Bundesteilhabegesetz (BTHG).

Im Diskurs rund um die WfbM fällt auf, dass empirisch gesicherte Aussagen der Beschäftigten zu den Auswirkungen der WfbM nur unzureichend vorliegen.

Methoden

Die Perspektiven der Werkstattbeschäftigten als ExpertInnen in eigener Sache konnten in einer qualitativen Studie erfasst werden. Der theoretische Zugang zur Forschungsfrage basiert auf den konzeptionellen Überlegungen zur Messung von Teilhabe (Bartelheimer 2005) in Verbindung mit Annahmen der Anerkennungstheorie (Honneth 1994), welche eine normative Theorie eines guten Lebens darstellt. Mit dieser Kombination ist es möglich, Teilhabe- und Anerkennungssituationen von Werkstattbeschäftigten empirisch zu erfassen und normativ zu analysieren. Basierend auf der Operationalisierung der theoretischen Annahmen konnten 20 problemzentrierte Interviews mit Werkstattbeschäftigten in vier hessischen Werkstätten durchgeführt werden. Diese wurden in einem ersten Auswertungsschritt inhaltsanalytisch strukturiert. Im zweiten Schritt erfolgte eine empirisch begründete Typenbildung.

Ergebnisse

In der Auswertung ließen sich vier Typen von Werkstattbeschäftigten charakterisieren. Typ 1 ist resignativ zufrieden und hat sich mit dem Werkstattbesuch arrangiert. Typ 2 ist mit der Beschäftigung in WfbM und den resultierenden Auswirkungen auf die Lebenssituation unzufrieden. Typ 3 sieht die Werkstattbeschäftigung einerseits positiv und identifiziert sich mit dieser. Andererseits steht er der Werkstattbeschäftigung und deren Auswirkungen auch kritisch gegenüber. Typ 4 findet sich in zwei Varianten und beschreibt Werkstattbeschäftigte, die davon (vorläufig) überzeugt sind, dass die Beschäftigung in einer WfbM für sie (aktuell) die geeignete Leistungsform zur Teilhabe am Arbeitsleben darstellt.

Abb. 1: Typen von Werkstattbeschäftigten (eigene Darstellung nach Schreiner 2017, S. 154)

Typen von Werkstattbeschäftigten	
Typ 1	resignativ zufrieden
Typ 2	unzufrieden
Typ 3	kritisch ambivalent
Typ 4a | Typ 4b	überzeugt | vorläufig überzeugt

Die Wahrnehmungen von sozialer Teilhabe und gesellschaftlicher Anerkennung sind innerhalb der Typen unterschiedlich gelagert. Ebenso verhält es sich mit den Vorstellungen zur beruflichen Zukunft, die ein Spektrum von einer anzustrebenden sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung bis hin zum unveränderten Verbleib in der WfbM abbildet.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass es Werkstattbeschäftigte gibt, die ihre Beschäftigung in WfbM als die geeignete Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben wahrnehmen. Diese Beschäftigten zeigen keinen Reform- oder Änderungsbedarf an. Andere Beschäftigte wiederum äußern unterschiedlichste Veränderungswünsche für ihre Teilhabe am Arbeitsleben. Diese reichen von Praktika auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über Kombinationen aus einer Beschäftigung

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und den WfbM, bis hin zu der Auffassung, dass Werkstätten segregierende Sondereinrichtungen sind, die reformiert oder gar abgeschafft werden müssen.

Die Ergebnisse zu den Auswirkungen der Beschäftigung in WfbM zeigen sowohl positive als auch negative Bewertungen der WfbM auf. In der Konsequenz wären Reformen der bestehenden Angebote der WfbM sowie die Bereitstellung wirksamer Alternativen angezeigt. Letztere sind beispielsweise durch die anderen Leistungsanbieter und das Budget für Arbeit im BTHG angelegt.

Ebenfalls sind weiterführende Studien zu den Auswirkungen der Werkstattbeschäftigten notwendig. Durch diese könnten differenzierte Erkenntnisse gesammelt werden, die zur weiteren Entwicklung von passgenauen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beitragen.

Förderung: Software AG Stiftung

Literatur

Bartelheimer, Peter (2005): Teilhabe, Gefährdung, Ausgrenzung. In: Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag, S. 85-123.

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen [BAG WfbM] (2017): Anzahl der Mitgliedswerkstätten und belegten Plätze nach Bundesländern zum 1. Januar 2016. URL: http://www.bagwfbm.de/file/1056/, Abruf: 18.10.2017.

Honneth, Axel (1994): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Schreiner, Mario (2017): Teilhabe am Arbeitsleben. Die Werkstatt für behinderte Menschen aus Sicht der Beschäftigten. Wiesbaden: Springer VS.

United Nations (2015): Concluding observations on the initial report of Germany. Staatenberichtsprüfung. URL: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20 Documents/DEU/CRPD_C_DEU_CO_1_20186_E.doc, Abruf: 18.10.2017.

Modellprojekt „Rundblick“ - Eine Rehabilitationsmöglichkeit für hochgradig Sehbehinderte oder akut erblindete Menschen

Frege, I. (1), Jansen, I. (2), Stehr, M. (1), Schrage, N. (3)

(1) salus klinik Hürth, (2) Berufsförderungswerk Düren gGmbH,
(3) Augenklinik Köln Merheim

Zielstellung

80% - 85% aller Informationen, die ein Mensch für seine Handlungsplanung aufnimmt und verarbeitet, sind visuelle Informationen.

Der Verlust des Sehens zieht in der Regel eine eingeschränkte Mobilität, einen eingeschränkten Zugang zu Informationen, weniger Fähigkeiten der Selbstregulierung und einen Mangel an Selbstvertrauen nach sich, woraufhin eine zunehmende soziale Isolation und eine Verschlechterung der körperlichen und geistigen Gesundheit erfolgt, was letztlich zu einer Negativspirale führt. (Allan Suttie 2014)

Die gegenwärtige Versorgungssituation Betroffener ist dadurch gekennzeichnet, dass nach Eintritt der Sehbehinderung und entsprechender akutmedizinischer Versorgung (in Krankenhaus oder Praxis) keine weiterführende (medizinische oder psychosoziale) Unterstützung – anders als bei anderen Erkrankungen oder nach Operationen, wo eine Anschlussheilbehandlung oder eine Frührehabilitation Goldstandard ist – vorgesehen ist.

In einer Studie über AMD (altersabhängige Makuladegeneration) – als häufigster Erblindungsursache jenseits des 50. Lebensjahres – und psychischen Komorbiditäten litten über 40% der ProbandInnen aktuell an einer psychischen Störung (Depression und Angst), von denen nur knapp 2% eine angemessene psychische Versorgung erhielten (Robert Smolka 2009).

Deshalb entstand in Kooperation zwischen engagierten AugenärztInnen, der DRV Rheinland, dem BFW Düren und der salus klinik Hürth ein bundesweites erstes Modellprojekt zur Medizinischen Rehabilitation blinder und sehbehinderter Menschen mit ihren Komorbiditäten.

Leitgedanken waren, eine angemessene, frühzeitige blinden- und sehbehinderten Grundrehabilitation, eine Sekundärprävention in Bezug auf bio-psycho-soziale Teilhabe-beschränkungen und die Abklärung der Leistungsfähigkeit („Reha vor Rente“).

Beobachtungen ergaben, dass sehbehinderte Menschen oft erst nach Chronifizierung einer Teilhabeeinschränkung dem Rehabilitationssystem oder der Berentung zugeführt werden.

Methoden

Das Modellprojekt bezieht sich auf

- Gruppe A: Chronisch sehkranke Versicherte mit progredienter Sehschädigung (Visus unter 0,3)
- Gruppe B: Versicherte nach akutem, traumatischem (Teil-) Verlust der Sehkraft

Zu den Indikationskriterien zählen:

Der Versicherte muß der DRV angehören, im erwerbsfähigen Alter sein, die berufliche Teilhabe muß eingeschränkt oder gefährdet sein (ophtalmologisch und psychisch) und die Rehabilitations-Kriterien (Bedürftigkeit/ Fähigkeit/ Prognose) müssen erfüllt sein.

<u>Ablauf</u>

Die Rehabilitation wird von den Augenärzten empfohlen und der Rehabilitand wird einer Augenärztlichen Untersuchung zugeführt, die den „Ist-Stand“ vor und nach der Rehabilitation dokumentiert.

Die stationäre Aufnahme erfolgt idealtypisch in eine eigene Therapiegruppe der salus klinik. Die Patienten werden 5 Wochen in der Bezugsgruppe behandelt, wobei an einem halben Tag eine Mobilitätstrainerin in die salus klinik kommt und die Patienten an einem anderen Tag in das Berufsförderungswerk nach Düren fahren. So erhalten die Patienten neben der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation einschließlich der Krankheitsverarbeitung, schon blindenspezifische Angebote und Ausbildungen (z. B. Laufen am Langstock), um wieder eine Selbständigkeit zu erreichen.

Das Berufsförderungswerk (BFW) Düren ist ein über die Region hinaus anerkanntes Bildungs- und Beratungszentrum, das auf die berufliche Wiedereingliederung und Qualifizierung von blinden und sehbehinderten Menschen in allen Lebensphasen spezialisiert ist.

Dort findet in der sechsten Woche ein berufsspezifisches Assessment statt. Sollte sich dann aus dem Aufenthalt in der salus klinik und im BFW Düren der Hinweis ergeben, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen sind, dann wird LTA durch die DRV geprüft und zeitnah umgesetzt (wenn genehmigt).

Behandlungsziele (medizinisch)

- Erfahrung der „Universalität von Leiden“ durch den Gruppenkontext mit Gleichbetroffenen
- Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erhaltung/Erhöhung der Lebenszufriedenheit
- Förderung der sozialen Interaktion und Kompetenz trotz des neuen Status als “Sehbehinderter“
- Vermittlung aktiver und konstruktiver psychischer Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem neuen Status, den Alltagsanforderungen und psychosozialer wie beruflicher Perspektiven
- Prävention gegen dysfunktionale Bewältigungsmuster (z. B. Substanzmissbrauch) oder komorbide Verarbeitungsmuster (z. B. Depression, Ängste)
- Zeitnahe Informationsvermittlung bzgl. beruflicher und sozialer Unterstützungsangebote
- Behandlungsziele (beruflich)
- Feststellung tätigkeits- und berufsdiagnostischer Befunde und des Hilfsmittelbedarfs durch ICF -basierte Diagnostik für technisches und psychologisches Assessment
- Klärung von Mobilitätsfragen und lebenspraktischen Hilfen gem. SGB IX, § 33
- Sehtraining
- Arbeitsplatzanamnese Abklärung der sich anschließenden Bedarfe zwecks Rückkehr in den Beruf (Arbeitsplatzerhalt, Arbeitsplatzbegutachtung, EDV-Schulung, ggf. Neuorientierung)
- Klärung inwieweit ein Bedarf in Bezug auf eine weiterführende berufliche Rehabilitation (LTA) im Anschluss an die medizinisch-berufliche Rehabilitation gegeben ist und ggf. Antragstellung

Evaluation

Datenerhebung zu folgenden Aspekten:

- Prozessdaten
- Ergebnisdaten ICF Eingang und Ausgang
- Kooperation salus klinik und BFW
- Kooperation mit Zuweisern im Akutbereich
- Compliance der PatientInnen
- Zufriedenheit der PatientInnen
- Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTLs)
- Behandlungsdauer

Die Dokumentation und spezifische Evaluation dieses Behandlungskonzeptes erfolgt in Kooperation zwischen den Beteiligten (Rentenversicherungen, Augenarztpraxis, BFW und salus klinik), wobei der Evaluation ein Zeitrahmen von zunächst 36 Monaten zugrunde liegen soll.

Ansonsten werden Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität über die Routinemaßnahmen der salus klinik abgesichert (Zertifizierung, Begehungen, Hygienekonzept, Datenschutzkonzept, Qualitätszirkel, Patientenbefragung der DRV, Supervision, Dokumentationssystem).

Literatur

Berufsförderungswerk (BFW) Düren, internes Arbeitspapier „Entwurf einer Positionierung für den Aufbau von Phase II Einrichtungen in Zusammenhang mit Berufsförderungswerken für erwachsene, im Regelfall spätsehgeschädigte Menschen, 2011.

Deutsche Rentenversicherung, Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, Anforderungen zur Durchführung der MBOR im Auftrag der DRV, Berlin 2015.

Frege,I. Therapiekonzept der salus klinik Hürth, 2015.

Smolka, R. Altersabhängige Makuladegeneration und die Komorbidität von Depression und Angststörungen, Promotion Uni Tübingen, 2009.

Suttie, A. et al., Europäische Blindenunion (EBU), Rehabilitation und ältere Menschen mit erworbener Sehbehinderung, 2014.

Anstoß durch PAUA: Berufsbildungswerke werden lernende Organisationen

Lorenz, S., Poltermann, A.

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung, Nürnberg

Stillstand ist Rückschritt

Die berufliche Rehabilitation darf nicht stillstehen, sondern muss in Bewegung bleiben und sich immer wieder neu erfinden. Auf dem Weg hin zu einer inklusiveren Gesellschaft müssen alte Strukturen aufgebrochen und neue Konzepte entwickelt bzw. bewährte Konzepte weiterentwickelt werden. Die Verwirklichung von Inklusion stellt Berufsbildungswerke (BBW) einerseits vor neue Herausforderungen, andererseits birgt sie auch Chancen zur Weiterentwicklung der Einrichtungen. Als besondere Einrichtungen gemäß § 35 SGB IX halten BBW bedarfsgerechte Ressourcen und Kompetenzen für die Ausbildung junger Menschen mit Behinderung vor. Genau an dieser Stelle setzte das Projekt „Anfänge, Übergänge und Anschlüsse gestalten – Inklusive Dienstleistungen von Berufsbildungs-werken“ (PAUA) an und fungierte an vielen Stellen als Eisbrecher und Weichensteller für Entwicklungsprozesse.

Im Projekt stellten sich zehn BBW den neuen Herausforderungen: Sie öffneten sich neben ihrer originären Aufgabe der stationären Ausbildung junger Rehabilitanden für neue Zielgruppen und intensivierten neue Kooperationsformen, indem sie Unternehmen ihre Kompetenzen passgenau anboten. Diese Öffnung nach außen bedeutet gleichzeitig eine Veränderung des bestehenden Systems, weshalb Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen in den BBW notwendig waren und angestoßen wurden.

PAUA bewegt!

Der Entwicklungsprozess in den Einrichtungen wurde mit Hilfe der sog. ZE³P-Methode systematisch unterstützt und begleitet. ZE³P steht für Ziele entwickeln, erreichen und evaluieren. Die Methode zur strukturierten und unterstützenden Initiierung und Umsetzung von Veränderungsprozessen hat sich als ein systematisches Vorgehen bewährt. Es kam in ZE³P-Workshops zum Tragen. Unter Berücksichtigung regionaler Rahmenbedingungen, Strukturen und Handlungsbedarfe wurden von den BBW einrichtungsspezifische Entwicklungsziele formuliert

und geeignete Handlungsstrategien geplant und umgesetzt. Mit ihren Zielen legten die BBW fest, WOHIN das Projekt die jeweilige Einrichtung führen sollte und mit der Planung konkreter Maßnahmen und Aktivitäten, WIE das geschehen sollte. Eine zielorientierte Evaluation zeigte möglichen Korrekturbedarf auf und machte in der abschließenden Gesamtauswertung die erreichten Ergebnisse und gewonnenen Erkenntnisse sichtbar und transparent.

Aus Abbildung 1 ist die iterativ-zyklisch Konzeption des Prozesses ersichtlich. Langfristiges Ziel ist, diesen ZE³P-Zyklus im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungs- und Weiterentwicklungsprozesses dauerhaft in den BBW zu verankern.

Abb. 1: ZE³P-Zyklus

Der jeweilige Stand der Entwicklungen und Zielerreichung wurde in einem festgelegten Rhythmus überprüft. In PAUA fand dies jährlich im Rahmen der ZE³P-Workshops statt, unterstützt durch den prozessbegleitenden Einsatz weiterer Monitoring-Instrumente (z. B. Fragebogen und Interviews). Auf dieser Grundlage konnte eventueller Korrekturbedarf frühzeitig identifiziert, bearbeitet und die Ist-Analyse aktualisiert werden. Dabei wurden auch die bisherigen Zielsetzungen und Indikatoren einer Überprüfung unterzogen, gegebenenfalls angepasst, verändert oder neuentwickelt. Der letzte ZE³P-Workshop diente der gemeinsamen Auswertung des gesamten Projektprozesses.

In den einzelnen projektbeteiligten BBW ergaben sich aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Veränderungsnotwendigkeiten verschiedene Zielsetzungen, die in unterschiedlicher Intensität und Geschwindigkeit verfolgt wurden. Insgesamt wurden im Projekt sieben Themen in vier Handlungsfeldern identifiziert, die für Einrichtungen beruflicher Rehabilitation im Hinblick auf eine inklusivere Ausrichtung relevant sind (siehe Abbildung 2): die Erweiterung der Angebotsvielfalt durch die institutionelle Öffnung für neue Zielgruppen (benachteiligte Jugendliche und Geflüchtete) und Betriebe, Organisationsentwicklung (bottom-up-Prozess, Professionalisierung des Ausschreibungsmanagements) sowie Personalentwicklung (durch den Aufbau eines kompetenzbasierten Weiterbildungsmanagements).

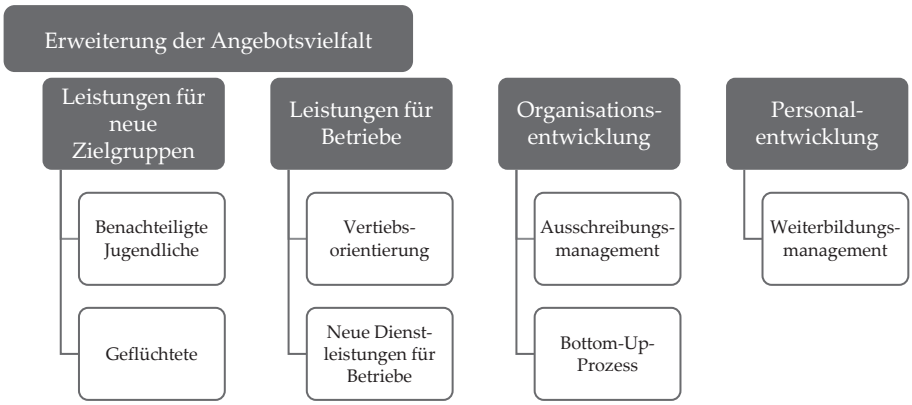

Abb. 2: Relevante Themen und Handlungsfelder in PAUA

Innerhalb dieser Themenfelder konnten Erkenntnisse generiert und Good-Practice-Beispiele identifiziert werden, die für einen bundesweiten Transfer in BBW aber auch andere Einrichtungen beruflicher Rehabilitation zur Verfügung stehen.

Perpetuum mobile

Auch wenn noch nicht alle Entwicklungsprozesse abgeschlossen sind, konnte PAUA als Eisbrecher die Notwendigkeit von Veränderungen im Zuge einer voranschreitenden Inklusion vermitteln und die Weichen für diese Veränderungen stellen. Die Mehrheit aller Projekt-BBW gibt sogar an, dass die ZE³P-Methode in Zukunft verstetigt werden soll.

Der Fokus des Projekts lag darin, Impulse für einen organisationalen Lernprozess zu setzen, der auch nachhaltig über den Projektzeitraum hinaus wirkt. Dafür müssen die Einrichtungen beruflicher Rehabilitation einen Entwicklungsprozess hin zu lernenden Organisationen bestreiten. Als lernende Organisation befinden sie sich in einem ständigen Bewegungs-prozess und können flexibel auf neue Veränderungen reagieren.

Weiter geht‘s!

Ein Thema, das auf dem Weg in eine inklusivere Gesellschaft immer relevanter wird, ist unter anderem die Qualifizierung des Personals. Die Erweiterung der Angebotsvielfalt und die Öffnung der Einrichtungen beruflicher Rehabilitation für neue Zielgruppen und in Richtung Betriebe erfordern neue, zusätzliche Kompetenzen. Die Qualifizierung hat allerdings auch einen positiven Nebeneffekt: Das Personal kann so in Veränderungsprozesse einbezogen und auf neuen Wegen mitgenommen werden. Neben der inklusiveren Ausrichtung werden zusätzliche Kompetenzen ebenfalls durch die in den letzten Jahren voranschreitende Digitalisierung notwendig: nicht nur das Personal, sondern ferner die Gruppe der Menschen mit Behinderung müssen auf eine digitalisierte (Arbeits-)Welt vorbereitet werden. Um eine langfristige und positive Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen, müssen Hürden abgebaut und Medienkompetenzen gestärkt werden. Diese lassen sich am besten gemeinsam mit berufsbezogenen Fachkompetenzen vermitteln. Einige neue Projekte setzen genau an den beiden Aspekten Qualifizierung und Digitalisierung an.

Die Tatsache, dass Veränderungen immer wieder neue Veränderungen bedürfen, macht deutlich, wie wichtig es ist, dass Rehabilitation nicht stillsteht, sondern wie ein Perpetuum mobile ständig in Bewegung bleibt.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen: Eine explorative Studie in Berlin und Brandenburg

Spyra, K.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Um die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten, bietet die Deutsche Rentenversicherung berufsbegleitende Leistungen zur Prävention (seit Dezember 2016 unter § 14 SGB VI, ehemals unter § 31 SGB VI), die in kooperierenden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden. Das modular aufgebaute, mehrmonatige Präventionsangebot richtet sich an Versicherte mit beruflichen Belastungen und psychosozialen Risikofaktoren, bei denen erste gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten, die jedoch noch keinen Krankheitswert haben. Das zu Grunde liegende Rahmenkonzept beinhaltet eine Initialphase mit einer ausführlichen Anamnese und die Erarbeitung individueller Präventionsziele, ein berufsbegleitendes ambulantes Training in Gruppen von bis zu 15 Teilnehmer/innen und eine Eigenaktivitätsphase. Refresher unterstützen dabei die Umsetzung im Alltag.

Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) stellen 99,3 % aller Unternehmen in Deutschland und beschäftigen 61 % aller sozialversicherungspflichtig Angestellten. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass großer Handlungsbedarf bei der Umsetzung gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen im Allgemeinen (Ramm et al. 2012) und in KMU im Besonderen besteht (Beck und Schnabel 2010; Zelfel et al. 2011).

Vor diesem Hintergrund wurde in der Studie „Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen“ untersucht, welche Faktoren zu einer nachhaltigen Umsetzung des Präventionsangebotes in KMU der Regionen Berlin und Brandenburg beitragen.

Methoden

Die Studie war als qualitatives Forschungsprojekt konzipiert. Es wurden 49 problemzentrierte Interviews mit Arbeitgebern, Arbeitnehmern (aus den Branchen Kita, Gastronomie und Hotellerie), Betriebsärzten, Rehaklinikern sowie Experteninterviews mit Vertretern aus Verbänden und Netzwerken geführt. Dabei wurden die Interviewpartner möglichst kontrastierend ausgewählt (z. B. Region, Unternehmensgröße, KMU mit bzw. ohne etablierte BGM-Prozesse) und über regionale Netzwerke, Internetrecherche und vorhandene Kontakte angefragt. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem Codierverfahren von Glaser und Strauss (1967, 1999) sowie nach der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010).

Ergebnisse

Die befragten Akteure schätzten das Angebot positiv ein, gaben aber aus der jeweiligen Perspektive (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Reha-Einrichtungen, Betriebsärzte, Unternehmensnetz-

werke) verschiedenste Barrieren und Förderfaktoren an. Als größte Herausforderungen wurden im Querschnitt die Themen (1) Information/ Wissen, (2) Erkennen und Ansprechen des Bedarfs sowie (3) tatsächliche Inanspruchnahme bzw. konkrete, längerfristige Umsetzung benannt. Als Barrieren für die Präventionsleistung zeigten sich zu (1) beispielsweise fehlende Bekanntheit von Konzept und Ansprechpartnern der DRV, Irritation über die DRV als Präventionsanbieter (Image: Reha/ Rente) sowie das heterogen verbreitete Verständnis des Begriffs „Prävention". Zu (2) wurde angemerkt, dass gesundheitliche Belange als Privatangelegenheit aufgefasst werden; Ängste bzgl. Stigmatisierung/Kündigung bestünden; Beschäftigungsverhältnisse/ Einstellungen von Arbeitgebern entscheidend für die langfristige Planung von Prävention seien; Indikatoren für das Erkennen von Präventionsbedarf unklar wären; ohne Leidensdruck keine Verhaltensänderung zu erwarten sei und Betriebsärzte für die Bedarfsfeststellung in KMU eher ungeeignet seien. Zu (3) wurde erwähnt, dass u.a. die Antragstellung als zu bürokratisch empfunden werde, die Erreichbarkeit der beteiligten Reha-Einrichtungen sowie die konkrete Organisation der Initial- und Trainingsphase für KMU ausschlaggebend sei.

Adressatengerechte Informationen, klare Ansprechpartner, eine gute Erreichbarkeit der Angebote und die Möglichkeit, bedarfsgerechte und individuelle Lösungen für die Unternehmen bzw. deren Beschäftigten zu finden, sind Aspekte, die zu einer gelungenen Umsetzung der Präventionsleistung beitragen.

Fazit

Das Präventionsprogramm der DRV ist ein Angebot der Verhaltensprävention. Insbesondere Veränderungen des individuellen Verhaltens sind anspruchsvoll umzusetzen. Es gibt eine Vielzahl von Barrieren, die einer Analyse bedürfen. So sind Anpassungen vornehmlich in der Informationsstrategie (Inhalte und Organisation des Angebotes; beteiligte Reha-Einrichtungen etc.) und der Bedarfsfeststellung (über Hausärzte versus Betriebsärzte; Empowerment von Arbeitnehmern) nötig. Bei der Inanspruchnahme ist zu beachten, dass die genannten Hürden (z. B. fehlende Zeit; kein Bedarf) nur teilweise angebotsbezogen sind. Hier ist eine realistische Einschätzung der Einflussmöglichkeiten seitens der DRV gefragt.

Insbesondere KMU kann mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit, mit verlässlichen Ansprechpartnern des Firmenservice und einem optimal vorbereiteten Antragsverfahren der Einstieg in das Programm erleichtert werden. Inwieweit die kooperierenden Reha-Einrichtungen den Wünschen nach verschiedenen Initialphase-Modellen, flexiblen Trainingszeiten oder Inhouse-Angeboten nachkommen können, bleibt offen. Derzeit wäre es wünschenswert, in Brandenburg ein dichteres Netz an teilnehmenden Reha-Einrichtungen zu schaffen.

Offen bleibt auch, wie insbesondere die für Gesundheitsrisiken vulnerablen Arbeitnehmer/innen (z. B. prekäre Beschäftigungssituation, Doppelbelastung durch Arbeit und Familie) erreicht werden können. Das DRV-Programm steht nur rentenversicherungspflichtig Beschäftigten zur Verfügung. Möglicherweise erreicht das Angebot schon von den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen viele Arbeitnehmer/innen in KMU nicht, die beispielsweise „nur" freiwillig rentenversichert sind.

Das Präventionsangebot der DRV wurde von den Interviewpartnern insgesamt positiv eingeschätzt, bedarf jedoch einiger Anpassungen, um insbesondere für KMU attraktiv zu sein. Aktuelle Entwicklungen (z. B. Präventions- und Flexirentengesetz) bieten neue Möglichkeiten

für die Verbreitung von Präventionsmaßnahmen, die sich zudem förderlich auf die Etablierung des Konzeptes auswirken können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Beck, D., Schnabel, P.-E. (2010). Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. Gesundheitswesen 72: 222-227.

Glaser, B., Strauss, A. (1967/ dt. 1999). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.

Ramm, D., Mahnke, C., Tauscher, A., Welti, F., Seider, H., Shafaei, R. (2012). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein-und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung. Die Rehabilitation 51: 10-17.

Zelfel, R. C., Alles, T., Weber, A. (2011). Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen: Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung. Das Gesundheitswesen 73: 515-519.

BGM-innovativ: Trägerübergreifende Kooperation im betrieblichen Gesundheitsmanagement und in der Rehabilitation

Moormann, T. (1), Miede, J. (2)

(1) BKK Dachverband, Berlin,

(2) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

Zielstellung

Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) sind branchenübergreifend ab dem vierten Lebensjahrzehnt der häufigste Grund für krankheitsbedingte Fehlzeiten (Arbeitsunfähigkeit), und die MSE-assoziierten Fehlzeiten nehmen mit zunehmendem Alter deutlich zu. Auch insgesamt sind MSE die mit Abstand größte Fehlzeiten-Ursache. Das gilt für Frauen, bei denen sie im Jahr 2016 zu 23 Prozent der Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (AU) waren, und besonders für Männer, bei denen 27 Prozent der AU-Tage auf das Konto von MSE gingen (Moormann 2017). Die einzelnen Akteure und Träger stehen vor denselben Herausforderungen, Maßnahmen fanden bisher allerdings überwiegend unkoordiniert nebeneinander statt (Jahn et al. 2015).

Diesen Umständen trägt das Projekt BGM-innovativ Rechnung. Dies ist eine vom BKK Dachverband initiierte und koordinierte und vom Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte multizentrische Studie mit einer Laufzeit von April 2017 bis März 2021. BGM-innovativ bietet von MSE betroffenen Beschäftigten eine spezifische Versorgung, die gemeinsam von 15 Betriebskrankenkassen und 10 Rentenversicherungsträgern umgesetzt wird. Zielgruppe sind BKK-versicherte Beschäftigte. Je nach Schweregrad der Erkrankung kommt das Modul A (Frühintervention), das Modul B (arbeitsplatzbezogene Rehabilitation)

oder das Modul C (Jobmatch und Wiedereingliederung) in Betracht. Die möglichst frühe Intervention soll dem Fortschreiten der Erkrankung und der Chronifizierung der Beschwerden entgegenwirken und Gesundheit und Arbeitsfähigkeit langfristig erhalten.

Im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses steht die Frage, welchen Zugewinn an Gesundheit das neue Versorgungsangebot produziert. Dessen besondere, innovative Merkmale sind die enge Betreuung und Lotsenfunktion der Fallmanager der Betriebskrankenkassen, die individualisierte und zugleich standardisierte Versorgung der Betroffenen in Arbeitsplatznähe und die Kooperation der Fallmanager der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung.

Methoden

Die Wirksamkeit des Programms wird in einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) überprüft (summative Evaluation mit quantitativen Methoden). Die Teilnehmer werden nach dem Aufklärungsgespräch per Zufallsverfahren (EDV-Randomisierung) zwei Behandlungsgruppen zugeordnet. Die Interventionsgruppe wird während der gesamten Interventionsphase vom Fallmanager betreut und durch die Versorgung gelotst. Die Kontrollgruppe erhält eine verbesserte Regelversorgung, d. h., zusätzlich zum Versorgungsstandard erhalten sie eine intensive Beratung, Informationsmaterialien und Kontaktadressen. Alle Teilnehmer werden mittels standardisiertem Fragebogen vor und nach der Intervention befragt (Prä-Post-Befragung). Zusätzlich werden die AU-Zeiten ausgewertet.

Um hemmende und fördernde Faktoren der Programm-Implementierung und -Umsetzung zu identifizieren, werden mit Fallmanagern und Betriebsärzten einmal jährlich leitfadengestützte Fokusgruppen und Experteninterviews durchgeführt (formative Evaluation mittels qualitativer Methoden).

Die 15 Betriebskrankenkassen versichern an den 22 teilnehmenden Projektstandorten insgesamt rund 45.000 Beschäftigte. Von diesen sollen 3.000 bis 4.000 Fälle zwischen August 2017 und Februar 2020 durch Fallmanager und Betriebsärzte eingesteuert werden.

Ergebnisse

Die Rekrutierung der Teilnehmer in den verschiedenen Studienzentren bzw. Projektstandorten hat im August 2017 begonnen und verläuft planungsgemäß. Die ersten Ergebnisse werden Ende 2018 vorliegen. Erfahrungen eines Pilot-Projektes (Koch et al. 2012) lassen Verbesserungen bei den primären Outcomes (AU-Tage, Arbeitsfähigkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Schmerzen) erwarten.

Der Mixed-Methods-Ansatz ist gut geeignet, den komplexen Charakter der Intervention im Projekt zu erfassen und zu bewerten und den Umsetzungsprozess bei Bedarf zu optimieren. Kritisch zu sehen ist die verhältnismäßig kurze Beobachtungszeit, die den Vorgaben des Innovationsfonds geschuldet ist.

Fazit

Sollte die Evaluation positive Effekte nachweisen, können die Interventionsmaßnahmen von anderen Trägern und Akteuren übernommen werden.

BGM-innovativ setzt nicht auf neuartige Leistungen oder aufwendige Strukturen, sondern auf konsequente Vernetzung, Kooperation und Kommunikation. Systembrüche an den Schnittstellen zwischen den Sektoren und Trägern sollen so überwunden werden. Fallmanager fungieren als Lotse und erleichtern und beschleunigen den Zugang zur Versorgung.

Aus diesem Grund können die wesentlichen Komponenten und Aspekte von BGM-innovativ – bei nachgewiesenen positiven Effekten – auf weitere Indikationen mit hoher Prävalenz übertragen werden. Ein Beispiel sind die psychischen Erkrankungen, die nicht nur aus betrieblicher Sicht großen Handlungsbedarf auslösen.

Förderer: Innovationsfonds

Interessenkonflikte: Der Co-Autor J. Miede ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Literatur

Moormann T (2017). Arbeitsplatznahes Versorgungsmanagement bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Vortrag. Der Demografiekongress am 01.09.2017. Forum 18: Gesundheitsfördernde Unternehmensorganisation. Berlin.

Jahn R, Pomorin N, Walendzik A, Weegen L, Wasem J (2015). Analyse und Entwicklung von Anreizstrukturen zur nachhaltigen Förderung und Harmonisierung von Aktivitäten der Sozialversicherungsträger zum Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter. Gutachten. (IBES Diskussionsbeitrag 209). Duisburg.

Koch B, Kröger C, Leineweber B, Marquardt B (2012). Kooperation, die Wirkung zeigt – das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. BKK Bundesverband, Essen.

Wie beurteilen Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention die trägerübergreifenden Zusammenarbeit? - Eine qualitative Analyse

Dejonghe, L.A.L. (1), Biallas, B. (1), Froböse, I. (1), Schaller, A. (1, 2)

(1) Deutsche Sporthochschule Köln, (2) IST-Hochschule für Management, Düsseldorf

Zielstellung

Eine zentrale Forderung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) ist der Ausbau der trägerübergreifenden Zusammenarbeit. Mit dem PrävG und den Rahmenempfehlungen auf Bundes- und Landesebene werden zwar grundlegende Ziele und Richtlinien für die trägerübergreifende Zusammenarbeit festgelegt, die spezifische Ausgestaltung liegt jedoch bei den Akteuren. Dafür sind die Beurteilungen und Perspektiven verschiedener Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention bezüglich der trägerübergreifenden Zusammenarbeit von großem Interesse.

Ziel der vorliegenden qualitativen Studie war es, Chancen und Herausforderungen der trägerübergreifenden Zusammenarbeit zu erörtern.

Methoden

Im Rahmen des Forschungsprojekts „AtRisk“ (Schaller et al., 2016) wurden 31 semi-strukturierte Leitfadeninterviews zu verschiedenen Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt. Allen Interviewpartnern/innen (Vertreter/innen von Sozialversicherungsträgern, Betrieben und Rehabilitationseinrichtungen; Arbeitnehmer/innen; Betriebsärzte/innen; Präventionsmanagern/innen) wurden Fragen zur Beurteilung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit gestellt.

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und strukturiert inhaltsanalytisch mithilfe der Software MAXQDA 12 ausgewertet (Kuckartz, 2014).

Ergebnisse

Von 31 Interviewpartner/innen konnten zwölf Partner/innen aus verschiedenen Interessensgruppen die Fragen zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit beantworten; hauptsächlich Vertretern/innen der Sozialversicherungsträger konnten die Fragen beantworten, selten Arbeitnehmern/innen.

Die Interviewpartner/innen nannten größtenteils Chancen einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit. Der am häufigsten genannte Vorteil war die Nutzung von Synergieeffekten bezüglich des Know-hows. Außerdem wurde positiv bewertet, dass anfallende Kosten ressourcenschonend aufgeteilt werden können und somit eine Zunahme an Präventionsprojekten erzielt werden könnte. Weiterhin könnte eine Kooperation die Möglichkeit bieten, Verantwortungen zu verteilen und Abläufe durch mehrere Partner/innen kontrollieren zu lassen. Die Interviewpartner/innen gingen auch davon aus, dass sich auf diese Weise stabile Netzwerke bilden könnten und der Präventionsauftrag besser vorangetrieben werden könne. Besonders geeignet erschien eine trägerübergreifende Kooperation bei großen Projekten und für vulnerable Zielgruppen.

Die größte Herausforderung sahen die Interviewpartner/innen bei der Initiierung der Zusammenarbeit: zum einen müssten neue Strukturen aufgebaut werden und zum anderen müssten verschiedene Interessen zusammengebracht werden; beides würde allerdings viel Zeit in Anspruch nehmen. Außerdem müsste es zu einer einvernehmlichen Klärung von Zuständigkeitsfragen und Arbeitsbereichen kommen. Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) merkten kritisch an, dass die GKVn untereinander konkurrieren und dieser Wettbewerb durch eine trägerübergreifende Zusammenarbeit nur erschwert möglich sei.

Fazit

Aktuell setzten sich insbesondere Vertreter/innen der Sozialversicherungsträger mit der Thematik der trägerübergreifenden Zusammenarbeit auseinander. Dass sich weniger als 40% aller Interviewpartner/innen zu dem Thema geäußert haben, weist dennoch darauf hin, dass der Gedanke der trägerübergreifenden Zusammenarbeit noch nicht flächendeckend in das Bewusstsein der Akteure gelangt ist und es noch keine hohe Priorität einnimmt. Bezüglich der Chancen nannten die Partner/innen größtenteils die Grundidee der Vernetzung und gaben die Ziele der trägerübergreifenden Zusammenarbeit wieder (Kücking, 2016).

Da die genaue Umsetzung der Kooperationen noch nicht klar vorgegeben ist und die Zusammenarbeit oftmals von Konkurrenzgedanken bestimmt wird (Jena & Di Pasquale, 2014),

liegt es nahe, dass die Akteure Bedenken bezüglich der Initiierung haben und es Zeit benötigt bis sich entsprechende Prozesse eingespielt haben (MDS & GKV-Spitzenverband, 2016). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die genannten Bedenken in Bezug auf die trägerübergreifende Zusammenarbeit reduzieren, wenn die Planungsphase abgeschlossen ist.

Um die Initiierung möglicher Kooperationen zu erleichtern, ist es von Bedeutung, die Sichtweisen aller Akteure zu kennen und sich auszutauschen, da es bezüglich der trägerübergreifenden Zusammenarbeit Informations- und Aufklärungsbedarf zu geben scheint.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Literatur

Jena, M., Di Pasquale, V. (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung – die Perspektive der Gewerkschaft. In: Hahnzog, S.: Betriebliche Gesundheitsförderung: Das Praxishandbuch für den Mittelstand. München: Springer Gabler Verlag.

Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Kücking, M. (2016): Präventionsangebote der Krankenkassen - Mehrwert durch Kooperation. DGUV Forum - Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung, 4. 18-19.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2016): Präventionsbericht 2016 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015. Essen, Berlin.

Schaller, A., Dejonghe, L. A. L., Alayli-Goebbels, A., Biallas, B., Froboese, I. (2016): Promoting physical activity and health literacy: study protocol for a longitudinal, mixed methods evaluation of a cross-provider workpklace-related intervention in Germany (The AtRisk study). BMC Public health, 16. 626-635.

Fachkräftemangel und chronische Krankheit – Wie Großbetriebe, Mitarbeiter, Leistungsträger und -erbringer in Rheinland-Pfalz Vernetzung leben

Stapel, M., Weisenburger, R.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer

Zielstellung

In Zeiten des zu weiten Teilen bereits bestehenden Fachkräftemangels verfolgt das partizipative Kooperationsmodell „Stärke durch Vernetzung“ seit mehr als zehn Jahren mit mehr als N=800 Teilnehmern das Ziel, chronisch kranke und von Erwerbsminderung bedrohte Mitarbeiter von Kooperations-unternehmen in Rheinland-Pfalz möglichst frühzeitig und bedarfsgerecht einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zuzuführen, um somit einerseits zum Erhalt der Leistungsfähigkeit der betroffenen Mitarbeiter beizutragen. Andererseits bleiben den Kooperationsunternehmen damit wertvolle und leistungsfähige Fachkräfte im Unternehmen erhalten. Dabei wird das Potential eines Netzwerk zwischen dem Versicherten, seinem Betrieb, den Leistungsträgern Rentenversicherung und Krankenversicherung sowie

den Rehabilitationseinrichtungen genutzt, um die Rehabilitation zielorientiert und arbeitsweltbezogen durchzuführen und die erwerbsbezogene Wieder-/Eingliederung zu fördern. In einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept werden mögliche psychosoziale Einschränkungen berücksichtigt, betriebliches Wissen zur individuellen Arbeitssituation in die Rehabilitationsmaßnahme integriert und nachfolgende Maßnahmen am Arbeitsplatz vorgeplant.

Methoden

Die wissenschaftliche Begleitevaluation ist ihrer Anlage nach eine Beobachtungsstudie und zeigt in einem Eingruppen-Prä-Post-Design und quasiexperimentellen Gruppenvergleichen, welche Veränderungen sich hinsichtlich der Erlebens- und Verhaltensbereiche in Bezug auf die Arbeit ergeben, wie sich durch das Kooperationsmodell indikationsübergreifend Effekte in klinischen Maßen, wie Schmerzen, Lebenszufriedenheit oder auch im psychosozialen Erleben und Verhalten ergeben, aber auch wie sich der Reha-Status im Verlauf einer Rehabilitationsmaßnahme verändert. Darüber hinaus werden quasi-experimentelle Gruppenvergleiche herangezogen, um die Weichenstellungen am Arbeitsplatz im Vergleich zur medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen abzubilden. Darüber hinaus ist die Beobachtung des Unternehmensverbleibs chronisch kranker Mitarbeiter im Unternehmen, zwei Jahre nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme von Bedeutung. Die Schätzung der Ausschöpfungsquote potentieller Teilnehmer lässt eine kritische Auseinandersetzung mit dem Kooperationsmodell zu.

Ergebnisse

Insgesamt wurden seit Bestehen der Kooperation mehr als N=830 chronisch kranke Mitarbeiter in das Kooperationsmodell aufgenommen, von denen N=563 eine Rehabilitationsmaßnahme in Trägerschaft der DRV Rheinland-Pfalz abgeschlossen haben und über die im Folgenden berichtet wird. Etwa die Hälfte der Teilnehmer sind gelernte Fachkräfte, etwa ¼ der Teilnehmer sind angelernte Fachkräfte. Weil es sich bei den Kooperationsunternehmen um Unternehmen der verarbeitenden Industrie handelt, ist es naheliegend, dass mehr als 90 % der Teilnehmer männlich und im Durchschnitt 46 Jahre alt sind. Zudem weisen etwa ¾ aller Teilnehmer zum Zeitpunkt der Antragstellung über einen längeren Zeitraum von mindestens drei Monaten und länger Arbeitsunfähigkeitszeiten auf. Mit einem Anteil von 63,6 % sind Erkrankungen mit orthopädischer Reha-Indikation am häufigsten vertreten, gefolgt von psychosomatischen Erkrankungen mit einem Anteil von 27,9% und Abhängigkeitserkrankungen mit 8,5 %. Die psychosoziale Belastung der Teilnehmer scheint ausgeprägt. Etwa 1/3 aller Teilnehmer weisen eine komorbide psychische Störung auf.

Das regionale Kooperationsmodell scheint erfolgversprechend zu sein. Es werden etwa 63 % der Teilnehmer arbeitsfähig entlassen, mehr als die Hälfte der arbeitsunfähig entlassenen Teilnehmer versuchen zunächst eine stufenweise Rückkehr an ihren Arbeitsplatz. Bei mehr als 94 % wurde eine positive sozialmedizinische Leistungsprognose hinsichtlich der letzten Tätigkeit erstellt. Die Effekte der klinischen Parameter sind in den einzelnen Indikationen deutlich. Auffällig ist, dass sich im Arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten im psychosomatischen Indikationsbereich Veränderungen v. a. in Richtung des „Gesundheitsmusters“ und im orthopädischen Indikationsbereich v. a. in Richtung „Schonung“ ergeben.

Von großer Bedeutung ist der Verbleib der Mitarbeiter im Unternehmen, deren Anteil zwei Jahre nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme bei 86 % liegt.

Kritisch anzumerken bleibt jedoch die geringe Ausschöpfungsquote des Angebots in Anbetracht der Prävalenz der verschiedenen Erkrankungen. So zeigt sich bei psychischen Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen, eine Ausschöpfungsquote von unter 5 %, bei den Abhängigkeitserkrankungen von etwa 10 % und bei somatischen Erkrankungen von etwa 11 %.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung" als ein potentes Kooperationsmodell zwischen der DRV Rheinland-Pfalz und regional ansässigen Großunternehmen zur rechtzeitigen und bedarfsgerechten Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch kranke Versicherte erweist. Nahezu 2/3 der chronisch kranken Mitarbeiter stehen den Unternehmen im Anschluss der Rehabilitation wieder zur Verfügung bzw. nutzen die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung. Die Ergebnisse des Modellprojekts sind vielversprechend. Gemessen an der Prävalenz chronischer Erkrankungen ist das Potential an chronisch kranken Mitarbeitern in den Kooperationsunternehmen jedoch längst nicht ausgeschöpft.

Interessenkonflikte: Die Autoren sind Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Literatur

Stapel, M., Weisenburger, R. (2017). „Stärke durch Vernetzung" – Ein Kooperationsmodell mit Großbetrieben in Rheinland-Pfalz. rvaktuell (in Vorbereitung).

Geht´s auch ohne den Betriebsarzt? Wie erhält die Reha-Einrichtung Wissen über den Arbeitsplatz ihrer Rehabilitanden aus KMU?

Heuer, J.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., Münster

Zielstellung

Umfassende Kenntnisse über den Arbeitsplatz des Rehabilitanden sind eine grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Reintegration ins Arbeitsleben nach medizinischer Rehabilitation, ermöglichen sie doch eine berufsorientierte Ausrichtung der therapeutischen Leistungen im Rehabilitationsprozess und einen Reha-Entlassungsbericht, der präzise zum Arbeitsplatz Stellung nimmt und von Nutzerseite (Betriebsärzte, Reha-Fachberater, weiterbehandelnde Ärzte) direkt für die Wiedereingliederung verwendbar ist. Beide Aspekte sind zudem unabdingbar für die medizinisch-berufliche Orientierung in der Rehabilitation (MBOR). In der Regel sind aber die Arbeitsplatzkenntnisse in den Reha-Kliniken eher gering (Hesse et al. 2008). Die Reintegrationschancen sind dementsprechend zum Nachteil von Rehabilitand und Kostenträger nicht optimal.

Die defizitären Kenntnisse resultieren nicht zuletzt aus einem Mangel an medizinisch verwertbaren Arbeitsplatzkenntnissen, die der Betriebsarzt bereitstellen könnte, es aber realiter oft-

mals aus zwei Gründen nicht kann. 1) Bei Rehabilitanden aus kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), die gut 99 % aller Betriebe ausmachen, ist oft unbekannt, welcher Betriebsarzt zuständig ist (Hesse et al. 2008). 2) Die Betriebsärzte besuchen die KMU aufgrund begrenzter Einsatzzeiten lediglich alle 2-3 Jahre einmal. Die aktuelle Arbeitsplatzsituation des Rehabilitanden ist ihnen daher zumeist unklar (Lüdemann 2007; Heuer 2013).

Ziele

Beide Probleme sollen mit der OpAA-Studie* behoben werden.

- Zentrales Instrument der Studie ist ein detaillierter Fragebogen zum Arbeitsplatz - auszufüllen durch den Rehabilitanden - der in etwa die gleiche Aussagekraft entwickelt wie eine Arbeitsplatzbeschreibung durch den Betriebsarzt. So soll erreicht werden, dass allein seitens des Patienten, und damit unter Umgehung des i. d. R. schwer erreichbaren Betriebsarztes, für alle Rehabilitanden eine verlässliche Arbeitsplatzbeschreibung erstellt werden kann, die dann bereits zu Beginn der Reha-Maßnahme in der behandelnden Klinik vorliegt.
- Die Kontaktdaten des zuständigen Betriebsarztes sollen den Kliniken routinemäßig auch für Rehabilitanden aus KMU bereits bei Reha-Antritt vorliegen. Dazu wurde eine Lösung gefunden.

*Optimierung der Verfügbarkeit und Verwendung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Arbeitsplatzkenntnissen in der medizinischen Rehabilitation

Methoden

Zur Validierung des Fragebogens zum Arbeitsplatz musste als notwendige Bedingung gewährleistet werden, dass die Angaben des Patienten im Fragebogen auf etwa dem gleichen Niveau und mit der gleichen Zuverlässigkeit erfolgen, die durch ein Ausfüllen seitens des Betriebsarztes erzielt werden würde. Die Objektivität der Patientenangaben und damit die Güte des Fragebogens wurden anhand der Übereinstimmung von Patienten- (Mitarbeiter-) und Betriebsarzturteil zu demselben Arbeitsplatz geprüft. Für den Test konnten 15 Betriebe unterschiedlicher Größen und Branchen gewonnen werden. Insgesamt wurden Fragebögen von 34 Mitarbeiter/Betriebsarztpaaren ausgewertet. Die Bewertungskategorien „Arbeitshaltung“, „Bewegungen“, „Hand- und Armeinsatz“, „Heben und Tragen“, „Schieben und Ziehen“ wurden anhand einer 4-stufigen Skala abgefragt. Unter Annahme der Intervallskalierung wurde für 32 Merkmale der Intraklassen-Korrelationskoeffizient ICCunjust berechnet, ein Reliabilitätsmaß für die beiden Beurteilergruppen, das Werte zwischen 0 (keine Reliabilität) und 1 (höchste Reliabilität) annehmen kann. Als weiteres Gütekriterium wurde die strengere Prozentuale Übereinstimmung (PÜ) berechnet. Die PÜ drückt die Anteile der absoluten Übereinstimmung der beiden Beurteilergruppen Mitarbeiter und Betriebsärzte aus. Die Kategorien Gleichgewicht/Reaktion, Sinnesorgane, Umgebungseinflüsse, Fahren von Kraftfahrzeugen, Sonstige Anforderungen und Arbeitssystem sind nominalskaliert und wurden kreuztabuliert. Berechnet wurde die PÜ, also die absolute Übereinstimmung zwischen den Beurteilergruppen. Getestet wurde mittels Pearson´s Chi-Quadrat-Test.

Ergebnisse

Die Übereinstimmung von Mitarbeiter- und Betriebsarzturteil war in der Regel hoch bis sehr hoch. Das Reliabilitätsmaß ICC ist in 23 Fällen auf .005-Niveau hochsignifikant, in 6 Fällen

auf .05-Niveau signifikant und wird lediglich in drei Kategorien nicht signifikant. Die PÜ-Werte fallen für die meisten Items hoch bis sehr hoch aus. Das ist besonders hoch einzuschätzen als hier die absolute Übereinstimmung bei 4 Antwortmöglichkeiten berechnet wird.

Es stellte sich zudem heraus, dass Mitarbeiter in einigen Kategorien (Hilfsmittel, psychische Belastungen) besser in der Lage sind, ihren Arbeitsplatz zu beurteilen als die Betriebsärzte. Zur Überprüfung der Verständlichkeit und Eindeutigkeit des Fragebogens zum Arbeitsplatz wurden bis zur Sättigung des Informationsflusses 6 Mitarbeiter-Interviews geführt und 32 Mitarbeiter-Fragebögen erhoben. Die Mitarbeiter zeigten keinerlei Verständnisprobleme. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit lag bei ca. 20 Minuten. Vorgeschlagene Modifikationen seitens der Mitarbeiter und der Betriebsärzte wurden umgesetzt.

Die parallel laufende Befragung von 40 zufällig ausgewählten Betriebsärzten zum Reha-Entlassungsbericht zeigte, dass - ganz im Sinne der OpAA-Studie - ein hoher Bedarf besteht, mehr Arbeitsplatzkenntnisse in die medizinische Rehabilitation zu transferieren.

Zurzeit werden die Erhebungsinstrumente in Rehabilitationseinrichtungen auf ihre Praktikabilität getestet und klinikbezogen und diagnosespezifisch modifiziert.

Fazit

Mit dem OpAA -Fragebogen zum Arbeitsplatz ist ein Instrument entstanden, das valide Patientenangaben zum Arbeitsplatz liefern kann und bereits vor Reha-Beginn in den Einrichtungen vorliegen soll. Nach der Überprüfung der Einsetzbarkeit im klinischen Alltag, der diagnosespezifischen Präzisierung und der klinikbezogenen Individualisierung sollten die Kliniken in die Lage versetzt sein, näher am Arbeitsplatz zu therapieren und einen E-Bericht zu erstellen, der - wo erforderlich - klare und operationalisierbare sozialmedizinische Empfehlungen bspw. für die Werks- und Betriebsärzte sowie die Reha-Fachberater bereitstellt. Damit können verbesserte Chancen auf Wiedereingliederung und Erhalt des Arbeitsplatzes nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erwartet werden. Darüber hinaus wurde im Zuge der Studie eine Methode entwickelt, die es den Reha-Einrichtungen ermöglich, routinemäßig die Kontaktdaten des zuständigen Betriebsarztes zu erfassen, ein für Beschäftigte aus KMU bislang ungelöstes Problem.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. (VFR), Norderney

Literatur

Hesse, B., Heuer, J., & Gebauer, E. (2008). Rehabilitation aus Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung, Kooperationsmöglichkeiten - Ergebnisse aus der KoRB-Studie. Rehabilitation, 47, S. 324-333.

Heuer, J. (2013). Reha muss passen! Schnittstellenproblematik zwischen Reha-Medizin und Arbeitmedizin bei kleinen und mittleren Betrieben. Ergebnisse aus den KoRB-Studien. In Hofmann, Reschauer, & Stößel, Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Freiburg im Breisgau: Edition ffas, S. 64-72.

Lüdemann, A. (2007). Kommunikation und Kommunikationsstrukturen zwischen Betriebsarzt und Rehabilitationsklinik. Lübeck: Dissertation.

Langzeit- und Teilhabeorientierte Behandlung durch niedergelassene Ärzte

Linden, M.

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Psychische Erkrankungen nehmen zu einem wesentlichen Teil einen Langzeitverlauf, was dann auch regelhaft mit Teilhabeeinschränkungen verbunden ist. Die Behandlung der Erkrankung wie vor allem auch Maßnahmen zum Erhalt der sozialen und beruflichen Teilhabe bedürfen daher inhaltlich und organisatorisch einer Langzeitperspektive. Dies ist ohne Mitwirkung der Hausärzte nicht machbar. Niedergelassene Vertragsärzte sind zudem auch fachlich und juristisch diejenigen, die eine Arbeitsunfähigkeit attestieren können und ggfls. Zusatztherapien veranlassen können, sei es eine Richtlinienpsychotherapie oder einen Antrag auf eine stationäre Rehamaßnahme.

Untersucht wurde, wie solche Patienten längsschnittlich in Hausarztpraxen betreut werden und speziell, welche rehabilitationsorientierten Interventionen zur Anwendung kommen.

Methoden

In 40 Hausarztpraxen wurde zunächst eine Screeningerhebung durchgeführt und Patienten mit langzeitigen psychischen Störungen erfasst. Bei 307 wurde von einem Projektarzt eine standardisierte Diagnostik und Erhebung der bisherigen Therapie durchgeführt, mit Prüfung von Interventionsreserven.

Ergebnisse

29,7 % der 18-bis 60-jährigen Hausarztpatienten litten unter chronischen psychischen Beschwerden mit relevanten Teilhabestörungen (47 % Depression, 32 % Anpassungsstörung, 25 % Agoraphobie, 19 % Panikstörung, 8 % Abhängigkeitserkrankung). 77.2 % der Patienten waren länger als ein Jahr bei ihrem Hausarzt in Behandlung, 28.8 % waren arbeitsunfähig.

Es wurde vom Hausarzt selbst ein breites Spektrum an diagnostischen, somato- und psychotherapeutischen Interventionen durchgeführt. 73,9 % der Patienten waren in Richtlinienpsychotherapie, 57 % in fachpsychiatrischer Behandlung und 41,1 % in stationärer Reha. Die Hausärzte nahmen regelmäßig auch sozialmedizinische Aufgaben wahr und unterstützten Patienten bei der Alltagsbewältigung.

Vom Projektarzt wurden nur begrenzte zusätzliche Interventionsreserven gesehen, wie die Initiierung von Freizeitaktivitäten (42,0 %) oder eine nochmalige Richtlinienpsychotherapie (37,5 %) oder Rehamaßnahme (15,3 %).

Fazit

Chronische psychische Erkrankungen mit Teilhabeeinschränkungen stellen einen großen Anteil an den Patienten in der Hausarztpraxis dar und bedürfen im Sinne des SGB IX bzw. SGB V einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen bzw. rehamedizinischen Langzeitbetreuung. Hausärzte schöpfen die vorhandenen Therapieoptionen weitgehend aus.

Literatur

Linden, M., Muschalla, B., Kessler, U., Schwantes, U., Gensichen, J. (2016). Behandlungsoptionen und Behandlungsreserven in der hausärztlichen Betreuung psychisch Kranker. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 92, 121-127.

Analyse kleiner und mittlerer Unternehmen (KMU) hinsichtlich der Präventionsreife und des Umsetzungsgrades gesundheitsfördernder Maßnahmen

Biallas, B. (1), Schäfer, D. (1), Dejonghe, L.A.L. (1), Petrowski, K. (2), Froböse, I. (1), Wilke, C. (1)

(1) Deutsche Sporthochschule Köln, (2) Universität Witten/Herdecke

Zielstellung

Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, veränderter Arbeitsbedingungen und den lebensstilbedingten Zivilisationskrankheiten zunehmend an Bedeutung. Um möglichst viele Menschen zu erreichen, werden diese in ihren Lebenswelten angesprochen, wobei das Setting „Betrieb“ einen wichtigen Stellenwert einnimmt, da hier ein Großteil der Zeit verbracht wird (Hutchinson & Wilson, 2012). Eine zunehmende Anzahl an großen Unternehmen hat die Relevanz der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) bereits erkannt und integriert gesundheitsfördernde Maßnahmen. Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) hingegen reagieren diesbezüglich zurückhaltender (Bechmann et al., 2011). Vor diesem Hintergrund befasst sich die vorliegende Studie mit der Analyse der KMU hinsichtlich des Umsetzgrades gesundheitsfördernder Maßnahmen und ihrer Präventionsreife, welche den Grad des Willens (Präventionswille) und die Fähigkeit eines sozialen Systems (Präventionsinfrastruktur) widerspiegelt Prävention systematisch und dauerhaft zu betreiben.

Methoden

Für diese Zielerreichung wurden 90 KMU der Unternehmensgröße 1 - 499 Mitarbeiter eines Technologie Parks in NRW im Rahmen einer Querschnittstudie hinsichtlich der Präventionsreife bestehend aus Präventionswillen und -infrastruktur (Jung et al., 2011), den Bedürfnissen und Haltungen der Unternehmen zu BGF sowie deren Möglichkeiten und Grenzen in Bezug auf die Umsetzung von BGF befragt (40 % Rücklaufquote). Die Studienergebnisse wurden mittels deskriptiver und analytischer Statistik in SPSS 22 und EXCEL ausgewertet.

Ergebnisse

Die Beurteilung der Präventionsreife der untersuchten KMU erfolgt durch die Einteilung in vier Präventionsreifestufen (Jung et al., 2011).

Tab. 1: Einteilung in vier Präventionsreifestufen

		Präventionsinfrastruktur	
		Vorhanden	Nicht vorhanden
Präventionswille	Vorhanden	Grad der Präventionsreife **hoch (13 KMU)** Präventionsstufe A	Grad der Präventionsreife **mittel (3 KMU)** Präventionsstufe B
	Nicht vorhanden	Grad der Präventionsreife **mittel (2 KMU)** Präventionsstufe C	Grad der Präventionsreife **gering (18 KMU)** Präventionsstufe D

Anhand der Auswertung der Fragebögen zeigte sich, dass die Hälfte der Unternehmen bereits Maßnahmen zur BGF durchgeführt hat. Die BGF-Merkmale untergliedern sich u.a. in Unternehmensgröße und Informationsstand. Zwischen dem Präventionswillen und der Unternehmensgröße gibt es einen geringen positiven Zusammenhang, welcher sich als signifikant erweist ($r = .355$, $p = .034$). In Bezug auf die Präventionsinfrastruktur korreliert die Unternehmensgröße signifikant positiv ($r = .363$, $p = .030$). Zwischen dem Präventionswillen und dem Wissensstand zu Themen und Inhalte der BGF besteht ein mittelstarker negativer Zusammenhang, welcher sich als höchst signifikant erweist ($r = -.576$, $p = .000$). Ebenfalls zeigt sich ein mittlerer Zusammenhang zwischen dem Präventionswillen und dem Informationsstand zu Methoden und Ablauf ($r = -.577$, $p = .000$) sowie zu Nutzen und Wirkung ($r = -.671$, $p = .000$) der BGF. Auffällig ist eine höchst signifikante, hohe negative Korrelation zwischen dem Präventionswillen und dem Wissensstand über Anbieter und Anlaufstellen ($r = -.701$, $p = .000$) für gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Fazit

Die vorliegende Studie gewährt einen umfassenden Überblick zu den Themen BGF und Präventionsreife in KMU und ermöglicht Rückschlüsse auf zu Grunde liegende Einstellungen, Bedürfnisse und Möglichkeiten. Die Beurteilung der Unternehmen hinsichtlich der Präventionsreife zeigt deutlich, dass die Unternehmen entweder präventionsreif (Stufe A) oder gering präventionsreif (Stufe D) sind. Mit zunehmender Anzahl an Mitarbeitern steigt sowohl Präventionsinfrastruktur als auch Präventionswille. Dabei zeigt sich vor allem der Präventionswille auf Führungsebene als wesentliche Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche BGF (Singer & Neumann, 2010). In den befragten KMU, die bisher noch keine BGF implementiert haben, scheint die Wichtigkeit und Relevanz der BGF noch nicht vorhanden zu sein (Bechmann et al., 2011). Demnach ist weitere Aufklärungsarbeit notwendig. Die verringerte Umsetzung von BGF-Maßnahmen in KMU lässt sich durch ein geringeres Engagement, strukturelle Unterschiede sowie einen deutlichen Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen begründen. Eine Möglichkeit diese Hindernisse zu überwinden, besteht in dem Zusammenschluss von Betrieben zu KMU-Netzwerken. Diese ermöglichen einen Informations- und Erfahrungsaustausch und die Realisierung gemeinsamer Synergieeffekte. Der Mangel an Ressourcen könnte so überwunden und entsprechende Maßnahmen zusammen erarbeitet werden. Damit gelingt die Entwicklung umfassender Lösungen bei vergleichsweise geringem personellem und zeitlichem Aufwand der einzelnen Betriebe (DNBGF, 2011).

Aufgrund ihrer wirtschaftlichen und auch gesundheitspolitischen Bedeutung sind KMU eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der BGF. Umso mehr gilt es, die spezifischen Probleme bei der Einführung und nachhaltigen Implementierung von BGF zu berücksichtigen und bestehende Potentiale und Ressourcen vermehrt zu nutzen. Dies gelingt beispielsweise durch den Zusammenschluss einzelner Betriebe zu KMU-Netzwerken. Aufgrund ihrer wirtschaftlichen und auch gesundheitspolitischen Bedeutung sind KMU eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der BGF. Umso mehr gilt es, die spezifischen Probleme bei der Einführung und nachhaltigen Implementierung von BGF zu berücksichtigen und bestehende Potentiale und Ressourcen vermehrt zu nutzen. Dies gelingt beispielsweise durch den Zusammenschluss einzelner Betriebe zu KMU-Netzwerken.

Literatur

Bechmann, S., Jaeckle, R., Lück, P., Herdegen, R. (2011). Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM): Umfrage und Empfehlungen. iga-Report 20.

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) (Hrsg.) (2011). Wirtschaftlich erfolgreich durch gute Arbeit. Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU-Netzwerken. Verfügbar unter http://www.gesundheitsbewusster-betrieb.de/pdf/Wirtschaftlich_erfolgreich_durch_gute_Arbeit.pdf [22.10.2017].

Hutchinson, A.D. & Wilson, C. (2012). Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. Health Promotion International, 27 (2), 238-249.

Jung, J., Nitzsche, A., Neumann, M., Wirtz, M., Kowalski, C., Wasem, J., Stieler-Lorenz, B., Pfaff, H. (2010). The worksite health promotion capacity instrument (WHPCI): development, validation and approaches for determining companies´ levels of health promotion capacity. BMC Public Health, 10, 550.

Singer, S., Neumann, A. (2010). Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. In A.S. Esslinger, M. Emmert & O. Schoeffski (Hrsg.). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg (S. 49-66). Wiesbaden: Gabler.

Wirkeffekte eines implementierten Betriebssportprogrammes auf das Betriebsklima, die Unternehmensidentifikation und das subjektive Wohlbefinden

Pieter, A. (1), Ben-Rajeh, I. (2), Zart, S. (2), Emrich, E. (3), Fröhlich, M. (2)

(1) Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement, Berlin,
(2) Technische Universität Kaiserslautern, (3) Universität des Saarlandes, Saarbrücken

Zielstellung

Betriebliche oder betrieblich organisierte Gesundheitsförderung wurde in den letzten Jahren stark ausgeweitet. In 2015 wurden 1.302.383 Beschäftigte direkt und weitere 440.321 indirekt durch betriebliche Gesundheitsmaßnahmen erreicht (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2016, S. 52) und zwar mit Kursangeboten schwerpunktmäßig in den Bereichen Bewegungsförderung, Stressbewältigung und Ernährung. Die kommunizierten und intendierten Ziele des Betriebssports als Teil der Gesundheitsförderung im Betrieb sind ein verbesserter Gesundheitszustand, eine erhöhte Leistungsfähigkeit, die Förderung sozialer Kontakte, eine Zunahme abteilungsinterner und abteilungsübergreifender Kommunikation und des Wir-Gefühls, die Steigerung psychischen und physischen Wohlbefindens und ein höheres Commitment mit dem Unternehmen (Dömling, Heinze & Daumann, 2016).

Die empirische Faktenlage zu den postulierten Wirkeffekten ist jedoch sehr uneinheitlich (Dömling et al., 2016) und in weiten Teilen wenig durch empirische Evidenz gestützt (Emrich, Pieter & Fröhlich, 2016; Pieter, Fröhlich & Emrich, 2014). Daher sollte im Rahmen einer quasiexperimentellen Studie untersucht werden, inwieweit sich ein zehnwöchiges Betriebssportprogramm auf die Unternehmensidentifikation, das Betriebsklima und das subjektive Wohlbefinden auswirkt.

Methoden

An der quasiexperimentellen Studie nahmen insgesamt 39 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Unternehmens zur Herstellung und Vertrieb von Servicemanagement-Software teil (49% der Belegschaft mit vornehmlich sitzender Tätigkeit). Die Teilnahme erfolgte freiwillig und die Zuteilung zur Interventions- [N=19] bzw. Kontrollgruppe [N=20] durch Selbstselektion. Vor der Intervention wurde in einem Pretest [t1] mittels standardisierter schriftlicher Befragung die Gesamtunternehmensidentifikation, die Leistung der Firma für die Mitarbeiter, die Arbeitszufriedenheit und Unternehmensidentifikation, das Betriebsklima (in den Dimensionen gesamt, allgemein und Kollegen) sowie das subjektive Wohlbefinden (mittels validierter Fragebögen) erfragt. Nach dem Pretest nahm die Interventionsgruppe über einen Zeitraum von zehn Wochen an einem 15-minütigen Betriebssportangebot (3-mal pro Woche) mit klassischen Inhalten zur Mobilisierung, Kräftigung und Entspannung teil. Der Betriebssport wurde standardisiert vormittags, nach Absprache mit dem Geschäftsführer, durchgeführt. Zu t1 lagen keine Unterschiede im Hinblick auf Altersverteilung, sportliche Aktivität in der Freizeit bzw. keine sportliche Aktivität zwischen den Gruppierungen vor. Zur statistischen Berechnung wurden je nach Fragestellung univariate bzw. multivariate Varianzanalysen durchgeführt. Die

jeweiligen Voraussetzungsprüfungen wurden mit den standardisierten Verfahren (Normalverteilungsprüfung, Varianzhomogenität) berechnet.

Ergebnisse

Zwischen den Nutzern (Interventionsgruppe Betriebssport) und Nicht-Nutzern (Kontrollgruppe ohne Betriebssport) konnte weder für die Unternehmensidentifikation gesamt, Leistungen der Firma für die Mitarbeiter, Arbeitszufriedenheit und Unternehmensidentifikation ein signifikanter Haupteffekt Gruppe, Haupteffekt Messzeitpunkt noch ein Interaktionseffekt von Gruppe mal Messzeitpunkt gefunden werden (alle $p>0.19$). Bezüglich der Einschätzung des Betriebsklimas (Dimensionen gesamt, allgemein und Kollegen) konnte ebenfalls kein signifikanter Gruppenunterschied, Vorher-Nachher Messung und Interaktion festgestellt werden (alle $p>0.16$). Last but not least wurde auch die Hypothese zurückgewiesen, dass es einen Unterschied im Wohlbefinden zwischen den Nutzern und Nicht-Nutzern einer Betriebssportintervention gibt (alle $p>0.70$).

Fazit

Dem Review von Dömling et al. (2016, S. 6) folgend werden dem Betriebssport zahlreiche positive Wirkeffekte sowohl auf Arbeitgeber- als auch auf Arbeitnehmerseite zugesprochen. Nach Auswertung der Studie kann dies nicht bestätigt werden, es kommt sogar zu gegenläufigen Befunden in einzelnen Dimensionen. In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass ein zehnwöchiges Betriebssportprogramm (3-mal pro Woche 15 Minuten) zu keiner signifikanten Verbesserung der Identifikation mit dem Unternehmen, dem Betriebsklima und dem subjektiven Wohlbefinden führt (Emrich et al., 2016). Zu beachten ist, dass im Pretest die Ausgangswerte von Interventions- und Kontrollgruppe bereits hohe Werte zeigten und somit Deckeneffekte nicht auszuschließen sind. Andererseits handelte es sich bei den Nutzern des Betriebssportangebots um Selbstselektion, was ebenfalls für die Interpretation berücksichtigt werden sollte. Eine wesentliche Limitation der Studie liegt in der fehlenden Kontrolle sozialer Erwünschtheit bei der Beantwortung des Fragebogens. Eine Adjustierung durch Mittlungen der Werte der für die Frage nach eingeschätzten Wirkungen bei anderen und nach wahrgenommenen Wirkungen bei sich selbst, könnte weitere Erkenntnisse bringen. Zudem ist möglicherweise der Treatmentzeitraum unzureichend kurz. Ein längerer Zeitraum könnte über verbesserte Fitness vielleicht einen positiven Spillover-Effekt für die Bewertung der einzelnen Dimensionen haben, möglicherweise aber auch aufgrund von Enttäuschung über den Effekt eigener Anstrengungen einen negativen Spillover-Effekt.

Literatur

Dömling, P., Heinze, R., Daumann, F. (2016): Wirkungen des Betriebssports - ein systematischer Review. Sciamus - Sport und Management, 7 (3), 1-12.

Emrich, E., Pieter, A., Fröhlich, M. (2016): Betriebssport als Element der Unternehmenskultur – Zwischen theoretischem Anspruch und empirischer Wirklichkeit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2016: Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer. 149-156.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2016): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015. Berlin: BBGK Berliner Botschaft. Gesellschaft für Kommunikation mbH.

Pieter, A., Fröhlich, M., Emrich, E. (2014): Aktiv - motiviert - leistungsstark? - Empirische Überprüfung der Wirkung eines Betriebssportangebotes. Sciamus - Sport und Management, 5 (1), 1-17.

Diabetes-Selbstmanagement am Arbeitsplatz: eine qualitative Studie

Loerbroks, A. (1), Nguyen, X.Q. (1), Vu-Eickmann, P. (1), Krichbaum, M. (2), Kulzer, B. (2), Icks, A. (1), Angerer, P. (1)

(1) Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf,
(2) Diabetes Zentrum Mergentheim

Zielstellung

Das Krankheitsselbstmanagement von Diabetes stellt hohe Anforderungen an die Adhärenz und das Organisationstalent der Betroffenen. Bei berufstätigen Personen mit Diabetes könnte adäquates Krankheitsselbstmanagement insbesondere durch Anforderungen am Arbeitsplatz beeinträchtigt werden. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die Möglichkeiten des Diabetes-Selbstmanagements am Arbeitsplatz zu explorieren.

Methoden

Der Kontakt zu berufstätigen Personen mit Typ-1 oder Typ-2-Diabetes wurde über die Diabetes Klinik Bad Mergentheim, Hausarztpraxen, Diabetologen, Betriebsärzte und Selbsthilfegruppen hergestellt. Im Rahmen der Rekrutierung wurde eine minimale Teilnehmerzahl von fünf Personen jeden Geschlechts und jedes Diabetes-Typs (d.h. Typ-1 und Typ-2) angestrebt. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter qualitativer Einzelinterviews („face-to-face“ oder per Telefon) und mittels eines kurzen begleitenden standardisierten Fragebogens. Die qualitativen Einzelinterviews wurden transkribiert und mittels MAXQDA inhaltsanalytisch durch drei Mitglieder des Studienteams ausgewertet. Die Datenerhebung wurde fortgeführt bis sich eine theoretische Sättigung abzeichnete.

Ergebnisse

Es wurden 30 Interviews durchgeführt. Das mittlere Alter der Teilnehmer/innen betrug 45 Jahre [Streuung= 24-64], 17 (57 %) Personen waren weiblich und 19 (63 %) hatten Typ-1-Diabetes. Die Auswertungen zeigten, dass die Durchführung von diabetesbezogenen Selbstmanagement-Tätigkeiten (insbesondere Injektionen, aber auch Arztbesuche) u.a. erschwert wird durch ein hohes Arbeitspensum, eine geringe Kontrolle über Arbeitsabläufe (z. B. Fließbandarbeit) und schlechte hygienische Bedingungen für Injektionen. Viele Teilnehmer/innen berichteten, dass sie arbeitsbezogenen Aufgaben im Vergleich zu Selbstmanagement-Tätigkeiten die Priorität einräumen. Folglich wurde z. B. der Blutzucker bewusst höher eingestellt, um die Leistungsfähigkeit zu optimieren und mögliche Hypoglykämien zu vermeiden. Die Teilnehmer/innen verwiesen wiederholt auf den großen Nutzen kürzlich entwickelter technischer Hilfsmittel für den Arbeitsalltag (d.h. ein Produkt, das die Glukosebestimmung sensorgestützt ermöglicht).

Fazit

Unsere Daten legen nahe, dass verschiedenste Arbeitsbedingungen und -abläufe die Durchführung diabetesbezogener Selbstmanagement-Tätigkeiten am Arbeitsplatz erschweren. Die Ergebnisse dieses Vorhabens können zur Entwicklung bzw. Optimierung rehabilitativer und betrieblicher Interventionen beitragen, mit dem Ziel, die Möglichkeiten des Diabetes-Selbstmanagements am Arbeitsplatz zu fördern und ggf. das Risiko nachgelagerter Outcomes (z. B. schlechte Diabeteskontrolle, Komplikationen, eingeschränkte Arbeitsfähigkeit) zu reduzieren.

Literatur

Balfe M, Brugha R, Smith D, Sreenan S, Doyle F, Conroy R. Why do young adults with Type 1 diabetes find it difficult to manage diabetes in the workplace? Health Place 2014;26:180-187.

Bose J. Promoting successful diabetes management in the workplace. International Journal of Workplace Health Management 2013;6:205-226.

Ruston A, Smith A, Fernando B. Diabetes in the workplace - diabetic's perceptions and experiences of managing their disease at work: a qualitative study. BMC Public Health 2013;13:386.

Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit beim Ausbau eines inklusiven Arbeitsmarktes

Schimank, C.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund

Am 26.03.2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) für Deutschland in Kraft getreten. Mit der Ratifizierung dieses völkerrechtlichen Vertrages hat sich die Bundesrepublik zur Umsetzung und zum Ausbau eines inklusiven Arbeitsmarktes verpflichtet. Damit verbunden ist der Auftrag, Sonderarbeitswelten zu reduzieren und Bedingungen zu schaffen, unter denen Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit allen anderen und ohne Diskriminierung am Arbeitsleben teilhaben können (vgl. Art. 27 UN-BRK) (Trenk-Hinterberger, 2012).

Hierfür braucht es individuell angepasste und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote, angefangen bei der Schulbildung und am Übergang von der Schule zum Beruf sowie auch im späteren Erwerbsleben. Gefragt sind insbesondere die Sozialleistungsträger, die bereits heute ein breites Spektrum an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auch im Bereich der (beruflichen) Bildung bereitstellen.

Eine Fortentwicklung der Teilhabechancen soll das am 29.12.2016 im Bundesgesetzblatt verkündete Bundesteilhabegesetz (BTHG) bringen (Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016). Mit diesem wird u.a. das zuvor in Modellprojekten erprobte Budget für Arbeit (ab 2018: § 61 SGB IX n.F.) als neue Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeführt. Zudem wird ein neuer Leistungstatbestand „Leistungen zur Teilhabe an Bildung“ geschaffen (ab 2018: § 75 SGB IX n.F. sowie ab 2020 im neuen Eingliederungshilferecht: § 112 SGB IX n.F.).

Eine besondere Rolle bei der Umsetzung inklusiver Teilhabemöglichkeiten am Arbeitsmarkt kommt den Agenturen für Arbeit sowie den sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit als Träger der Leistungen nach dem SGB III zu. Als Institution der öffentlichen Arbeitsverwaltung verfügen sie über umfassendes Wissen zur Lage am Arbeitsmarkt und können ein zentraler Schlüssel bei der Umsetzung von Teilhabechancen sein.

Dass dies noch nicht flächendeckend gelingt, zeigt eine neue Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Brussig/Frings/Kirsch, 2017). Die VerfasserInnen fanden heraus, dass obwohl die aktive Arbeitsförderung insgesamt den Ausgleich von Benachteiligungen beim Zugang zum Arbeitsmarkt zum Ziel hat und es bereits gute Konzepte gibt, dennoch weiterhin erhebliche Diskriminierungsrisiken bestehen. Diese seien sowohl durch gesetzliche Regelungen als auch durch praktisches Verwaltungshandeln bedingt. Zu den von

den VerfasserInnen herausgearbeiteten Risiken zählen u. a. Schnittstellenprobleme durch komplizierte Zuständigkeiten (Brussig/Frings/Kirsch, 2017, S. 280 ff.).

Diskussionsfragen und Vorgehen

Die aktuellen Diskussionen um das Bundesteilhabegesetz sowie neuere Rechtsprechung zeigen, dass es nach wie vor Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeit der BA für bestimmte Leistungen gibt und Kritik an bestehenden bzw. neuen Regelungen geübt wird (Bieritz-Harder, 2017 sowie Nebe/Schimank, 2017).

Im Vortrag soll die Rolle der BA für die inklusive Teilhabe am Arbeitsleben aus juristischer Perspektive anhand von zwei Fragestellungen betrachtet werden:

1. Ist die BA für Unterstützungsleistungen im hochschulischen Bereich zuständig?
2. Kann die BA zur Finanzierung eines Budgets für Arbeit herangezogen werden kann?

Zur Beantwortung der Frage erfolgt eine Auseinandersetzung mit den aktuellen Gesetzesmaterialien zum BTHG in Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Bildung. Darüber hinaus wird aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Verantwortung der BA im hochschulischen Bereich (BSG v. 20.04.2016 – B 8 SO 20/14 R sowie BSG v. 24.2.2016 – B 8 SO 18/14 R) aufgegriffen. Die Analyse und Beurteilung erfolgt dabei unter dem Blickwinkel europa- und völkerrechtlicher Vorgaben.

Ergebnisse

Die Auswertung der benannten Materialien wird zeigen, dass die Verantwortung der BA über bisherige Annahmen hinausgeht. So besteht laut höchstrichterlicher Rechtsprechung eine Leistungsverpflichtung der BA für den hochschulischen Bereich. Eine Abkehr von dieser Rechtsprechung durch die Regelungen im BTHG ist nicht erwartbar.

Fazit

Kommt die Bundesagentur für Arbeit ihren gesetzlichen Verpflichtungen nach, kann sie eine Schlüsselrolle beim Ausbau eines inklusiven Arbeitsmarktes einnehmen.

Literatur

Bieritz-Harder (2017), Der Weg zum Beruf zwischen „Teilhabe an Bildung“ und „Teilhabe am Arbeitsleben“, in: SGb 09,17, S. 491-498.

Brussig/Frings/Kirsch (2017), Diskriminierungsrisiken in der öffentlichen Arbeitsvermittlung, abrufbar unter http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Diskriminierungserfahrungen_oeffentliche_Arbeitsvermittlung.html?nn=6575434.

Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016.

Nebe, Schimank (2017), Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit bei der Hochschulbildung, Anmerkung zu BSG v. 24.02.2016, Az.: B 8 SO/14 R sowie zu BSG v. 20.04.2016, Az.: B 8 SO 20/14 R, in: RP-Reha 1/2017 zum Schwerpunkt Studieren mit Behinderung oder chronischer Erkrankung, S. 16-22.

Trenk-Hinterberger (2012), Artikel 27 - Arbeit und Beschäftigung, in: Welke, A. (Hrsg.), UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, S. 190-202.

Behinderungsgerechte Arbeit - auch im Homeoffice!

Kohte, W.
Halle/Saale

Zielstellung

Mit der Digitalisierung der Arbeitswelt kommen auch die Konzepte der behinderungsgerechten Arbeit in Bewegung. Aktuell wird diskutiert, ob und wie behinderungsgerechte Arbeit auch im Homeoffice geleistet werden kann (Düwell/Beyer, 2017, S.163).

Methoden

Diese Perspektive ist vor allem durch Auswertung von Gerichtsentscheidungen und juristischen Texten zu überprüfen.

Ergebnisse

Arbeitnehmer führen zunehmend ihre betrieblichen Arbeitsaufgabe nicht mehr allein in der betrieblichen Arbeitsstätte, sondern auch in der eigenen Wohnung oder wohnungsnah aus. Diese „Telearbeit“ wird in der Regel in einem regulären Arbeitsverhältnis geleistet, so dass sie nicht dem Heimarbeitsgesetz zugeordnet wird, das nur für arbeitnehmerähnliche Personen gilt (Wank 1999, 225, 232). Nicht selten findet diese Telearbeit in alternierender Form statt; die Beschäftigten wechseln zwischen einer Arbeit in der Betriebsstätte und im Homeoffice. In einem aktuellen Verfahren vor dem LAG Niedersachsen (11.1.2017 – 13 TaBV 109/15) wurde festgestellt, dass in einem Betrieb mit fast 100 Beschäftigten mehr als die Hälfte regelmäßig im Homeoffice arbeiteten.

Nachdem erste Schutzstandards 2002 in einer europäischen Sozialpartnervereinbarung formuliert worden sind, ist eine wichtige Regulierung 2016 im Arbeitsstättenrecht erfolgt. In § 2 Abs.7 ArbStättV 2016 wird Telearbeit definiert und im Grundsatz den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsschutzrechts zugeordnet. Es handelt sich um Bildschirmarbeitsplätze im Privatbereich der Beschäftigten, für die die Beteiligten eine wöchentliche Arbeitszeit vereinbaren. Der Arbeitgeber ist für die arbeitsschutzgerechte Gestaltung der Hard- und Software verantwortlich (Faber/Feldhoff 2017, Rn 179 ff); damit dokumentiert diese Norm, dass das Homeoffice eine reguläre Beschäftigungsform ist, für die zentrale Schutzstandards gelten.

Zu diesen Schutzstandards gehört auch die Pflicht zur behinderungsgerechten Beschäftigung nach § 164 Abs. 4 SGB IX – bisher mit identischem Wortlaut § 81 Abs.4 SGB IX. Bereits im Jahr 2010 hat das LAG Niedersachsen einen Anspruch auf behinderungsgerechte Arbeit am Telearbeitsplatz im Homeoffice anerkannt (LAG Hannover 06.12.2010 – 12 Sa 860/10). Der Kläger dieses Verfahrens ist auf Grund einer Querschnittslähmung, die aus einem Wegeunfall resultiert, schwerbehindert. Er hatte nach dem Eintritt der Behinderung 2003 mit seinem Arbeitgeber vereinbart, dass er jeweils dienstags und donnerstags im Homeoffice arbeiten kann. Als der Arbeitgeber diese befristete Vereinbarung nicht mehr verlängern wollte, klagte der behinderte Arbeitnehmer auf alternierende Beschäftigung im Homeoffice. Er hatte Erfolg, da das Gericht zutreffend diese Tätigkeit dem Begriff der Beschäftigung im bisherigen § 81 Abs.4 SGB IX zugeordnet hatte. Diese Entscheidung ist in der juristischen Literatur auf Zustimmung gestoßen (Kohte/Volkmann 2015). Die aktuelle Änderung der Arbeitsstättenverordnung ist ein Anlass, diese Beschäftigungsform regelmäßig zu prüfen. Ein Arbeitgeber ist

nicht in jedem Fall zu einer solchen Beschäftigung verpflichtet; er kann sich nach § 164 Abs.4 S.3 SGB IX auf eine wirtschaftliche oder organisatorische Unzumutbarkeit berufen. Dies gilt allerdings nur, wenn vorher die sozialrechtlichen Unterstützungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sind. Hier ist eine Unterstützung durch das Integrationsamt nach § 185 Abs.3 SGB IX sowie durch den jeweiligen Reha-Träger nach § 49 Abs.8 SGB IX möglich. Damit besteht in der Regel ein Anspruch auf eine behinderungsgerechte Beschäftigung im Homeoffice.

In einem weiteren Verfahren hatte das LAG Hamburg (15.4.2015 - 5 Sa 107/12) die Modalitäten der behinderungsgerechten Arbeit auch auf wohnortnahe Lösungen erstreckt, weil für schwerbehinderte Menschen längere Arbeitswege eine höhere Belastung darstellen können. In diesem Fall ging es um die Auswahl zwischen verschiedenen Filialen in einem Einzelhandelsunternehmen. Auch diese Möglichkeit erweitert das Repertoire der behinderungsgerechten Beschäftigung.

Fazit

Die Perspektive Homeoffice ist möglichst früh nach dem Auftreten einer Schwerbehinderung, z. B. nach Unfällen, ins Auge zu fassen. Es bietet sich auch an, bereits das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung zu nutzen, um Möglichkeiten einer behinderungsgerechten Beschäftigung im Privatbereich auszuprobieren. Macht man davon Gebrauch, dann zeigt auch dieses Beispiel, dass bei entsprechender Planung die Digitalisierung neue Perspektiven für die behinderungsgerechte Beschäftigung eröffnet (BMAS 2016). Die näheren Modalitäten sind in der Inklusionsvereinbarung nach § 166 SGB IX zu regeln.

Literatur

BMAS (2016), Forschungsbericht 467: Chancen und Risiken der Digitalisierung der Arbeitswelt für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung.

Düwell/Beyer, Das neue Recht für behinderte Beschäftigte, 2017.

Faber/Feldhoff, Arbeitsstättenverordnung Rn 179 ff, in Handkommentar Arbeitsschutz (HaKo-ArbSchR), 2017 .

Kohte/Volkmann, Arbeit im Homeoffice, Juris PR-ArbR 25/2015 Anm.4.

Wank, Telearbeit, NZA 1999, 225.

Bewegung durch das Bundesteilhabegesetz – Fortentwicklungen im Teilhaberecht für eine inklusive Arbeitswelt

Nebe, K.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Das Recht auf gleichberechtigten Zugang zu einem offenen, integrativen und für behinderte Menschen zugänglichen Arbeitsmarkt ist in Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention verbindlich verankert. Vom UN-Ausschuss zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen war die Ausgrenzung behinderter Menschen vom deutschen Arbeitsmarkt im Rahmen der Staatenprüfung deutlich kritisiert worden. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) sollen notwendige Reformschritte unternommen werden. Mit Inkrafttreten des geänderten Sozialgesetzbuch IX zum 1.1.2018 werden verschiedene Neuregelungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wirksam.

So wird erstmals zum 1.1.2018 ein Anspruch auf ein Budget für Arbeit (BfA, § 61 SGB IX n.F.) normiert. Das BfA wurde bisher erfolgreich in zum Teil unterschiedlichen Modellprojekten in den meisten Ländern eingeführt und erprobt (Nebe/Waldenburger, 2014). Das gesetzlich verankerte BfA umfasst einen Lohnkostenzuschuss und die Übernahme der Kosten für den Begleitaufwand. Die bundesweit einheitlichen Vorgaben müssen nun auf Landesebene ausgestaltet und umgesetzt werden. Erste Verwaltungsregelungen sind auf Landesebene getroffen, z. B. in Nordrhein-Westfalen (vgl. LWL, 2017). Weitere Verwaltungsvorschriften zur Umsetzung des BfA sowie zum Verhältnis zwischen Eingliederungs- und Lohnkostenzuschüssen sind zu erwarten, müssen gesichtet und bewertet werden. Hieraus können Schlussfolgerungen gezogen werden, ob das BfA tatsächlich wie beabsichtigt zur Überwindung der Spaltung des Arbeitsmarktes beitragen wird.

Methoden

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales fördert mittels der Ausgleichsabgabe das Forschungsprojekt „Partizipatives Monitoring Rehabilitations- und Teilhaberecht“. Dieses wird von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation in Kooperation mit den Universitäten in Kassel und Halle/S. verantwortet. Untersucht werden sowohl die Implementierung der Neuregelungen in das Verwaltungshandeln und die Rehabilitationspraxis sowie die Wirkungen neuer bzw. weiterbestehender Regelungen. Dazu werden Rechtsnormen, Urteile und Verwaltungsvorschriften analysiert und aus rechtswissenschaftlicher und praktischer Sicht kommentiert. Die Ergebnisse dieses Monitoring werden fortlaufend publiziert und so der Fachöffentlichkeit zur Diskussion gestellt.

Stand der Literatur

In der rechtswissenschaftlichen Literatur finden sich bislang nur sehr wenige Aufsätze, die in die Grundlagen des gesetzlich geregelten BfA und seine systematische Einordnung in die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einführen (vgl. Schumacher, 2017; Schimank, 2016).

Ergebnisse

§ 61 SGB IX n.F. regelt nicht, welcher Leistungsträger für den Lohnkostenzuschuss zuständig ist. Für das BfA als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen grundsätzlich alle für LTA verantwortlichen Leistungsträger in Betracht, außerdem die Integrationsämter. Das wirft die Frage auf, wie sich der gegebenenfalls auch dauerhaft zu gewährende Lohnkostenzuschuss nach § 61 SGB IX n.F. zu den übrigen, regelmäßig befristeten Eingliederungszuschüssen in den einzelnen Leistungsgesetzen verhält. Die Kontroverse um eine Zuständigkeitsabstimmung für befristete und unbefristete, aber inhaltlich übereinstimmende Leistungen ist nichts Neues, wie sich am Beispiel der Kostenübernahme für Arbeitsassistenz zeigen lässt (dazu Luik, 2014). Angelehnt hieran ließe sich auch ein Stufenmodell für die Finanzierung von Lohn- und Eingliederungszuschüssen bei Gewährung eines BfA entwickeln (so schon Nebe/Waldenburger, 2014). Ob es zu vergleichbaren Verwaltungsabsprachen zwischen den Rehabilitationsträgern kommen wird, ist offen.

Fazit

Die mit dem BfA beabsichtigte Bewegung sowohl im Recht der Teilhabe am Arbeitsleben, vor allem aber in der Arbeitswelt hin zu einer deutlich stärkeren Öffnung zugunsten behinderter Menschen wird nur bei einer zügigen und für die Arbeitgeber transparenten Umsetzung auf der administrativen Ebene gelingen. Alle für Rehabilitationsprozesse verantwortlichen Akteure müssen um die Einzelheiten des BfA wissen, sich der zugeschriebenen besonderen Rolle für die Überwindung des gespaltenen Arbeitsmarktes bewusst werden und dementsprechende Implementationsvorkehrungen treffen.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2017), Landschaftsausschuss, Richtlinien zum LWL-Budget für Arbeit, Drucksache Nr. 14/1184.

Luik (2014), Arbeitsassistenz, in: Deinert/Welti (Hrsg.), Stichwortkommentar Behindertenrecht, S. 53.

Nebe/Waldenburger (2014), Budget für Arbeit, hrsg. vom Landschaftsverband Rheinland.

Schumacher (2017), Erste rechtliche Hinweise zum neuen „Budget für Arbeit“, Behindertenrecht 2017, S. 88.

Schimank (2016), Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz – Teil 2, Beitrag D60-2016 unter www.reha-recht.de.

Die schrittweise Arbeitsplatzreintegration – Ein Rechtsvergleich der deutschen stufenweisen Wiedereingliederung und der österreichischen Wiedereingliederungsteilzeit

Dittmann, R.
Universität Kassel

Zielstellung

Die voraussichtlich erhebliche Reduktion der Anzahl von Personen im erwerbsfähigen Alter und eine Tendenz zur früheren Renteninanspruchnahme, lassen einen Fachkräftemangel befürchten und bedrohen das nachhaltige Bestehen der sozialstaatlichen Sicherungssysteme (Ebbinghaus, Weishaupt, 2014, S. 671). Daher werden u.a. Strategien zum längeren Verbleib im Erwerbsleben entwickelt. In den Fokus geraten dabei Personen, deren Arbeitsfähigkeit aufgrund von (langfristiger oder chronischer) Krankheit bedroht ist. Eine Vorgehensweise zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und Vermeidung von Invalidität bzw. Frühverrentung langzeiterkrankter Personen ist die schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz. Dabei wird an die Teilarbeitsfähigkeit der Betroffenen angeknüpft und die Arbeitsplatzreintegration durch die schrittweise Heranführung an die vertraglich vorgesehene Tätigkeit ermöglicht.

Das deutsche Sozialrecht bietet die Möglichkeit einer schrittweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz durch die stufenweise Wiedereingliederung, deren zentrale Vorschrift der § 28 SGB IX ist (Nebe, 2015, S. 126). Diese relativ knapp gehaltene sozialrechtliche Norm stellt die Rechtsanwender vor eine Vielzahl von Fragen und Problemstellungen – nicht nur im Bereich des Sozial-, sondern auch in dem des Arbeitsrechts (Nebe, 2015).

Eine andere rechtliche Lösung desselben Problems liefert das österreichische Recht. Seit dem 01.07.2017 besteht für Arbeitnehmer die Möglichkeit nach sechswöchigem Krankenstand eine Wiedereingliederungsteilzeit (§ 13a AVRAG) mit dem Arbeitgeber zu vereinbaren. Ergänzt wird dieses befristete Teilzeitmodell (Gleißner, Kircher, 2017, S. 101) durch das Wiedereingliederungsgeld der Krankenversicherung (§ 143d ASVG).

Mit Hilfe des Rechtsvergleichs können die verschiedenen Lösungswege mit Blick auf ihre Vor- und Nachteile gegenübergestellt werden.

Methoden

Als methodischer Ansatz wurde der horizontale Rechtsvergleich zweier funktionsverwandter Rechtsinstitute auf Mikroebene gewählt. In Anknüpfung an das beschriebene vorrechtliche Problem wurden Länderberichte erstellt und auf dieser Grundlage ein Vergleich durchgeführt (zur Methodik siehe v.a. Zacher, 1977).

Ergebnisse

Die stufenweise Wiedereingliederung (StW) in Deutschland wird insbesondere durch den § 28 SGB IX geregelt (ab dem 01.01.2018 durch § 44 SGB IX). Diese sozialrechtliche Norm gibt den Trägern der medizinischen Rehabilitation den Auftrag die rehabilitative Hauptleistung der StW durch medizinische und sie ergänzende Leistungen zu ermöglichen. Die Ausgestaltung dieser Hauptleistung ist durch den Gesetzgeber nicht weiter geregelt, doch ist der Abschluss einer Wiedereingliederungsvereinbarung zwischen Arbeitgeber und (den weiterhin

arbeitsunfähigen) Arbeitnehmer notwendig (Nebe, 2015, S. 130). Diese tritt neben den ruhenden Arbeitsvertrag und ist in Abhängigkeit des Umfangs des arbeitgeberseitigen Weisungsrechts sowie der ausgeübten Tätigkeit als Rechtsverhältnis eigener Art oder als Teilzeitarbeitsverhältnis anzusehen (Gagel, 2001). Je nach Klassifizierung der Vereinbarung kann oder muss ein Arbeitsentgelt gezahlt werden. Jedenfalls erfolgt eine soziale Absicherung durch den zuständigen Rehabilitationsträger in Form von Kranken-, Verletzten- oder Übergangsgeld. Auch der Bezug von Arbeitslosengeld ist möglich. Sofern es sich bei dem Arbeitsentgelt nicht um einen Zuschuss nach § 23c SGB IV handelt, ruht die Sozialleistung in dessen Höhe (Nebe, 2015, S. 128 ff.).

In Österreich erfolgt der Einstieg über das Arbeitsrecht. Der § 13a AVRAG regelt ausführlich die Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ). Diese beruht auf einer Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und (arbeitsfähigem) Arbeitnehmer. Dauer der Teilzeit, Umfang der möglichen Arbeitszeitreduktion, Rahmenvorgaben für die Wiedereingliederungsvereinbarung und Entgeltzahlungen während der WIETZ sind gesetzlich geregelt. Voraussetzung für das Wirksamwerden der WIETZ-Vereinbarung ist die Bewilligung des Wiedereingliederungsgeldes durch den chef- und kontrollärztlichen Dienstes des zuständigen Krankenversicherungsträgers (§ 13a I AVRAG i.V.m. § 143d I ASVG).

Fazit

Im Gegensatz zur Regelung der deutschen stufenweisen Wiedereingliederung hat der österreichische Gesetzgeber ein ausführlich geregeltes Teilzeitmodell zur schrittweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz gewählt. Die Umsetzung des Rechts bzw. die Durchführung der WIETZ dürfte für die Akteure in der Praxis vergleichsweise wenig offene Fragen übrig lassen. Doch ist mit dieser klaren Regelung auch ein Verlust an Flexibilität und Einzelfallorientierung verbunden. Weiterhin wird der Personenkreis, für den eine WIETZ in Frage kommt, verringert. Während in Deutschland bei der stufenweisen Wiedereingliederung die therapeutischen Gesichtspunkte im Vordergrund stehen und somit Quantität, als auch Qualität der Tätigkeit verringert werden können (Bundesarbeitsgericht v. 29.01.1992, 5 AZR 37/91 -, BAGE 69, 272 - 278), lässt die Wiedereingliederungsteilzeit in Österreich nur eine Reduktion der geschuldeten Arbeitsleistung zu. Fraglich ist, ob damit die Möglichkeit der Nutzung einer schrittweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz für bestimmte Betroffene ausgeschlossen ist und ob folglich die Gefahr besteht, dass Personen eine Tätigkeit (verfrüht) wiederaufnehmen und somit einen Krankheitsrückfall erleiden könnten.

An dieser Stelle sind Untersuchungen vonnöten, die sich genauer mit den Tätigkeiten während der schrittweisen Wiedereingliederung beschäftigen. Erkenntnisse einer solchen Studie wären für die Rehabilitations- und die Rechtswissenschaft sowohl in Deutschland, als auch in Österreich von Interesse.

Literatur

Ebbinghaus, B., Weishaupt, J.T. (2014): Die Zukunft des deutschen Arbeitsmarkts in globalen Wissensgesellschaften. In: Masuch, P., Spellbrink, W., Becker, U., Leibrifed, S. (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht. Bd. 1. Berlin: Erich Schmidt Verlag. 667-682.

Gagel, A. (2001): Rehabilitation im Betrieb unter Berücksichtigung des neuen SGB IX – ihre Bedeutung und das Verhältnis von Arbeitgebern und Sozialleistungsträgern. Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht, 2001, 988-993.

Gleißner, R., Kircher, M. (2017): Die neue Wiedereingliederungsteilzeit, Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht, 2017, 100-106.

Nebe, K. (2015): Die Stufenweise Wiedereingliederung. Sicherung der Erwerbsteilhabe durch komplementäres Arbeits- und Sozialrecht. Die Sozialgerichtsbarkeit, 2015, 125-134

Zacher, H.F. (1977): Vorfragen zu den Methoden der Sozialrechtsvergleichung. In: Zacher, H.F. (Hrsg.): Methodische Probleme des Sozialrechtsvergleichs. Colloquium der Projektgruppe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht der Max-Planck-Gesellschaft. Berlin: Duncker & Humblot. 21-74.

Der neu gefasste Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX

Welti, F.
Universität Kassel

Zielstellung

Mit dem Bundesteilhabegesetz ist der Begriff der Behinderung in § 2 Abs. 1 SGB IX mit Wirkung zum 01.01.2018 neu gefasst werden. Er lautet nun:

„(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Schon vorher ist eine entsprechende Neuregelung in § 3 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) erfolgt. Es wird untersucht, ob und wieweit die Neufassung nur deklaratorisch ist oder ob sie für Recht und Praxis der Rehabilitationsträger, Dienste und Einrichtungen zu Änderungen führen muss.

Methoden

Normsetzung, Rechtsetzung, Rechtsprechung und Literatur wurden an Hand der Datenbank juris und weiterer Datenquellen systematisch durchsucht und dann nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Sinn und Zweck untersucht und bewertet. Eine besondere Bedeutung haben dabei neben höchstrichterlichen Entscheidungen aus Deutschland die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) und des Ausschusses der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Ergebnisse

Nach der Gesetzesbegründung des BTHG soll dem neuen gesellschaftlichen Verständnis einer inklusiven Gesellschaft im Lichte der UN-BRK durch einen neu gefassten Behinderungsbegriff Rechnung getragen werden (BT-Drs. 18/9522, 191), der sich wesentlich auf die ICF gründen soll und eine klärende und maßstabsbildende Funktion für die Rehabilitationsträger hat (BT-Drs. 18/9522, 192). Die Bezugnahme auf die Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung und Umweltfaktoren soll deklaratorisch sein und der Rechtsklarheit dienen (BT-Drs. 18/9522, 227).

Der bisher in § 2 Abs. 1 SGB IX enthaltene Behinderungsbegriff war kritisiert worden, weil er nicht der Formulierung in Art. 1 UN-Behindertenrechtskonvention entsprach und weil, u.a. vom Ausschuss der UN in einem Individualbeschwerdeverfahren, die mit ihm verbundene

Praxis als zu stark von einem medizinischen Modell geprägt angesehen wurde (Gröninger ./. Deutschland 04.04.2013, CRPD/C/D/2/2010).

Der Europäische Gerichtshof hat in mehreren Entscheidungen deutlich gemacht, dass der Behinderungsbegriff im Anwendungsbereich des EU-Rechts, also jedenfalls im Bereich Beschäftigung und Beruf (RL 2000/78/EG), im Lichte der UN-BRK auszulegen ist (EuGH 01.12.2016 C-395/15, Daouidi; EuGH 11.04.2013, C-335/11, 337/11, Ring, Skouboe Werge). Dies ist vom Bundesarbeitsgericht explizit in einem Fall berücksichtigt worden, bei dem es um die Anerkennung einer symptomlosen HIV-Infektion als Behinderung im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) ging (BAG 19.12.2013 6 AZR 190/12).

Das Schwerbehindertenrecht mit der Anerkennung des Grads der Behinderung (GdB) ist durch §§ 2 Abs. 2, 152 Abs. 2 SGB IX an den Behinderungsbegriff geknüpft. Die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) ist durch § 153 SGB IX nun auch unmittelbar an diesen Behinderungsbegriff gebunden. Die Übereinstimmung der GdB-Anerkennung mit dem Behinderungsmodell der ICF ist seit längerem Gegenstand der kritischen Diskussion (Seger 2015; Knickrehm 2008) und der Rechtsprechung (BSG, 17.04.2014, B 9 SB 3/12 R). Hier ist zu beobachten, wie die weitere Entwicklung der VersMedV und ihrer Anwendung verlaufen wird.

Die Bedarfsfeststellung ist eng mit dem Konzept und Begriff von Behinderung verbunden. Gleichwohl sollen die Instrumente der Rehabilitationsträger zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung nach der Gesetzesbegründung nicht zwingend an der ICF orientiert werden. Ob dies in Betracht kommt, soll erst durch eine wissenschaftliche Untersuchung nach § 13 Abs. 3 SGB IX bis 2019 geklärt werden (BT-Drs. 18/9522, 232). Dies ist schwer nachvollziehbar, da die Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger keine von § 2 Abs. 1 abweichenden Behinderungsbegriffe enthalten.

In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird der neu gefasste Behinderungsbegriff zum Teil kritisiert. Es wird befürchtet, dass durch die Bezugnahme auf die Wechselwirkung nicht mehr hinreichend klar werde, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung gefordert sei. Um dies zu verhindern, solle der Schweregrad der Behinderung umso geringer angesetzt werden, je weniger die Teilhabebeeinträchtigung gesundheitliche Ursachen habe und je weniger die Barrieren objektivierbar seien. Dieser Vorschlag ist kritisch zu betrachten, da er bei zu enger Handhabung die Orientierung an der ICF und an der UN-BRK gefährden könnte.

Fazit

Die Diskussion ist fortzusetzen.

Literatur

Frehe, Horst: Kritik am Behinderungsbegriff des Bundesteilhabegesetzentwurfes, Beitrag D27-2016, www.reha-recht.de.

Knickrehm, Sabine: Die Feststellungen nach § 69 SGB IX im Lichte des „modernen“ Behinderungsbegriffs, Die Sozialgerichtsbarkeit 2008, 220-227.

Luthe, Ernst-Wilhelm: Der neue Behinderungsbegriff des Bundesteilhabegesetzes (§ 2 Abs. 1 SGB IX), Behindertenrecht 2017, 53-58; 77-82.

Seger, Wolfgang: Kann die ICF für die Einschätzung von Behinderungen nach SGB IX genutzt werden?, Sozialer Fortschritt 2015, 290-298.

Welti, Felix: Behinderung als Rechtsbegriff, Beitrag D22-2014, www.reha-recht.de.

Die Bedeutung der Rehabilitation für die Rechtsmobilisierungschancen behinderter Menschen

Rambausek-Haß, T.
Humboldt-Universität zu Berlin

Zielstellung

Die Rehabilitation behinderter Menschen findet innerhalb eines in hohem Maße verrechtlichen Kontextes statt, d. h. alle Beteiligten sind in ihrem Handeln an das Rehabilitations- und Teilhaberecht gebunden bzw. auf seine Durchsetzung angewiesen. Voraussetzung für eine gelingende Rehabilitation ist die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen, um gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen bzw. wiederherzustellen (Welti, 2005). Teilhabeleistungen werden nur auf Antrag und nach Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen gewährt. Die Erfolgschancen bei der Rehabilitation behinderter Menschen sind deshalb nicht zuletzt von der Möglichkeit der Anspruchsberechtigten abhängig, ihre Rechte zu mobilisieren, das bedeutet zu nutzen (Baer, 2017). Individuen müssen hierfür über Rechtsbewusstsein, Rechtskenntnis und Anspruchswissen verfügen und geeignete Rahmenbedingungen (wie faire Gesetze, einen funktionierenden Rechtsstaat oder niedrige Mobilisierungskosten) vorfinden. Gesellschaftliche Teilhabe befähigt das Individuum zur Mobilisierung, indem sie den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten ermöglicht (Wansing 2005). Rehabilitation ist Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und somit für den Aufbau von Kapital im bourdieuschen Sinne (Bourdieu, 1983), dessen Verfügbarkeit wiederum die Rechtsmobilisierungschancen erhöht. Für die Rechtsmobilisierungschancen spielt bspw. das soziale Kapital eine entscheidende Rolle: Zum einen werden rechtliche Informationen aus dem sozialen Umfeld bezogen, zum anderen senkt soziale Unterstützung die Mobilisierungskosten. Rehabilitation, Teilhabe und Rechtsmobilisierung bedingen sich folglich gegenseitig (Rambausek, 2017).

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) soll die gesellschaftliche Teilhabe behinderter Menschen gewährleisten. Sie ist seit 2009 in Deutschland geltendes Recht und muss zur Rechtsauslegung herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern behinderte Menschen in der Lage sind, ihre Rechte zu mobilisieren, um gleichberechtigt und selbstbestimmt an der Gesellschaft teilhaben zu können. Dieser Frage geht diese Untersuchung am Beispiel des Artikels 19 UN-BRK („Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“) nach. Nach Art. 19 UN-BRK haben behinderte Menschen das Recht auf die freie Wahl ihres Aufenthaltsortes und der Wohnform, auf Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten und persönlicher Assistenz und auf Zugang zu und Nutzung von öffentlichen Einrichtungen und Diensten. Die Verwirklichung dieser Rechte ist entscheidend für die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen und ihre Selbstbestimmung. Es wird hier davon ausgegangen, dass behinderte Menschen an der Mobilisierung ihrer Rechte aus Art. 19 UN-BRK gehindert werden, sie folglich nicht selbstbestimmt leben und gleichberechtigt teilhaben können.

Methoden

Zur Beantwortung der Frage nach den Teilhabe- und Rechtsmobilisierungschancen behinderter Menschen nach Inkrafttreten der UN-BRK wurden im Jahr 2013 außergewöhnlich gehbehinderte Menschen in Hessen befragt. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine 1.000 Personen umfassende Zufallsstichprobe gezogen. 266 Datensätze konnten in die Analyse einbezogen werden. Es handelt sich um eine Querschnittsbefragung im Survey-Design.

Ergebnisse

Die Befragten konnten infolge der Einführung der UN-BRK mehrheitlich keine positiven Veränderungen in Bezug auf ihre Teilhabemöglichkeiten (65 %) oder ihre Selbstbestimmung (77 %) feststellen. Wichtige öffentliche Einrichtungen wie die Geschäftsstellen der Krankenkassen sind für 19 % der Befragten schlecht zugänglich. Fehlende Barrierefreiheit wirkt sich signifikant negativ auf die Selbstbestimmung aus. Positiv festzustellen ist, dass mehr als die Hälfte der Befragten (58 %) bei der Rechtsmobilisierung soziale Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld erfährt und meist erfolgreich (30 %) klagen konnte. Vorhandendes Kapital kann durch eine Behinderung indes auch wieder verloren gehen. Befragte, die ihre Beeinträchtigung im mittleren Alter erwarben, sind meist geschieden oder leben getrennt. Sie wohnen signifikant häufiger in stationären Einrichtungen als Verheiratete.

Fazit

Die Befragung hat gezeigt, dass es hinsichtlich der Inanspruchnahme der Rechte aus Art. 19 UN-BRK vor allem an der Zugänglichkeit zu öffentlichen Einrichtungen und Diensten mangelt. Fehlende Barrierefreiheit führt bei den Befragten wie erwartet zu Einschränkungen der Teilhabemöglichkeiten und der Selbstbestimmung. Dies zieht vor allem den Verlust des für die Rechtsmobilisierung so wichtigen sozialen Kapitals nach sich. Der Verlust von Kapital führt wiederum zu neuen Teilhabeeinschränkungen. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass Art. 19 der UN-BRK in Deutschland noch nicht als umgesetzt gelten kann. Dies ist besonders gravierend, weil behinderte Menschen somit weiterhin in ihrer Teilhabe und Selbstbestimmung eingeschränkt werden. Es führt dazu, dass sie ihre Rechte nicht mobilisieren und folglich ihre Teilhabemöglichkeiten nicht verbessern können. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, ist es von großer Bedeutung, weiter an der Umsetzung der UN-BRK zu arbeiten. Die Rehabilitation behinderter Menschen ist hierbei ein entscheidender Faktor.

Literatur

Baer, S. (2017): Rechtssoziologie. Eine Einführung in die interdisziplinäre Rechtsforschung (3. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.

Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. Soziale Welt, Sonderband Nr. 2, 183-198.

Rambausek, T. (2017): Behinderte Rechtsmobilisierung. Eine rechtssoziologische Untersuchung zur Umsetzung von Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention. Wiesbaden: Springer VS.

Wansing, G. (2005): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden: Springer.

Welti, F. (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck.

Die barrierefreie Wahl zur Schwerbehindertenvertretung

Liebsch, M.
Zentrum für Sozialforschung Halle e.V.,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Die Forderung nach barrierefreien Wahlen gewinnt in Zeiten des demographischen Wandels immer mehr an Bedeutung. Sowohl im öffentlich-rechtlichen als auch im privatrechtlichen Bereich ist die BRD über Art. 27 Abs. 1c UN-BRK verpflichtet, behinderten Menschen einen effektiven Zugang zur Wahrnehmung ihrer kollektiven Rechte zu gewährleisten (Kohte et al., 2016). Folglich ist das Wahlrecht sowohl zum Betriebsrat als auch zur Schwerbehindertenvertretung (SBV) barrierefrei zu gestalten (Sachadae, 2013). Inwieweit dieser Prozess rechtlichen und tatsächlichen Umsetzungsdefiziten unterliegt, bedarf aufgrund der staatlichen sowie gesamtgesellschaftlichen Bedeutung des Wahlrechts (Welti, 2014) einer verstetigten und dynamisierten Überprüfung.

Methoden

Hierfür geeignete Methoden sind zum einen die rechtliche Begutachtung von Wahlvorschriften samt deren Wechselbeziehungen zueinander; zum anderen gilt es die themenbezogene Rechtsprechung auszuwerten und hieraus rechtspolitische Gestaltungsaufträge abzuleiten.

Ergebnisse

Wahlorganisatorisch sind Behinderungen aufgrund ihrer Diversität schwer handhabbar. Wesentliche Arten von Behinderungen betreffen die Sehbehinderung, die Hörbehinderung, Einschränkungen in der Mobilität und Einschränkungen durch geistige Behinderungen (Kohte et al., 2016). Vorliegend soll sich auf die Überwindung von Sehbehinderungen im Zusammenhang mit der förmlichen Wahl zur SBV beschränkt werden. Sowohl der Einsatz von Arbeitsassistenz nach § 102 Abs. 4 SGB IX (ab 01. 01.2018: § 185 Abs. 5 SGB IX) (Sachadae, 2013) als auch die individuelle Unterstützung sehbehinderter Menschen mittels einer Person ihres Vertrauens als Ausfüllhilfe bei der Stimmabgabe gemäß § 10 Abs. 4 SchwbVWO sind wichtige Hilfen, aber für eine umfassende Barrierefreiheit nicht ausreichend.

Wohingegen gemäß § 3 Abs. 4 Satz 2 der Wahlordnung zur Betriebsverfassung (WO BetrVG) bei der Betriebsratswahl eine ergänzende Bekanntmachung des Wahlausschreibens mittels Informations- und Kommunikationstechnik zulässt, kennt die Wahlordnung zur Schwerbehindertenvertretung (SchwbVWO) eine solche Regelung nicht. Gleichwohl wäre es für eine gelungene Inklusion notwendig, neueste Technologien übergreifend nutzbar zu machen, um schwerbehinderten Beschäftigten gemäß Art. 27 Abs. 1c UN-BRK eine selbstbestimmte Wahrnehmung ihrer Arbeitnehmerrechte zu ermöglichen (Kohte et al., 2016). Hierbei ist auf die richtige Handhabung zu achten, da ansonsten die Unwirksamkeit der Wahl riskiert wird. Mit Beschluss vom 24. September 2015 hat das Hessische Landesarbeitsgericht unter dem AZ.: 9 TaBV 12/15 eine Betriebsratswahl für unwirksam erklärt, weil den im Betrieb beschäftigten blinden und stark sehbehinderten Menschen keine umfassende Zugriffsberechtigung zum Laufwerk mit den Wahlunterlagen eingeräumt worden war. Eine individuelle

Unterrichtung sowie Braille-Punkt-Schrift hätte die elektronische Bekanntmachung insoweit ergänzen können.

Rechtsmethodisch zutreffend hat das Hessische Landesarbeitsgericht in diesem Zusammenhang erkannt, dass § 2 Abs. 5 WO BetrVG auch zugunsten blinder oder stark sehbehinderter Beschäftigter gelten muss, sofern diese wahlberechtigt sind. Dem Wortlaut nach hat der Wahlvorstand nach § 2 Abs. 5 WO BetrVG zunächst dafür zu sorgen, dass Beschäftigte ohne hinreichende Deutschkenntnisse vor Einleitung der Betriebsratswahl über Wahlunterlagen in geeigneter Weise unterrichtet werden. Mit einer entsprechenden Anwendung auf Sehbehinderungen begründete das Landesarbeitsgericht eine Rechtspflicht zur barrierefreier Wahlgestaltung, deren Verletzung schließlich zur Unwirksamkeit der Betriebsratswahl geführt hat. Erst recht gilt dieser Gestaltungsmaßstab im Zusammenhang mit einer förmlichen SBV-Wahl, da die Vorkehrungen zur Beteiligung blinder und stark sehbehinderter Menschen nicht hinter denen der Betriebsratswahl zurückbleiben dürfen (Kohte et al., 2016).

Fazit

Die nach Art. 27 Abs. 1c UN-BRK geforderte Umsetzung eines inklusiven Wahlverfahren kann durch die rechtstechnische Verknüpfung einzelner Wahlvorschriften begünstigt werden. Hierzu zählt insbesondere die Möglichkeit, Bekanntmachungsalternativen der WO BetrVG für die SchwbVWO mittels einer analogen Anwendung von § 2 Abs. 5 WO BetrVG und § 3 Abs. 4 Satz 2 WO BetrVG (Düwell, 2014) nutzbar zu machen. Darüber hinaus gründet jede Analogie zugleich auf einer planwidrigen Regelungslücke. Gesetz- als auch Verordnungsgeber sind daher gehalten, diese Lücke zu schließen, indem sie inklusive Wahlvorschriften möglichst konkret erlassen und den Grundsatz der Barrierefreiheit deutlich und handhabbar normieren.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

Düwell (2014) in: Dau/Düwell/Joussen (Hrsg.), Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Lehr- und Praxiskommentar, 4. Aufl., § 94 Rn. 74.

Kohte/Liebsch (2016): Barrierefreie Wahl zur Schwerbehindertenvertretung: ergänzende Bekanntmachung von Wahlunterlagen; Beitrag B6-2016 unter www.reha-recht.de; 24.10.2016.

Sachadae (2013:, Die Wahl der Schwerbehindertenvertretung, S. 78ff., 349ff.

Welti (2014): Deinert/Welti, Stichwortkommentar Behindertenrecht, 1. Aufl., Wahlrecht Rn. 1.

Die Bedeutung ärztlich verantworteter Leistungen für die Zuordnung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation

Goldbach, C.
Universität Kassel

Hintergrund

In der rechtswissenschaftlichen Literatur zur medizinischen Rehabilitation ist die Bedeutung ärztlich verantworteter Leistungen umstritten (Nebe, 2015, § 26 Rn. 9 f.). Nach der Rechtsprechung soll medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung auf ärztlich verantwortete Leistungen beschränkt sein, während in der Rentenversicherung auch Maßnahmen ohne ärztliche Beteiligung in Betracht kommen sollen (u.a. BSG, 27.11.1990, 3 RK 17/89, BSGE 68, 17, 18 f.; BVerwG, 13.3.2003, 5 C 6/02, BVerwGE 118, 52, 58 ff.; BSG, 26.6.2007, B 1 KR 36/06 R, BSGE 98, 277, 281 f.). Folglich wird eine leistungsrechtliche Divergenz angenommen, obwohl der Gesetzgeber mit dem SGB IX ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation“ angestrebt hat (BT-Drs. 14/5074, S. 92). Die Frage nach der Zuordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist dabei sowohl für die Zulassung der Leistungserbringer (hierzu Goldbach, 2017) als auch für Art und Umfang des Anspruchs der Leistungsberechtigten von hoher praktischer Relevanz und wird im Folgenden anhand der geltenden Rechtslage diskutiert.

Diskussion

Die Regelungen im ersten Teil des SGB IX gelten für alle Rehabilitationsträger, soweit in den Einzelleistungsgesetzen nichts ausdrücklich Abweichendes verankert ist (§ 7 Abs. 1 S. 1 SGB IX; hierzu Welti, 2008). Danach ist medizinische Rehabilitation eine Sozialleistung für Menschen mit (drohender) Behinderung (vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX), die dem übergeordneten Ziel dient, ihre volle und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft möglichst weitgehend zu verwirklichen (§ 1 S. 1, § 4 Abs. 1, § 42 Abs. 1 SGB IX). Folglich besteht eine primär soziale Zielsetzung (vgl. Mrozynski, Jabben, 2011, § 1 Rn. 18).

Diese Rehabilitationsziele sollen grundsätzlich über die einzusetzenden Mittel entscheiden (vgl. „insbesondere“, § 42 Abs. 2 und 3 SGB IX). Dem Wechselwirkungsansatz von Behinderung entsprechend (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX; hierzu BSG, 30.92015, B 3 KR 14/14 R, Juris Rn. 19), können dabei nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Hilfen zur Erreichung des übergeordneten Teilhabeziels beitragen (Nebe, 2015, § 26 Rn. 8; Goldbach, 2017). Dies bestätigt § 42 Abs. 3 SGB IX ausdrücklich. Von anderen Teilhabeleistungen (§ 5 SGB IX) muss sich medizinische Rehabilitation allerdings auch durch ihre Mittel abgrenzen, da die Leistungen zum Teil identischen Zielen folgen (siehe nur § 1 S. 1, § 4 Abs. 1 SGB IX; Nebe, 2015, § 26 Rn. 11; Welti, Raspe, 2004). Diesbezüglich zeichnet sich medizinische Rehabilitation dadurch aus, dass Leistungen i.S.d. § 42 Abs. 2 SGB IX den Schwerpunkt einer Maßnahme bilden, während Hilfen i.S.d. § 42 Abs. 3 SGB IX lediglich ergänzend einzubeziehen sind (vgl. Mrozynski, Jabben, 2011, § 26 Rn. 23 f.).

An erster und somit herausgehobener Position stehen in § 42 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX ärztlich durchgeführte und verantwortete Leistungen. Daneben zählt § 42 Abs. 2 SGB IX jedoch auch

gesundheitsbezogene Leistungen auf, die eigenverantwortlich von nichtärztlichen Gesundheitsberufen, wie Psychologischen Psychotherapeuten (§ 42 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX) oder Physio- und Ergotherapeuten (§ 42 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX) erbracht werden können; diese sind für die medizinische Rehabilitation damit ebenfalls charakteristisch. Die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung als Teil des Heilmittelbegriffs (u.a. BSG, 30.1.2001, B 3 KR 6/00 R, NZS 2001, 532, 533; § 30 SGB VII) ist dabei nicht auf Heilmittel i.S.d. § 42 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX zu übertragen (Welti, Raspe, 2004; Nebe, 2015, § 26 Rn. 30; Goldbach, 2016).

Für das Krankenversicherungsrecht ist zwar in § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V geregelt, dass stationäre Rehabilitationseinrichtungen, unabhängig von ihrer konkreten Ausrichtung, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen müssen. Diese leistungserbringungsrechtlichen Anforderungen haben jedoch nicht unmittelbar auch eine dahingehende Begrenzung des in § 40 Abs. 2, § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 42 SGB IX geregelten Leistungsanspruchs zur Folge (Welti, 2008).

Fazit

Eine generelle Beschränkung medizinischer Rehabilitationsleistungen auf ärztlich verantwortete Maßnahmen ist rechtlich nicht begründbar. Vielmehr ist im Einzelfall, jeweils in Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten und Wünschen eines Leistungsberechtigten (vgl. § 33 SGB I, § 8 Abs. 1 SGB IX, Art. 3 lit. d UN-BRK) zu prüfen, welche gesundheitsbezogenen Leistungen (§ 42 Abs. 2 SGB IX), ergänzt durch psychosoziale Hilfen (§ 42 Abs. 3 SGB IX), wirksam und wirtschaftlich zu einer möglichst weitgehenden Zielverwirklichung beitragen (vgl. § 19 Abs. 3 S. 1, § 28 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Hierfür bedarf es nicht zuletzt rehabilitativer Forschung zu unterschiedlichen Rehabilitationskonzepten.

Literatur

Goldbach, C. (2017): Ausgewählte Aspekte zur Rolle des Arztes in der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX. Recht und Praxis der Rehabilitation, 4. Im Druck.

Mrozynski, P., Jabben, J. (2011): SGB IX Teil 1, Regelungen für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Kommentar, (3. Aufl.). München: Beck.

Nebe, K. (2015). In: Feldes, W., Kohte, W., Stevens-Bartol, E. (Hrsg.): SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar, (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Bund. § 26.

Welti, F., Raspe, H. (2004): Zur Feststellung von individuellem Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Deutsche Rentenversicherung, 1-2. 76-96.

Welti, F. (2008): Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetzbuch – Zusammenarbeit der Leistungsträger und Koordinierung der Leistungen, Die Sozialgerichtsbarkeit, 6. 321-331.

Einsatz eines modularen internetbasierten Programms vor, während und nach stationärer Therapie

Bauer, S., Feldhege, J., Moessner, M.
Universitätsklinikum Heidelberg

Zielstellung

Der Bedarf an sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik ist unbestritten, beispielsweise angesichts der hohen Rückfall- und Wiederaufnahmeraten nach stationärem Aufenthalt. Sowohl im Vorfeld einer Klinikbehandlung als auch im Anschluss an eine solche können internetbasierte Interventionen eingesetzt werden, um bestehende Versorgungslücken zu überbrücken und die konventionelle Behandlung zu ergänzen. Vorgestellt werden zwei Interventionen, die für die Vor- bzw. Nachsorge entwickelt und in mehreren empirischen Studien evaluiert (z. B. Bauer et al., 2011; Moessner et al., 2014; Zimmer et al., 2015) und anschließend in die Klinikroutine implementiert wurden. Darüber hinaus werden aktuelle Befunde nach der Integration beider Interventionen in eine modulare online-Plattform präsentiert, welche von der Klinik zusätzlich für ein behandlungsbegleitendes Monitoring und Qualitätssicherungszwecke genutzt werden kann.

Methoden

Die nachstationäre Intervention besteht aus therapeutengeleiteten Chatgruppen, die ehemaligen Patienten einer psychosomatischen Fachklinik für drei Monate nach Abschluss der stationären Behandlung angeboten werden. Die vorstationäre Intervention umfasst verschiedene Module (z. B. Psychoedukation, Forum, Chat, supportives Monitoring) die Patienten im Vorfeld ihres stationären Aufenthaltes zur Behandlungsvorbereitung nutzen können. Beide Interventionen richten sich störungsunspezifisch an breite Teilnehmergruppen.

Die nachstationäre Intervention wurde in Hinblick auf ihre Wirksamkeit in der Rückfallprophylaxe, ihre Kosteneffektivität und mögliche Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie evaluiert (N = 228). Teilnehmer der vorstationären Intervention (N = 911) wurden in einer Beobachtungsstudie mit einer Kontrollgruppe (N = 1.721) hinsichtlich ihres Therapieoutcomes verglichen. Die Integration beider Interventionen in eine modulare online-Plattform („ASMO“) erfolgte Mitte 2017. Seither wurden N > 500 Teilnehmer für die vorstationäre Intervention, N > 400 für die behandlungsbegleitende Qualitätssicherung und N > 20 für die nachstationäre Intervention registriert.

Ergebnisse

Die chatbasierte Nachsorge ging mit einer signifikanten Senkung der Rückfallrate (von 47 % auf 22 %) einher und erwies sich als kosteneffektiv gegenüber der Kontrollgruppe. Vergleichbar viele Patienten in beiden Gruppen nahmen ambulante Therapie im Jahr nach dem Klinikaufenthalt in Anspruch (KG: 61 %; IG: 53 %). Während sich innerhalb der Patienten, die eine

ambulante Therapie aufnahmen, die Rückfallraten von Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander unterschieden (KG: 37 %; IG: 28 %), zeigte sich ein bedeutsamer Unterschied in der Untergruppe, die keine ambulante Therapie nutzte (KG: 61 %; IG: 16 %). Damit liefert die Studie erste Hinweise, dass die internetbasierte Nachsorge das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich ambulanter Therapie positiv beeinflussen könnte.

Auch bezüglich der Effektivität der vorstationären Intervention wurden die Annahmen bestätigt: Teilnehmer an der vorstationären Intervention erreichten während ihres Klinikaufenthaltes signifikant häufiger reliable Verbesserungen ihres psychischen (41 % vs. 30 %) und körperlichen Befindens (51 % vs. 45 %) sowie ihrer sozialen Probleme (22 % vs. 15 %).

Auf Grundlage der positiven Evaluationsergebnisse wurden beide Interventionen nach Studienabschluss in der Klinikroutine fortgeführt und werden seit Mitte 2017 über eine gemeinsame online-Plattform „ASMO“ angeboten. Erste Ergebnisse bezüglich Inanspruchnahme und Akzeptanz der verschiedenen Module sowie zum Therapieoutcome werden berichtet.

Fazit

Internetbasierte Interventionen ermöglichen es, die Reichweite stationärer Einrichtungen sowohl im Vorfeld als auch in Anschluss an den Klinikaufenthalt zu erweitern und die Ergebnisse der konventionellen Klinikbehandlung zu verbessern. Der Einsatz eines modularen Programms erlaubt es Patienten flexibel zu unterstützen und zu einer besseren Passung zwischen individuellem Bedarf des Patienten und therapeutischem Angebot beizutragen. Implikationen für zukünftige Studien, die sich u.a. gezielt mit Fragen der Implementierung und Dissemination beschäftigen sollten, werden diskutiert.

Literatur

Bauer, S., Wolf, M., Haug, S., Kordy, H. (2011): The effectiveness of internet chat groups in the relapse prevention after inpatient psychotherapy. Psychotherapy Research, 21. 219-226.

Moessner, M., Bauer, S., Özer, F., Wolf, M., Zimmer, B., Kordy, H. (2014): Cost-effectiveness of an Internet-based Aftercare Intervention after Inpatient Treatment in a Psychosomatic Hospital. Psychotherapy Research, 24(4). 496-503.

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.

Telematisches Training zur Förderung von Motivation und Aktivitätsniveau während stationärer Rehabilitation bei Low Back Pain

Jakob, S.

Aggertalklinik, Engelskirchen

Zielstellung

Das Ziel dieser Studie ist es, die Effekte eines digital unterstützten Trainings, mittels des MeineReha®-Systems, im Vergleich zu einem rein konventionellen Training, bei Patienten mit chronischen Low Back Pain zu überprüfen. Der Untersuchungszeitraum ist die Dauer des stationären Rehabilitationsaufenthaltes. Es wird ermittelt, inwieweit das digitale Training zu einer höheren Trainingsbeteiligung führt und ob Faktoren, wie die Reha-Motivation oder die körperliche Aktivität von Probanden einen weiteren Einfluss auf die Trainingshäufigkeit aufweisen.

Bisherige Untersuchungen von Cottrell et al. (2016) und Tousignant et al.(2011) beschreiben, dass telerehabilitative Maßnahmen eine hohe Patientenzufriedenheit und Effektivität bei muskulo-skelettalen Einschränkungen aufweisen. Eine systematische Zusammenfassung der Ergebnisse für chronische untere Rückenschmerzen und telemedizinische Maßnahmen von Garg et al. (2016) ergab jedoch, dass bei dieser Indikation derzeit ein Forschungsdefizit besteht. Es ist noch unklar, welchen Effekt eine telemedizinische Intervention auf Patienten mit Low Back Pain hat und inwiefern eine Beeinflussung des Trainingsverhaltens vorliegt.

Methoden

Es handelt sich bei dieser Untersuchung um eine monozentrische parallel verlaufende randomisierte Kontrollstudie mit zwei Messzeitpunkten. Der Untersuchungszeitraum war von November 2016 bis Januar 2017. Die Stichprobe umfasste zu Beginn der Untersuchung (T1) 42 Probanden (29 Männer; 13 Frauen) mit Low Back Pain, die an einer stationären orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme der deutschen Rentenversicherung teilnahmen. Die Interventions- und Kontrollgruppe erhielten für den Zeitraum von zwei Wochen ein Übungsprogramm zum eigenständigen Training. Die Interventionsgruppe trainierte mit dem MeineReha®-Computersystem und erhielt während ihres Trainings ein sensorbasiertes Feedback und Korrekturen zur Ausführung der jeweiligen Übungen. Die Kontrollgruppe erhielt eine schriftliche Anleitung und eine einmalige Einweisung in die gleichen, standardisierten Übungen. Beide Gruppen wurde empfohlen, über einen Zeitraum von 14 Tagen, täglich zu trainieren. Das primäre Outcome ist die Trainingshäufigkeit um zu überprüfen, ob es mit einem telerehabilitativen Ansatz möglich ist, die Übungshäufigkeit zu steigern. Mittels Trainingstagebuch dokumentierten die Probanden die Anzahl der absolvierten Trainingseinheiten. Die sekundären Outcomes sind der Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ) zur Erfassung der funktionellen Einschränkungen zum Zeitpunkt T1 und T2, die Rehamotivation (PAREMO 20) zum Zeitpunkt T1 und das Aktivitätsniveau (Global Physical Activity Questionnaire) zum Zeitpunkt T1.

Ergebnisse

Nach zweiwöchiger Intervention konnten zum Zeitpunkt T2 die Daten von 40 Probanden ausgewertet werden (Interventionsgruppe n=19; Kontrollgruppe n=21). Für das primäre Outcome, die Trainingshäufigkeit, ergab sich, dass die Interventionsgruppe (A) durchschnittlich 10,00 (±4,38) Trainingseinheiten innerhalb von 14 Tagen absolvierte. Die Kontrollgruppe (B) wies eine durchschnittliche Trainingshäufigkeit von 8,95 (±2,64) Einheiten auf (p=0,71).

Die sekundären Outcomes ergaben bei den funktionellen Einschränkungen für die Interventionsgruppe zum Zeitpunkt T2 einen durchschnittlichen RMDQ-Wert von 7,84 (±7,07) und bei der Kontrollgruppe von 9,19 (±5,71) (p=0,56). In Abbildung (1) wird darüber hinaus die signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe von T1 zu T2 ersichtlich (p=0,01).

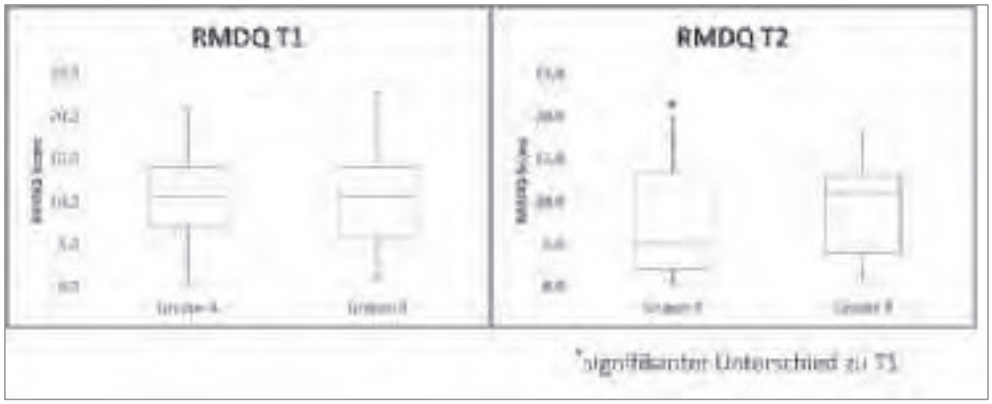

Abb.1: Darstellung der funktionellen Einschränkungen mittels Boxplots

Studienteilnehmer bei deren Angaben geringere motivationsfördernde Eigenschaften (PAREMO 20) für die Rehabilitationsmaßnahme festgestellt wurden, trainierten mit dem MeineReha®-System im Durchschnitt 10,00 (±4,97) Trainingseinheiten und mit dem konventionellen Trainingsplan 8,63 (±2,66) Trainingseinheiten. Es konnte dabei kein signifikanter Einfluss (p=0,34) des digitalen Trainings auf die Trainingshäufigkeit festgestellt werden. Das zuvor ermittelte Aktivitätsniveau der Interventionsgruppe zeigte ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zur Trainingshäufigkeit (r=-0,38; p=0,11).

Fazit

Eine Limitation des Studiendesigns betrifft die Fallzahl von 40 Probanden. Vergleichende Untersuchungen zur Telerehabilitation umfassten Stichproben von mindestens 100 Probanden und einen Zeitraum von einem Jahr um signifikante Ergebnisse zu erhalten (Bolier et al., 2013; Del Pozo-Cruz et al., 2012). Für weitere Untersuchungen ist daher zu vermuten, dass die Anzahl der Probanden deutlich höher liegen muss, um eindeutigere Ergebnisse zu erhalten. Die Nachhaltigkeit einer telematischen Intervention bleibt aufgrund des geringen Interventionszeitraumes, innerhalb stationärer Rehabilitation, noch ungeklärt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können daher eine Trendentwicklung und positive Aspekte des telematischen Trainings aufzeigen.

Die Einbindung eines telerehabilitativen Systems zur Unterstützung der stationären orthopädischen Maßnahmen erscheint tendenziell sinnvoll. Das digitale Training ist mindestens

genau so erfolgreich wie der konventionelle Trainingsplan und weist positive Tendenzen in der Trainingshäufigkeit auf. Es ermöglicht Patienten mit Low Back Pain eigenständig zu trainieren und funktionelle Einschränkungen zu reduzieren. Um das mögliche Potenzial dieser telerehabilitativen Anwendungen weiter nutzen zu können, sollten sich weitere Untersuchungen mit der Umsetzung in häuslicher Umgebung sowie im Rahmen von Nachsorgeprogrammen befassen.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland.

Literatur

Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Westerhof, G. J., Riper, H., Walburg, J. A., Bohlmeijer, E. (2013). An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: randomized controlled trial. Journal of medical Internet research, 15(9), e200.

Cottrell, M. A., Galea, O. A., O'Leary, S. P., Hill, A. J., & Russell, T. G. (2016). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: A systematic review and meta-analysis. Clinical rehabilitation, 31(5), 625-638.

Del Pozo-Cruz, B., Adsuar, J. C., Parraca, J., Del Pozo-Cruz, J., Moreno, A., Gusi, N. (2012). A web-based intervention to improve and prevent low back pain among office workers: a randomized controlled trial. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy, 42(10), 831-841.

Garg, S., Garg, D., Turin, T. C., Chowdhury, M., & Faruq, U. (2016). Web-Based Interventions for Chronic Back Pain: A Systematic Review. Journal of medical Internet research, 18(7), e139.

Tousignant, M., Boissy, P., Moffet, H., Corriveau, H., Cabana, F., Marquis, F., & Simard, J. (2011). Patients' satisfaction of healthcare services and perception with in-home telerehabilitation and physiotherapists' satisfaction toward technology for post-knee arthroplasty: an embedded study in a randomized trial. Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association, 17(5), 376-382.

ICD-Forum.de – wirksame internetbasierte psychosoziale Nachsorge bei Patienten mit implantierbarem Kardioverter-Defibrillator

Schulz, S. (1), Zniva, R. (1), Ritter, O. (1), Nordbeck, P. (1), Wacker, C. (2), Groschup, G. (3) Deneke, T. (4), Pauli, P. (1)

(1) Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz, Universitätsklinikum Würzburg, (2) Klinikum Rothenburg ob der Tauber, (3) Klinikum Aschaffenburg, (4) Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt/Saale

Zielstellung

Trotz des medizinischen Erfolgs von ICDs (Bardy et al. 2005) leiden bis zu 87 % der Patienten unter Angst, bis zu 38 % unter einer klinisch diagnostizierbaren Angststörung, bis zu 33 % unter Depressionen (Sears et al., 1999) und bis zu 15 % unter reduzierter Lebensqualität (Lüderitz et al., 1993). Die multi-Center, multi-disziplinäre, halb-offene, kontrollierte randomisierte klinische Studie ‚ICD-Forum' (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01589913) untersuchte die Wirksamkeit eines internetbasierten psychosozialen Nachsorgeprogramms für Patienten mit einem implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (ICD) als Zusatz zur üblichen medizinischen Nachsorge im Vergleich zur medizinischen Nachsorge allein.

Methoden

Mit ‚ICD-Forum.de' wurde ein sechswöchiges Internetbasiertes Programm zur Prävention von Angst und Depression sowie zur Verbesserung der Lebensqualität von ICD-Patienten entwickelt. Es stellte den Patienten, technische und medizinische Informationen zum ICD, Anleitungen zur Selbsthilfe die auf Modellen und Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie beruhen, sowie eine professionell moderierte virtuelle Selbsthilfegruppe zur Verfügung.

N=118 ICD-Patienten mit erhöhter Angst, Depression oder reduzierter Lebensqualität (Screening mit HADS [Herrmann et al., 1995] und SWLS [Glaesmer et al., 2011]) wurden zufällig (Minimisation-Algorithmus, stratifiziert nach Geschlecht, Alter und ICD-Indikation [primäre vs. sekundäre Prävention]) der Interventionsgruppe oder regulärer medizinischen Nachsorge zugewiesen. Soziodemographische, psychologische und medizinische Daten wurden bei Einschluss, vor und nach der Intervention sowie im 1-Jahres Follow-Up erhoben.

Ergebnisse

Die Stichprobe bestand aus einer typischen Gruppe von ICD-Patienten (Alter: M=58.75 Jahre, SD=11.31; weiblich: n=26.22 %). Fehlenden Daten (MCAR) wurden mit multipler Imputation (n=100 Imputationen) geschätzt. Gepoolte Ergebnisse der mixed models Messwiederholungs-Analyse belegen die Effektivität der Intervention im Vergleich zur Routineversorgung. Allerdings zeigten sich signifikante Effekte in der Zeit x Gruppe Interaktion auf Angst (HADS-Angst: $p<.03$, CI95 %: -4.44, -.23) und Depression (HADS-Depression: $p<.004$, CI95 %: -5.00, -.96) erst im 1-Jahres Follow-Up; die Lebensqualität verbesserte sich entgegen der Hypothesen nicht signifikant.

Fazit

Die vorliegende Studie belegt erstmalig in einem klinischen Trial, dass ICD-Patienten von internetbasierter psychosozialer Nachsorge profitieren. Das Angebot ließ sich problemlos in

die Routineversorgung integrieren. Der vorliegende Ansatz empfiehlt sich daher für die Umsetzung aktueller Leitlinien in der Behandlung von ICD-Patienten. Da ICD-Patienten unter ähnlichen Sorgen und Herausforderungen wie Patienten mit chronischer Herzerkrankung im Allgemeinen leiden, sind ähnliche Effekte bei einer Übertragung der Intervention auf andere Herzpatienten zu erwarten.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Literatur

Bardy, G. H., Lee, K. L., Mark, D. B., Poole, J. E., Packer, D. L., Boineau, R., Domanski, M., Troutman, C., Anderson, J., Johnson, G., et al. (2005): Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. The New England Journal of Medicine, 352. 225-237.

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., Roth, M. (2011): The German version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS). Psychometric properties, validity, and population-based norms. European Journal of Psychological Assessment, 27(2). 127-132.

Herrmann, C., Buss, U., Snaith, R. P. (1995): HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber.

Lüderitz, B., Jung, W., Deister, A., Marneros, A., Manz, M. (1993): Patient acceptance of the implantable cardioverter defibrillator in ventricular tachyarrhythmias. Pacing and Clinical Electrophysiology: PACE, 16(9). 1815-1821.

Sears, S. F., Todaro, J. F., Lewis, T. S., Sotile, W., Conti, J. B. (1999): Examining the Psychosocial impact of implantable cardioverter defibrillators: A literature review. Clinical Cardiology, 22. 481-489.

„Gesund und Stressfrei am Arbeitsplatz“ (GSA-Online plus) – Implementierung einer psychodynamischen Online-Nachsorge für beruflich belastete Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation

Zwerenz, R. (1), Böhme, K. (1), Ferdinand, P. (2), Labitzke, N. (3), Rudolph, M. (4), Schwarting, A. (5), Beutel, M.E. (1)

(1) Universitätsmedizin, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, (2) Universität Koblenz-Landau, Koblenz, (3) Medizinzentrum, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, (4) Mittelrhein-Klinik, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Boppard, (5) ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz AG, Bad Kreuznach

Zielstellung

Um die Erwerbsfähigkeit dauerhaft wiederherzustellen ist häufig eine ambulante, wohnortnahe Nachsorge nach einer stationären medizinischen Rehabilitation erforderlich. Lokale Nachsorgeangebote zum Transfer des Behandlungsergebnisses in den Alltag und das Berufsleben sind jedoch oft nicht zeitnah verfügbar, schwer zu erreichen oder nicht mit der beruflichen Situation vereinbar und werden deshalb nur unzureichend genutzt (Kobelt et al., 2004; Sibold et al., 2011). Online-Nachsorgeprogramme sind dagegen zeitlich und örtlich flexibel einsetzbar. GSA-Online wurde als indikationsübergreifende 12-wöchige, psychodynamisch orientierte Online-Nachsorge entwickelt, mit dem Ziel beruflich belastete Patienten durch eine psychotherapeutisch angeleitete Schreibintervention bei ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen. In einer randomisiert kontrollieren Studie konnte die Wirksamkeit hinsichtlich beruflicher und gesundheitlicher Zielkriterien nachgewiesen werden (Zwerenz et al., 2017). Ziel der vorliegenden Umsetzungsstudie war es, die Implementierung, Akzeptanz und differentielle Wirksamkeit von GSA-Online plus indikationsübergreifend (Psychosomatik, Orthopädie/ Rheumatologie) unter Praxisbedingungen zu untersuchen.

Methoden

Allen Rehabilitanden mit erwarteten Problemen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz wurde GSA-Online plus angeboten. Teilnehmer konnten sich bereits während der stationären Rehabilitation auf der Online-Plattform registrieren und Informationsvideos zur Nutzung der Online-Nachsorge ansehen. Zu Beginn und zum Ende der Nachsorge erfolgten Fragebogenerhebungen zur psychischen Symptomatik, zur Arbeitsfähigkeit und zu persönlichen Ressourcen. In wöchentlichen Zwischenmessungen wurden der Gesundheitszustand sowie die subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit erfasst. Am Ende wurden darüber hinaus die Behandler zum Implementierungsprozess befragt und die Teilnehmer und Nichtteilnehmer mit den übrigen Patienten, die im Rekrutierungszeitraum in der Klinik behandelt wurden, verglichen. Daraus können differenzierte Kriterien für die Empfehlung von GSA-Online plus abgeleitet werden.

Ergebnisse

In zwei Kooperationskliniken erhielten zwischen dem 01.06.2016 und dem 31.03.2017 insgesamt N=112 (4,4 %) von N=2.561 in diesem Zeitraum behandelten Rehabilitanden eine Empfehlung für GSA-Online plus. Davon registrierten sich N=86 (77 %) auf der Online-Plattform

und wurden damit in die Studie eingeschlossen. N=50 (58 %) absolvierten die Online-Nachsorge vollständig und verfassten mindestens sechs Tagebucheinträge (M=10,34; SD=1,99), weitere N=20 (23 %) verfassten mindestens einen Tagebucheintrag (M=2,75; SD=1,37), absolvierten das Nachsorgeprogramm aber nicht vollständig. N= 16 (19 %) nahmen trotz anfänglichem Interesse nicht an der Online-Nachsorge teil.

Die in die Studie eingeschlossenen Rehabilitanden unterschieden sich nicht in wesentlichen Merkmalen wie Diagnose, Geschlecht oder Familienstand von den übrigen Rehabilitanden, die im Rekrutierungszeitraum in den beiden Kliniken waren. Sie waren aber etwas jünger (p=.010), vor der stationären medizinischen Rehabilitation kürzer (p=.049) und seltener (p=.020) arbeitsunfähig, sowie länger in der stationären medizinischen Rehabilitation (p=.000).

Die Frage an die Behandler (N=19; Mehrfachnennung möglich) nach Indikationskriterien für GSA-Online plus nach Abschluss der Rekrutierung ergab als häufigste Begründung das Interesse des Rehabilitanden an einer spezifischen Nachsorge (N=12), die Offenheit für neue Medien/ innovative Behandlungsmethoden (N=11), erwartete Probleme bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (N=11) oder eine hohe berufliche Belastung (N=11) des Rehabilitanden bei zu erwartenden psychosozialen Problemen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Prä-post Vergleiche zwischen Entlassung aus der stationären medizinischen Rehabilitation und dem Ende der Nachsorge 3 Monate später ergaben hinsichtlich der erfassten Befindlichkeitsmaße keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Maßen psychischer Komorbidität (z. B. PHQ-9, PHQ-Stress, GAD-7), aber eine statistisch signifikante Verbesserung des Funktionsniveaus, erfasst durch die „Sheehan Disability Scale“ (p=.001). Ebenso signifikant verbessert haben sich die wöchentlich selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit (p=.001) sowie der subjektive Gesundheitszustand (p=.013).

Fazit

Insgesamt erhielt nur ein kleiner Anteil der Rehabilitanden aus den beiden Kliniken die Empfehlung GSA-Online plus als Nachsorgemaßnahme zu nutzen – womit die Empfehlungsrate niedriger ist als diejenige für z. B. psychologische Beratung oder komplexe Rehanachsorgeprogramme wie beispielsweise IRENA. Sobald allerdings eine Empfehlung ausgesprochen wurde, sind die Rehabilitanden dieser größtenteils gefolgt und haben GSA-Online plus mit einer deutlich höheren Teilnahme- und Adhärenzrate genutzt als in der vorausgegangenen randomisiert kontrollierten Wirksamkeitsstudie (Zwerenz et al., 2017).

Dies spricht dafür, dass die Vorbereitung und Motivierung für die Nachsorge während der stationären medizinischen Rehabilitation gelungen ist. Wie die Hauptgründe der Indikationsstellung bzw. die Merkmale der Teilnehmer im Vergleich zu den übrigen Rehabilitanden zeigen, haben wie zu erwarten v. a. Rehabilitanden, die zeitnah an den Arbeitsplatz zurückkehren, dabei zwischenmenschliche Probleme erwarten und offen für eine Nachsorge und die Nutzung neuer Medien sind, teilgenommen.

Dass bei den Teilnehmern an GSA-Online plus die psychische Befindlichkeit stabilisiert sowie das selbst eingeschätzte Funktionsniveau verbessert werden konnte, kann darüber hinaus vorsichtig als erster Hinweis für die differentielle Wirksamkeit von GSA-Online plus im naturalistischen Setting interpretiert werden. Weitere Ergebnisse zur Zufriedenheit und Nutzung von GSA-Online plus werden berichtet.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Kobelt, A., Nickel, L., Grosch, E., Lamprecht, F., Künsebeck, H. W. (2004): Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. Psychosotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 54. 58-64.

Sibold, M., Mittag, O., Kulick, B., Müller, E., Opitz, U., Jäckel, W. H. (2011): Prädiktoren der Teilnahme an einer Nachsorge nach ambulanter Rehabilitation bei erwerbstätigen Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 50(06). 363-371.

Zwerenz, R., Becker, J., Gerzymisch, K., Siepmann, M., Holme, M., Kiwus, U., Spörl-Dönch, S., Beutel, M. E. (2017): Evaluation of a transdiagnostic psychodynamic online intervention to support return to work: A randomized controlled trial. PloS one, 12(5). e0176513.

Evaluation eines internetbasierten poststationären Nachsorgeprogramms für depressiv erkrankte Männer: Ergebnisse der Viadukt-Studie

Poppelreuter, M. (1), Jakob, T. (1), Baumeister, H. (2), Mittag, O. (3), Geigges, W. (1)

(1) Rehaklinik Glotterbad, Glottertal, (2) Universität Ulm, (3) Universitätsklinikum Freiburg

Zielstellung

Internetbasierte Gesundheitsinterventionen (IGI) gewinnen zunehmend an Bedeutung, so auch im psychotherapeutischen Bereich. Manche Autoren konstatieren für IGI gleich große Effekte wie für traditionelle „face to face“-Psychotherapie (Andersson et al., 2014). IGI bieten auch neue Perspektiven für die Rehabilitation (Baumeister et al., o.J.). Einem wachsenden Angebot an vorwiegend kommerziell vertriebenen Programmen mit sehr unterschiedlicher inhaltlicher und methodischer Gestaltung (Proudfoot et. al., 2011) steht ein eklatanter Mangel an Evaluationsstudien insbesondere im Bereich der Regelversorgung gegenüber (Baumeister et al., 2017). In unserem von der DRV Baden-Württemberg geförderten Projekt (Laufzeit: Oktober 2014 - Dezember 2017) wurde ein modular aufgebautes, kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes und therapeutisch begleitetes poststationäres internetbasiertes Nachsorgeprogramm mit 6 Monaten Laufzeit entwickelt, das auf Inhalten aus der stationären Behandlung und dort definierten individuellen Zielsetzungen aufbaut. Es richtet sich spezifisch an depressiv erkrankte Männer, die im Hinblick auf die Nutzung ambulanter Versorgungsstrukturen als problematische Subgruppe gelten.

Methoden

Von 371 potentiell qualifizierenden Rehabilitanden unserer Klinik konnten N = 178 Personen für die Studiengruppe rekrutiert und kontrolliert auf Experimental- (EG) und Kontrollgruppe (KG) randomisiert wurden. Das internetbasierte Programm stellte ein Zusatzangebot dar, daneben standen allen Teilnehmern sämtliche Nachsorgemöglichkeiten der ambulanten Regelversorgung zur Verfügung. Primäres Outcome-Kriterium war die depressive Symptombelastung, erfasst durch das Beck Depressions-Inventar BDI-II. Messzeitpunkte waren die Entlassung aus der Klinik (T0), 4 (T1) und 10 Monate (T2) poststationär. Die Datensammlung wird endgültig im Dezember 2017 abgeschlossen sein.

Ergebnisse

25 der 89 EG-Teilnehmer bearbeiteten alle 12 Module des Viadukt-Programms, 12 Teilnehmer stiegen überhaupt nicht ein. Im Durchschnitt wurden 6,6 Module bearbeitet.

Bezogen auf unser Hauptkriterium der depressiven Belastung zeigte sich, dass signifikante Verbesserungen, die beide Gruppen im Rahmen des stationären Aufenthalts erzielten, über den poststationäre Beobachtungszeitraum erstaunlich stabil blieben (BDI-II: T0: MW = 13,47 (SD = 11,72); T2: 17,76 (SD = 13,37)). Hypothesenkonträr schnitt die EG bei T1 schlechter ab als die KG; zu T2 fanden wir keine signifikanten Differenzen.

Bei der Analyse moderierender Variablen lassen sich bislang verschiedene Aussagen machen. Zum einen spielt die Planung ambulanter Psychotherapie im Nachsorgezeitraum insofern eine Rolle, als in der EG keine ambulante PT mit höherer depressiver Belastung bei Entlassung verbunden war, während in der KG Teilnehmer ohne ambulante PT niedrigere Depressionsscores zeigten. Depressive Residualsymptomatik am Ende der (stationären) Behandlung stellt einen signifikanten Risikofaktor dar. Weiterhin zeigen unsere Daten, dass kritische Lebensereignisse im Nachsorgezeitraum starken Einfluss auf die Entwicklung der depressiven Symptomatik haben.

Die Daten zur subjektiven Zufriedenheit mit dem Programm sind sehr gut, die Rückmeldungen der Teilnehmer geben wertvolle Hinweise für die inhaltliche und methodische Gestaltung, die wir in einem separaten Beitrag darstellen. Höhere Zufriedenheit geht mit intensiverer Nutzung des Programms einher, nicht jedoch mit besseren Depressionswerten.

Fazit

Unsere Daten belegen ein hohes Interesse für diese Form der Nachsorge und zeigen die grundsätzliche Machbarkeit. Wir sehen im Rahmen der Evaluationsstudie keinen generellen positiven Interventionseffekt, dies vor dem Hintergrund einer insgesamt hohen Stabilität der Effekte der stationären Rehabilitation bei individuell höchst unterschiedlichen Verläufen.

Es wird deutlich, dass der Nutzen von IGI differenziert untersucht werden muss, bevor weitreichende Schlussfolgerungen zu Einsatzmöglichkeiten gezogen werden können. Insbesondere Studien zu individuellen Patientenbedürfnissen, Nutzungsverhalten, inhaltlichen und methodischen Aspekten, sowie Kosten-Nutzen-Fragen sind hierbei von essentieller Bedeutung.

Literatur

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Herdman, E. (2014). Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry, 13, 288-295.

Baumeister, H., Lin, J., Ebert, D. (ohne Jahr). Internetbasierte Gesundheitsinterventionen. Stand der Forschung und Nutzungspotential für die medizinische Rehabilitation. Expertise im Rahmen des von der DRV-Bund geförderten Projektes "Internetbasierte Gesundheitsinterventionen: Stand der Forschung und Implementierungsmöglichkeiten in der medizinischen Rehabilitation.".

Baumeister, H., Lin, J., Ebert, D. (2017). Internet- und mobilebasierte Ansätze. Psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 60, 436-444.

Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband, L., Andersson, G. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. Cognitive Behaviour Therapy, 40, 82-97.

Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Eine empirisch-qualitative Erkundung der Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure in der medizinischen Rehabilitation

Geidl, W. (1), Deprins, J. (2), Fangmann, C. (2), Rohrbach, N. (1), Pfeifer, K. (1), Sudeck, G. (2)

(1) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, (2) Eberhard Karls Universität Tübingen

Zielstellung

Die nachhaltige Förderung eines körperlich-aktiven Lebensstils ist ein zentrales Ziel der Bewegungstherapie (Dean et al. 2011), welches häufig nicht erreicht wird (Hay-Smith et al. 2016). Die methodisch-didaktischen Ansätze, die bewegungstherapeutische Akteure in der medizinischen Rehabilitation einsetzen, um dieses Ziel zu erreichen wurden bislang kaum untersucht. Dieser Beitrag zielt daher auf eine Ermittlung von Inhalten und Methoden, die Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten mit dem Ziel der Bewegungsförderung einsetzen sowie von Merkmalen, die aus ihrer Sicht gelungene Bewegungsförderung verhindern oder erleichtern.

Methoden

Im Rahmen einer Bestandsaufnahme der Bewegungstherapie im Mixed-Methods-Design wurden leitfadengestützte Fokusgruppen durchgeführt. Leitende bewegungstherapeutische Akteure (n = 58, ♀ = 24, ♂ = 34, AlterMean = 45 Jahre) diskutierten in sechs erkrankungsspezifischen Gruppen. Die Aufarbeitung der wörtlich transkribierten Audioaufnahmen erfolgte mittels inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalysen (Kuckartz, 2016). Auf Grundlage systematisch erstellter thematischer Zusammenfassungen zur Komprimierung bzw. Reduktion des Textmaterials, wurden im letzten Schritt iterative Diskussionen im Forscherteam geführt und Kernthemen herausgearbeitet.

Ergebnisse

Alle nachfolgend genannten Themen wurden von bewegungstherapeutischen Akteuren in Hiblick auf die Bindung an körperlich-sportliche Aktivität diskutiert.

Im Bereich der Inhalte und Methoden zur Bewegungsförderung konnten fünf Kernthemen identifiziert werden: Eine hohe Konzeptbasierung (1) war in Verbindung mit der Nutzung volitionaler Techniken zu finden, wohingegen bei Inhalten, die positive und vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen und positive affektive Reaktionen auslösen sollen, kaum konzeptionelle Bezugspunkte thematisiert wurden. Hier scheinen bewegungstherapeutische Akteure vielmehr erfahrungsbasiert zu handeln. Die Vermittlung von Spaß und Freude an Bewegung (2) wird einheitlich als ein wichtiger Bestandteil für eine langfristige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität gesehen, welcher durch ein vielfältiges Bewegungsangebot, individuelles Eingehen auf persönliche Vorlieben und bewegungsbezogene Voraussetzungen

sowie die Reflexion von Bewegungserfahrungen angesteuert werden könne. In Bezug auf die Wissensvermittlung (3) wurde von den Akteuren betont, wie wichtig die Verknüpfung von Theorieinhalten mit praktischen Bewegungserfahrungen sowie deren Reflexion in Gesprächsphasen ist. Materialnutzung in Papierform für eigenständiges Trainieren und Üben (4) kam verbreitet zum Einsatz, deren Effektivität wurde allerdings kritisch hinterfragt und Formen der „modernen" Mediennutzung wurden diskutiert. Bewegungstherapeutische Akteure betonten, dass Strategien zur Förderung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung (5) bereits während der Rehabilitationsphase verfolgt werden müssen und die Weiterführung von Aktivitäten am Wohnort vorbereitet werden muss.

Die diskutierten zentralen Barrieren und Förderfaktoren einer gelungenen Bewegungsförderung ordnen sich in fünf Kernbereiche: Im Spannungsfeld zwischen Individualität vs. organisatorisch-strukturelle Bedingungen (1) wird ein patientenzentriertes Arbeiten als zentral erachtet, welches durch Vorgaben des Kostenträgers und mangelnde Therapeutenkonstanz erschwert wird. Empathiefähigkeit und Authentizität werden als Basis für eine unterstützende Rolle der therapeutischen Akteure (2) angesehen. Auf Seite der Rehabilitanden werden Erwartungen an passive Maßnahmen und Bewegungsvorerfahrungen (3) als hinderlich bzw. förderlich diskutiert. Im Bereich Zusammenarbeit und Kommunikation im Reha-Team (4) erachten die Diskutierenden gemeinsame Botschaften und der Austausch im Team als förderlich, während die Rolle des Arztes insbesondere bei Therapieverordnungen kritisch beurteilt wird. Schließlich sehen Akteure der Fokusgruppe die Quantität und Qualität von Nachsorgeangeboten (5) als bedeutsam für eine gelingende Bewegungsförderung an.

Fazit

Die moderierten Gruppendiskussionen haben vielfältige Einblicke in die Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure zur Umsetzung einer nachhaltigen Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie erbracht. Die identifizierten Kernthemen weisen auf Handlungsorientierungen hin, die im Einklang mit allgemeinen didaktisch-methodischen Prinzipien stehen, welche in bewegungstherapeutischen Lehrbüchern beispielsweise im Zusammenhang mit der pädagogischen Dimension der Bewegungstherapie aufgegriffen werden (Huber, 2012). Die Ergebnisse der Fokusgruppen bekräftigen durchaus fundierte didaktisch-methodische Handlungsorientierungen der leitenden bewegungstherapeutischen Akteure und entsprechende pädagogische Qualifikationen, die auf Basis von Aus-, Fort- und Weiterbildungen als auch durch die Berufserfahrung zu einem professionellen therapeutischen Handeln beitragen. Bewegungstherapeutische Akteure scheinen allerdings in einem sehr unterschiedlichen Maße Expertinnen und Experten für eine verstärkte Verhaltensorientierung in der Bewegungstherapie zu sein. Diese Heterogenität seitens der bewegungstherapeutischen Akteure generierte ein breites Spektrum an Barrieren und Förderfaktoren für eine als erfolgreich wahrgenommene Umsetzung der Bewegungsförderung.

Literatur

Dean, E., Al-Obaidi, S., Andrade, A. de, Gosselink, R., Umerah, G. (2011): The first physical therapy summit on global health: implications and recommendations for the 21st century. Physiotherapy Theory and Practice, 27. 531-547.

Hay-Smith, E., McClurg, D., Frawley, H., Dean, S. (2016): Exercise adherence: integrating theory, evidence and behaviour change techniques. Physiotherapy,102. 7-9.

Huber, G. (2012): Zur pädagogischen Dimension der Sporttherapie. In: Schüle, K. Huber, G. (Hrsg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 122-134.

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage: Weinheim: Beltz Juventa.

Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Eine latente Klassenanalyse auf Basis einer bundesweiten Erhebung

Sudeck, G., (1), Geidl, W. (2), Deprins, J. (1), Streber, R. (2), Pfeifer, K. (2)

(1) Eberhard Karls Universität Tübingen, (2) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Zielstellung

Bewegungstherapeutische Leistungen machen den größten Zeitumfang medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen aus (Brüggemann et al., 2017). Dabei ist die Bewegungstherapie im Rahmen biopsychosozialer Rehabilitationskonzepte mit verschiedenen allgemeinen und therapiespezifischen Zielsetzungen verbunden, welche mit vielfältigen Inhalten und Methoden anvisiert werden können (z. B. Pfeifer et al., 2010). Es ist allerdings wenig darüber bekannt, in welchem Maße solche biopsychosozialen Konzepte der Bewegungstherapie einen Eingang in die reguläre Rehabilitationspraxis finden und zu einer evidenzbasierten Bewegungstherapie beitragen können.

Im Rahmen der bundesweiten Bestandsaufnahme der Bewegungstherapie im Rahmen des Projekts „BewegtheReha“ (Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund) wurde bereits festgestellt, dass bewegungstherapeutische Leitungspersonen große Unterschiede in der Einschätzung von erzielbaren Wirkungen durch die jeweils eigene Bewegungstherapie Wirkbereichen (z. B. mit Blick auf den Transfer körperlicher Aktivitäten in den Alltag) und für die Gewichtung bewegungstherapeutischer Inhalte aufweisen (Deprins et al., 2016; siehe genauer unten). Diese Unterschiede waren nicht allein auf die verschiedenen Erkrankungsbereiche zurückzuführen. Zudem bestand auch innerhalb von Erkrankungsbereichen eine große Heterogenität. Deshalb zielt dieser Beitrag auf eine weitergehende Kategorisierung der bewegungstherapeutischen Abteilungen im Hinblick auf ihre Ziele und Inhalte ab. Im Fokus steht die Identifikation von typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Es werden der Verbreitungsgrad von typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen ermittelt und mögliche Unterschiede zwischen Erkrankungsbereichen exploriert.

Methoden

Die bundesweite Bestandsaufnahme basiert auf einer querschnittlichen Fragebogenstudie, in der Leitungspersonen der Bewegungstherapie von insgesamt 1.558 Fachabteilungen aus 1.146 Rehabilitationseinrichtungen über die DRV Bund angeschrieben und um eine anonymi-

sierte Rückmeldung gebeten wurden. Der anonymisierte Rücklauf betrug insgesamt 713 verwertbare Fragebögen aus 539 Einrichtungen, die schwerpunktmäßig Erkrankungen aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Endokrinologie, Neurologie, Onkologie, Psychosomatik und Sucht versorgten.

Zur Kategorisierung der inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung der bewegungstherapeutischen Abteilungen wurde eine latente Klassenanalyse berechnet (Collins & Lanza, 2010). Als Kriterien für die Kategorisierung wurden die Einschätzungen über erzielbare Wirkungen durch die eigene Bewegungstherapie in vier faktorenanalytisch definierten Wirkbereichen (körperlich-motorisch, psycho-sozial, Abbau von Unsicherheit/Dekonditionierung und Transfer körperlicher Aktivität in den Alltag) sowie die Gewichtung von verhaltensorientierten Inhalten (Wissensvermittlung, volitionale Unterstützung des Transfers körperlicher Aktivität, positives Erleben körperlicher Aktivität) herangezogen. Zusätzlich wurde der zeitliche Anteil der bewegungstherapeutischen Gruppenleistungen mit Fokus auf Bewegungspraxis in Relation zu Anteilen mit Verbindung zur Wissensvermittlung verwendet. Für diese insgesamt 8 Kriterien wurden jeweils Terzile gebildet, die eine unter-, über- oder durchschnittliche Ausprägung in den Merkmalen bedeuteten. Für die Klassenanalyse konnten 624 bewegungstherapeutische Abteilungen herangezogen werden, für die keine Überschneidungen in den Leitungspersonen sowie ausreichende Informationen aus den Fragebögen vorlagen.

Ergebnisse

Auf Basis statistischer Entscheidungskriterien innerhalb der latenten Klassenanalyse sowie der inhaltlichen Interpretierbarkeit wurde eine 6-Klassen-Lösung favorisiert. Für diese 6-Klassen-Lösung zeigten sich gute bis sehr gute Zuordnungswahrscheinlichkeiten pro Klasse. Diese sechs Klassen weisen entsprechend substanzielle Unterschiede in dem Merkmalsbündel der acht inhaltlich-konzeptionellen Merkmale auf. Die Besonderheiten der typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen der Bewegungstherapie lassen sich an dieser Stelle wie folgt kurz charakterisieren: (1) Fokus Konditionsaufbau und Abbau von Unsicherheit (15.7 % der befragten Abteilungen); (2) Fokus Bewegung (21.1 %); (3) Fokus Erlebnis (11.9 %); (4) Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung (30.9 %); (5) Fokus Training mit ergänzender Verhaltensorientierung (6.6 %); (6) Verhaltensorientierung bei geringer Erwartungshaltung (mit Blick auf erzielbare Wirkungen; 13.8 %). Es zeigten sich hierbei Zusammenhänge mit den Erkrankungsbereichen, wobei in der Kardiologie und Onkologie die typische Ausrichtung (4) Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung überrepräsentiert ist. Demgegenüber war beispielsweise die Klasse (1) mit Fokus auf Konditionsaufbau und Abbau von Unsicherheit in den Bereichen Orthopädie TEP und Neurologie überrepräsentiert. Ein Fokus auf Erlebnis (3) war hingegen typisch für die Bereiche Psychosomatik und Sucht. Daneben zeigen sich jeweils weitere typische Ausrichtungen innerhalb der Erkrankungsbereiche, wobei für die Erkrankungsbereiche jeweils spezifische Verteilungsmuster auftraten.

Fazit

Für die flächendeckende Weiterentwicklung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation bekräftigen die Ergebnisse, dass einzelne bewegungstherapeutische Abteilungen durch jeweils spezifische inhaltlich-konzeptionelle Ausgangsbedingungen geprägt sind. Darunter fallen sachlogische Differenzierungen zwischen einzelnen Erkrankungsbe-

reichen, aber auch Unterschiede innerhalb einzelner Erkrankungsbereiche. Es sind dabei Hinweise erkennbar, dass manche konzeptionell-inhaltliche Ausrichtungen weniger mit biopsychosozial ausgerichteten Bewegungstherapie-Konzepten, die zudem die Bewegungsförderung angemessen in den Blick nehmen, in Einklang stehen. Der Wissensaustausch zwischen Forschung und Praxis ebenso wie strukturelle und konzeptionelle Vorgaben seitens der Kostenträger müssen nach Möglichkeit diese Diversität verstärkt berücksichtigen, um Weiterentwicklungsprozesse zu begünstigen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Brüggemann, S., Sewöster, D., Kranzmann, A. (2017): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – Ein Update auf Basis quantitativer Routinedaten. DRV-Schriften, Bd 111. 290-292.

Collins, L.M. & Lanza, S. T. (2010). Latent class and latent transition analysis. New York: Wiley.

Deprins, J., Geidl, W., Streber, R., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2016). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Inhaltliche Ausrichtung und Standardisierungsgrad. Ergebnisse einer bundesweiten Bestandaufnahme. DRV-Schriften, Band 109, S. 316-317.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S. & Huber, G. (2010). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität und Perspektiven. Rehabilitation, 49, 224-236.

Effekte des MoVo-LISA-Programms auf die postrehabilitative Sportaktivität bei KHK-PatientInnen: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie

Kinkel, S. (1), Wurst, R. (2), Fuchs, R. (2)

(1) Park Klinikum Bad Krozingen,

(2) Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Freiburg

Zielstellung

Körperliches Training hat einen positiven Einfluss auf bekannte kardiovaskuläre Risikofaktoren. Die Evidenz der sekundärpräventiven Effekte sportlicher Aktivität bei der koronaren Herzkrankheit (KHK) ist ausreichend nachgewiesen (Bjarnason-Wehrens et. al., 2009). Die Bedeutung der körperlichen Aktivität in der kardiologischen Rehabilitation wird in der Erhebung von Brügemann, Sewöster & Kranzman (2017) deutlich. Die durchschnittliche Dauer von bewegungstherapeutischen Leistungen in der kardiologischen Rehabilitation liegt bei 11,6 Stunden pro Woche und der zeitliche Anteil von Bewegungstherapie an allen Leistungen beträgt 69 % Damit sind die bewegungstherapeutischen Interventionen die umfangsstärksten Therapieleistungen im Therapieplan des KHK-Patienten. Die langfristigen Ergebnisse der Sekundärprävention auf die lebensstilbedingten Risikofaktoren bei KHK-Patienten sind ernüchternd. Ein Beleg hierfür sind die Ergebnisse der EUROASPIRE-Studien I,II und III. Hier

zeigt sich wie sich die kardiovaskulären Risikofaktoren bei Herzpatienten nach einer rehamedizinischen Behandlung über einen längeren Zeitraum negativ entwickeln (Prugger et. al., 2012). Kognitiv-behaviorale Interventionen haben ein gutes Potential, das Sport- und Bewegungsverhalten nachhaltig zu verändern (Geidl et. al., 2012). In der vorliegenden Studie wurden die Effekte des Programms MoVo-LISA auf die postrehabilitative Sportaktivität erstmalig auf Basis eines RCT-Designs auf seine Wirksamkeit überprüft.

Methoden

In einer klinischen, zweiarmigen, randomisierten und kontrollierten Interventionsstudie mit einem Follow-up nach 6-Wochen, 6 Monaten und 12 Monaten (post-Reha) wurden zwei Gruppen von anfänglich sportlich-inaktiven KHK-Patienten hinsichtlich ihrer Sportaktivität verglichen. Die Interventionsgruppe [IG]: n = 100; 21 % ♀; MAlter = 57 Jahre erhielt die Standardbehandlung der Klinik plus MoVo-LISA und die Kontrollgruppe [IG]: n= 102; 26 % ♀; MAlter = 60 Jahre erhielt nur die Standardbehandlung der Klinik ohne MoVo-LISA. Die Sportaktivität wurde mittels BSA Fragebogen (Fuchs et.al. 2015) ermittelt. Statistisch wurde im Längsschnitt das Verfahren der Varianzanalysen mit Messwiederholung angewendet. Die Analysen wurden dabei getrennt in einen Interventionseffekt (IG: n = 85, KG: n = 85) und einen Aufrechterhaltungseffekt (IG: n = 65, KG: n = 62) durchgeführt. Bei den Querschnittsanalysen kamen zu den jeweiligen Messzeitpunkten Bonferroni adjustierte-Tests zum Einsatz.

Ergebnisse

Sechs Wochen post Reha zeigte sich bezüglich des Sportaktivitätsverhaltens ein deutlicher Interventionseffekt. Mit Mittelwerten von 319 Minuten Sportaktivität pro Woche zeigte sich in der Interventionsgruppe ein signifikant ($p<.001$) höherer Gesamtumfang gegenüber der Kontrollgruppe (121 Minuten Sportaktivität pro Woche). Der Interaktioneffekt Zeit x Gruppe wies eine Effektstärke von Eta^2 (partiell) = .241 auf. Beim Aufrechterhaltungseffekt zeigten sich ebenfalls in der Interventionsgruppe deskriptiv deutlich höherer Umfänge der Sportaktivität gegenüber der Kontrollgruppe (s. Abbildung 1). Ein Jahr nach der kardiologischen Rehabilitation erreichte die Interventionsgruppe im Mittel 208 Minuten an Sportaktivität pro Woche. Hierbei zeigte sich ein signifikant ($p<.009$) höherer Gesamtumfang gegenüber der Kontrollgruppe (114 Minuten Sportaktivität pro Woche. Der Interaktioneffekt Zeit x Gruppe wies eine Effektstärke von Eta^2 (partiell) = .137 auf.

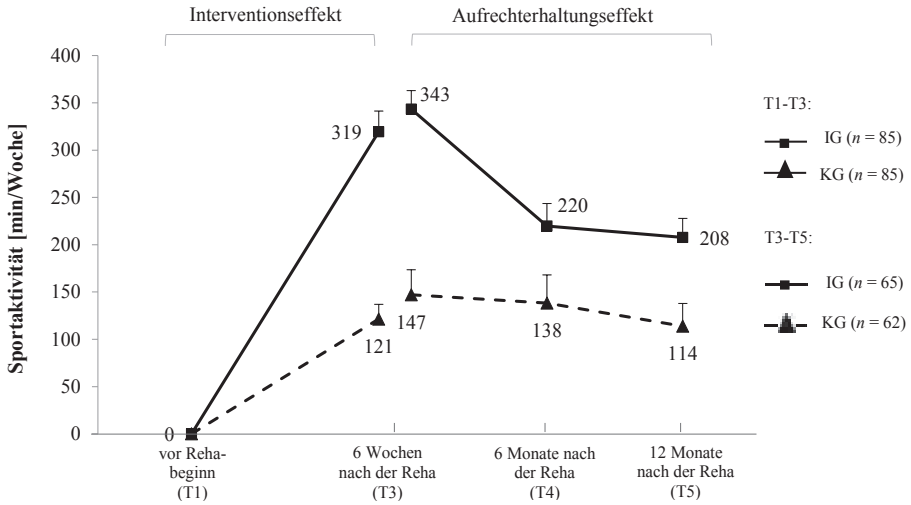

Abb. 1: Durchschnittliche Gesamtdauer der Sportaktivität [min/Woche]

Fazit

Die Ergebnisse bestätigen die Wirksamkeit von MoVo-LISA erstmalig auf der Basis eines RCT-Designs bei inaktiven KHK-Patienten im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes. Die Ergebnisse basieren auf der Datengrundlage von Selbstangaben der Studienteilnehmer in Fragebögen. Die Daten können somit auf Grund der bekannten Phänomene der sozialen Erwünschtheit oder des sich nicht Erinnerns verzerrt sein. Jedoch ist die Möglichkeit der Verzerrung der Daten in beiden Gruppen gegeben, somit ist zumindest eine Vergleichbarkeit der Gruppen trotz der Limitierung der Daten gewährleistet.

Literatur

Bjarnason-Wehrens, Birna; Schulz, Olaf; Gielen, Stephan; Halle, Martin; Dürsch, Martin; Hambrecht, Rainer et al. (2009): Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. In: Clin Res Cardiol Suppl 4 (S3), S. 1–44. DOI: 10.1007/s11789-009-0078-8.

Brüggemann, Silke; Sewöster, Daniela; Kranzmann, Angela (2017): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. In: Die Rehabilitation. DOI: 10.1055/s-0043-102556.

Fuchs, Reinhard; Klaperski, Sandra; Gerber, Markus; Seelig, Harald (2015): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 23 (2), S. 60-76. DOI: 10.1026/0943-8149/a000137.

Geidl, W.; Hofmann, J.; Göhner, W.; Sudeck, G.; Pfeifer, K. (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie - Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. In: Die Rehabilitation 51 (4), S. 259–268. DOI: 10.1055/s-0031-1280803.

Prugger, Christof; Heidrich, Jan; Wellmann, Jürgen; Dittrich, Ralf; Brand, Stefan-Martin; Telgmann, Ralph et al. (2012): Trends in cardiovascular risk factors among patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE I, II, and III surveys in the Münster

region. In: Deutsches Arzteblatt international 109 (17), S. 303–310. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0303.

6-Monats Follow-Up einer motivational-volitionalen Intervention zur Unterstützung der körperlichen Aktivität nach einer Brustkrebserkrankung

Göhner, W. (1), Ralf, L. (2), Feicke, J. (2), Spörhase, U. (2), Bitzer, E.-M. (2)

(1) Katholische Hochschule Freiburg, (2) Pädagogischen Hochschule Freiburg

Zielstellung

Die medizinische Rehabilitation verfolgt das Ziel, Frauen nach einer Brustkrebserkrankung in der Aneignung eines körperlich aktiven Lebensstils nachhaltig zu unterstützen. Die Reha-Therapiestandards „Brustkrebs“ der Deutschen Rentenversicherung fordern hierfür, dass mindestens 75 % der Rehabilitandinnen während der Rehabilitation Bewegungstherapie in einem zeitlichen Umfang von vier Stunden pro Woche erhalten, was größtenteils umgesetzt wird. Es gibt zudem Hinweise, dass Frauen, die an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen, ein Jahr nach der Operation körperlich aktiver sind als Frauen ohne Rehabilitation. Jedoch reduzieren auch viele Frauen nach einer Brustkrebserkrankung während und nach der Behandlung den Umfang an körperlicher Aktivität und behalten diesen bewegungsarmen Alltag oftmals bei.

Um ein körperlich aktives Verhalten zu beginnen und dauerhaft aufrecht zu erhalten, wird Unterstützung sowohl der Motivation als auch der Umsetzungskompetenz (Volition) empfohlen (Geidl et al., 2012). Auf Basis des MoVo-Prozessmodells (Fuchs, 2007) wurde deshalb das Programm Motivational-volitionale Intervention – Bewegung nach Brustkrebs (MoVo-BnB) entwickelt, welches darauf zielt, unter pädagogischen, didaktischen, psychologischen und bewegungstherapeutischen Aspekten nachhaltig die körperliche Aktivität von Rehabilitandinnen nach Brustkrebs zu erhöhen. Das Programm umfasst vier Einheiten und wird während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes in geschlossen Gruppen von geschulten Physiotherapeut(inn)en durchgeführt.

Ziel des Beitrages ist es herauszufinden, ob sich der Umfang der sportlichen Aktivität bei Teilnehmerinnen an MoVo-BnB erhöht gegenüber der Kontrollgruppe ohne Intervention und ob nachweisbare Veränderungen hinsichtlich der sekundären Variablen gesundheitsbezogene Lebensqualität und Fatigue erzielt werden.

Methoden

In einer prospektiven kontrollierten Interventionsstudie mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn (T0), Reha-Ende (T1), 6- (T2) und 12-Monats-Katamnese (T3)) wird der Effekt der Intervention überprüft. Die Zielgruppe besteht aus Rehabilitandinnen mit der Hauptindikation „Mammakarzinom“, welche durch eine Vorauswahl als sportlich wenig aktiv während des letztens Monats vor Rehabilitationsbeginn identifiziert wurden (<60 Min/Wo). Das Schulungsprogramm wurde in zwei Reha-Einrichtungen im Zeitraum April 2016 bis Juni 2017 durchgeführt.

Primäres Zielkriterium ist die sportliche Aktivität (BSA-Fragebogen; Fuchs et al., 2015). Sekundäre Parameter sind die erkrankungsbezogene Lebensqualität (EORTC QLQ-C30; Aaronson etal., 1993) inkl. des Moduls Fatigue (EORTC QLQ FA13; Weis et al., 2013). Die Prüfung der Fragestellungen erfolgte durch den Intergruppenvergleich zu den Messzeitpunkten mittels Kovarianzanalysen (ANCOVA) unter Kontrolle der Ausgangswerte zum ersten Messzeitpunkt. Zur Bewertung der Gruppenunterschiede werden die statistische Signifikanz und das Effektgrößenmaß Eta^2 dargestellt. Die Einwilligung zur Teilnahme war freiwillig und die Befragung erfolgte pseudonymisiert. Vorgestellt werden Ergebnisse für den Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik.

Ergebnisse

Es liegen Antworten von n=560 Rehabilitandinnen vor (IG n=246, KG n=314). Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt 57,9 Jahre (SD=9,6). Die Auswertung bzgl. der körperlichen Aktivität zeigt, dass im Mittel die Personen, die an der BnB-Intervention teilgenommen haben, sechs Monate nach Klinikentlassung 94.7 Minuten/Woche körperlich aktiv sind (t0: 12.5); die Personen der Kontrollgruppe sind zu diesem Zeitpunkt 80.4 Minuten/Woche aktiv (t0: 11.6). Die ANCOVA zeigt keinen statistisch signifikanten Effekt bzgl. der Gruppenzugehörigkeit. Darüber hinaus zeigt sich nur in der Dimension „emotionale Fatigue“ ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen IG und KG zu t1 (p=.025, eta2=.009).

Fazit

Die für beide Gruppen gleiche Standardrehabilitation führt zu einer erheblichen Steigerung der körperlichen Aktivität sechs Monate nach Klinikentlassung. Die Gruppenunterschiede zu T2 bzgl. der körperlichen Aktivität sind jedoch unerwartet gering, sodass zunächst nicht von einer Unterstützung hin zu mehr körperlicher Aktivität und zu positiven Beeinflussungen der Lebensqualität und Fatigue (ausgenommen: emotionale Dimension) durch die Zusatzintervention ausgegangen werden kann. Ob eine gruppenspezifische Veränderung erst zu einem späteren Zeitpunkt erwartet werden darf, wird die Effektevaluation 12 Monate nach Ende der Intervention zeigen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in On-cology. Journal of the National Cancer Institute, 85, 365376.

Fuchs, R. (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Fuchs, W. Göhner, H. Seelig (Hrsg.), Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.

Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen: Eine methodische Zwischenbilanz. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23, 60-76.

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., W. & Pfeifer, K. (2012). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bin-dung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Rehabilitation, 51, 259-268.

Weis, J., Arraras, J.I., Conroy, T., Efficace, F., Fleissner, C., Gorog, A., et al. (2013). Development of an EORTC quality of life phase III module measuring cancer-related fatigue (EORTC QLQ-FA13). Psychooncology, 22, 1002-1007.

Reha bewegt - aber wie eigentlich? KTL-Analyse zu bewegungstherapeutischen Angebotsmustern auf Klinikebene bei medizinischer Rehabilitation von chronischem Rückenschmerz

Golla, A., Mau, W.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Evidenzbezogene Analysen unterstreichen, dass medizinische Rehabilitationsleistungen bei chronischem Rückenschmerz eine große Bandbreite an unterschiedlichen Bewegungstherapien umfassen sollen und eine Dosis-Wirkungs-Beziehung anzunehmen ist. Zugleich lässt sich aber keine spezifische Form der Bewegungstherapie empfehlen (AQMS, 2015). Daher werden hohe bewegungstherapeutische Umfänge mit großer Angebotsvariation gefordert, aber kaum Limitierung in der inhaltlichen Ausgestaltung definiert (DRV, 2011). Den Rehabilitationskliniken bietet sich so Raum für eine individuelle Interpretation und Ausgestaltung der Sport- und Bewegungstherapie.

Zwar liegen detaillierte Informationen zu den bewegungstherapeutischen Umfängen vor (Brüggemann et al., 2017), jedoch ist bisher nur wenig bekannt, auf welchen Angeboten diese beruhen und wie stark die inhaltliche Therapieausgestaltung in der Kliniklandschaft variiert. Mit den routinemäßigen Therapiedokumentationen (KTL-Daten) der Kliniken steht ein Datenpool zur Verfügung, der möglicherweise detaillierte Informationen zu konzeptionellen Schwerpunkten liefern kann. Daher wurde geprüft, ob sich bewegungstherapeutische Angebotsmuster aus den KTL-Dokumentationen bei medizinischen Rehabilitationsleistungen von Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen im klassischen Heilverfahren extrahieren lassen.

Methodik

Als Datengrundlage dienten die Rohdaten des Querschnittdatensatzes Rehabilitationsstatistik des Jahres 2013 ergänzt um verfügbare KTL-Dokumentationen und eine pseudonymisierte Klinikvariable. Ein vorgefilterter Datensatz wurde durch das Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung bereitgestellt und nach folgenden Kriterien fallbezogen weiter verarbeitet: (I) Rehabilitationsleistung im Heilverfahren, (II) Reha-Dauer zwischen 18 und 42 Tagen, (III) regulär abgeschlossene Reha-Leistung, (IV) erste Entlassungsdiagnose im Geltungsbereich der DRV-Therapiestandards chronischer Rückenschmerz, (V) dokumentierte Gesamttherapiezeit zwischen 14-84 Stunden pro Aufenthaltswoche (ohne KTL-Kapitel M - Ernährung), (VI) mindestens 12 unterschiedliche KTL-Codes im Fall dokumentiert. Darüber hinaus wurden nur jene Fälle eingeschlossen, die aus Kliniken mit mindestens 50 gültigen Fällen stammen.

Die sport- und bewegungstherapeutische Versorgung wurden auf Rehabilitandenebene hinsichtlich der Vorgaben der Reha-Therapiestandards (RTS) Chronischer Rückenschmerz (cR) deskriptiv analysiert. Wenn nicht anders gekennzeichnet, sind arithmetische Mittelwerte ±Standardabweichung dargestellt. Die Analyse basiert auf den RTS-cR Version 2011 und der KTL-Systematik 2007. Zur Identifizierung möglicher Angebotsschwerpunkte wurde eine Clusteranalyse auf Klinikebene durchgeführt (Fälle: Klinik; Variablen: Ø Anteile des [I] kraft- und [II] ausdauerorientierten Leistungsumfangs am dokumentierten bewegungstherapeutischen Gesamtumfang je Klinik; Clustering-Algorithmus: Complete Linkage; Proximitätsmaß: quadrierte Euklidische Distanz) und auf mögliche Clusterauffälligkeiten geprüft. Der Fokus auf die beiden Angebotsformen (Kraft vs. Ausdauer) als Clustergrundlage begründet sich aus der guten inhaltlichen Differenzierbarkeit der zugrundeliegenden KTL-Codes (Kraft: A03, A102, L012; Ausdauer: A01, A02, A101, L011).

Ergebnisse

Der untersuchte Datensatz beinhaltete nach vollständiger Filterung 41.555 Fälle (47 % weiblich; Top-3 ICD-10 Diagnosen: 33,6 % M54.4; 28,3 % M54.3; 14,1 % M51.2) aus 194 Kliniken (Ø 214±211 Fälle pro Klinik; N_{min}=50 Fälle, N_{max}=1385) mit einer dokumentierten Gesamttherapiezeit von Ø 19,7±4,7 Stunden pro Aufenthaltswoche. Der bewegungstherapeutische Leistungsumfang (Geltungsbereich RTS-cR ETM01) betrug Ø 9,9±3,4 Std/Woche (=50,3 % des Therapiegesamtumfangs). Die laut KTL-Definition primär kraftorientierten Therapieangebote umfassten Ø 3,3 ± 2,5 Std./Woche, primär ausdauerorientierte Therapien betrugen Ø 2,8 ±1,9 Std./Woche.

Die Clusteranalyse zu klinikbezogenen Anteilen von Ausdauer- (At) und Krafttraining (Kt) führte zu einer 4-Clusterlösung. So ließen sich Kliniken mit einem überwiegenden Anteil an kraftorientierten Angeboten (CL1, n=54: Ø 45 % Kt vs. 26 % At), einem überwiegenden Anteil an ausdauerorientierten Angeboten (CL2, n=11: Ø 58 % At vs. 16 % Kt), einem relativ ausgeglichen Anteil beider Angebote (CL3, n=119: Ø 24 % Kt vs. 28 % At) und einem vergleichsweise geringen Anteil an kraftorientierten Angeboten (CL4 ,n=10 Ø 8 % Kt, 20 % At) differenzieren. Deutlich wurden die Angebotsunterschiede bei der Betrachtung der ungewichteten Therapieumfänge in den Clustern. So betrugen z. B. im CL1 der Umfang des Krafttrainings pro Klinik Ø 5,3 Std./Woche (Vgl. At=2,8 Std./Woche), im CL2 der Umfang des Ausdauertrainings Ø 7,0 Std./Woche (Vgl. Kt=1,2 Std./Woche). Bei inhaltlicher Betrachtung des CL4 offenbarte sich ein dortiger Angebotsschwerpunkt im Bereich der physiotherapeutischen Leistungen (KTL-Kapitel B, Anteil am bewegungstherapeutischen Gesamtumfang = Ø 43 % pro Klinik). Vergleicht man die Klinikcluster bezüglich der geforderten bewegungstherapeutischen Mindestumfänge (min. 7,5 Std./Woche) wurde deutlich, dass es Kliniken mit einem hohen Anteil an ausdauerorientierten Angeboten (CL2) am ehesten gelingt, die RTS-Mindestvorgaben umzusetzen (ETM01-Erfüllungsgrad pro Klinik = Ø 90 %). Im Kontrast dazu ist der ETM01-Erfüllungsgrad bei Kliniken mit hohen physiotherapeutischen Therapieanteilen (CL4) am geringsten (Ø 63 %).

Fazit

Die explorative Analyse gibt einen ersten Hinweis, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Bewegungstherapie zwischen den Kliniken mitunter stark variiert. Bei einem Großteil der Kliniken (CL3) kann eine bewegungstherapeutische Angebotsvariation im Sinne evidenzbasierter

Empfehlungen vermutet werden. In einigen Kliniken (CL1, CL2 & CL4) deuten sich jedoch bestimmte Angebotsschwerpunkte an, die Einfluss auf die bewegungstherapeutischen Gesamtumfänge in den Kliniken nehmen. Aufgrund des spezifischen Datenzugangs (Ableitung von Angebotsmustern auf Basis von Prozessdaten) sollten die Ergebnisse jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. In weiteren Schritten gilt es kritisch zu prüfen, wie homogen die identifizierten Angebotsmuster innerhalb der Kliniken sind (im Sinne standardisierter Therapiekonzepte vs. variabler individuelle Leistungserbringung) und ob sich aus den verfügbaren Routinedaten Faktoren identifizieren lassen, die eine spezifische Angebotsausgestaltung erklären könnten (z. B. Rehabilitandencharakteristik oder Personalschlüssel in der Klinik).

Literatur

AQMS - Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg. (2015). RTS-Methodenreport Chronischer Rückenschmerz. Online-Ressource unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/Rueckenschmerz/rts_ruecken_methodenreport_download_2015.html (abgerufen am 20.10.2017).

Brüggemann S., Sewöster D., Kranzmann A. (2017). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. Die Rehabilitation. [Epub ahead of print]

DRV Bund (2011). Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Teilhabeförderung durch zielgruppenspezifische Bewegungsförderung bei sehgeschädigten Kindern und Jugendlichen

Giese, M.
Deutsche Blindenstudienanstalt, Marburg

Zielstellung

Da die Hinwendung zu einem bewegten Lebensstil in der frühen Kindheit gelegt wird (Stuart et al., 2006) und da der Zugang zur Bewegungskultur u. a. über die individuelle Verfügbarkeit motorischer Kompetenzen reguliert ist (Bindel, 2008, S. 222), erscheint es notwendig, dass Kinder und Jugendliche eine möglichst breite und umfassende motorische Förderung erfahren. Dies erscheint gerade bei sehgeschädigten Kindern und Jugendlichen um so dringlicher, als dass internationale Studien wiederholt gezeigt haben, dass diese Zielgruppe signifikante Verzögerungen in ihrer motorischen Entwicklung (Haibach et al., 2014) und auch niedrigere Aktivitätsniveaus aufweist (Augestad & Jian, 2015).

Da analog zu diesen internationalen Befunden keine Daten aus dem deutschsprachigen Raum vorliegen, wurde mit der vorliegenden Studie der Frage nachgegangen, ob sich das körperliche Aktivitätsniveau sowie die Körperzusammensetzung von sehgeschädigten und sehenden Kindern und Jugendlichen unterscheidet und ob sehgeschädigte Kindern und Jugendliche vor diesem Hintergrund als eine besonders bedrohte Risikogruppe - In Bezug auf die Teilhabe an der Bewegungskultur - bezeichnet werden können.

Methoden

An der Untersuchung nahmen 233 sehgeschädigte und sehende (Kontrollgruppe) Schüler teil, die auf einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sehen sowie auf einer allgemeinen Schule beschult wurden. Im Rahmen der Studie wurden die Ergebnisse zu den Parametern körperliche Aktivität und Körperzusammensetzung mit der Kontrollgruppe verglichen.

Die Studie beinhaltete verschiedene Messinstrumente (Schrittzähler, Bioelektrische Impedanzanalyse) und wurde von Untersuchungsleitern durchgeführt, die vielfältige Unterrichtserfahrungen mit sehgeschädigten Schülerinnen und Schülern hatten.

Ergebnisse

Insgesamt zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen sehgeschädigten und sehenden Schülern bei den Parametern körperliche Aktivität und Körperzusammensetzung. Die Ergebnisse bestätigen vergleichbare körperliche Aktivitätsniveaus beim täglichen Bewegen zwischen sehgeschädigten und sehenden Schülern ($p = .213$). Auch im Bereich der Körperzusammensetzung waren die prozentualen Anteile des Körperfetts und der Muskelmasse von weiblichen ($p = .672$; $p = .667$) und männlichen ($p = .578$; $p = .570$) sehgeschädigten Studienteilnehmern vergleichbar mit denen sehender Probanden. Die sehgeschädigten Kinder und Jugendlichen zeigten keine der erwarteten Anpassungserscheinungen wie weniger Muskelmasse oder erhöhte Körperfettwerte.

Es zeigten sich bei den sehgeschädigten Schülern keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Grad der Sehschädigung und der durchschnittlichen Schrittanzahl pro Tag ($r = -.205$; $p = .052$) oder der Körperzusammensetzung (Muskelmasse: $r = -.095$, $p = .372$; Körperfett: $r = .098$, $p = .357$).

Allerdings konnten positive Beziehungen zwischen der körperlichen Aktivität und den Körperzusammensetzungen der sehgeschädigten Schüler festgestellt werden. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den prozentualen Anteilen des Körperfetts ($r = -.496$; $p = .000$) und der Muskelmasse ($r = .494$; $p = .000$) und den durchschnittlichen Schrittanzahlen pro Tag.

Fazit

Die Studienergebnisse zeigen, dass eine Sehschädigung nicht zwangsläufig zu niedrigeren Werten bei den hier diskutierten Parametern führen muss. Die Ergebnisse stehen damit zum Teil im Widerspruch zu den eingangs referierten Wissensbeständen. Wichtig scheint, dass die sehgeschädigten Schüler im Rahmen eines Curriculums beschult werden, das dieselben Anforderungen formuliert wie bei sehenden Schülern. Darüber hinaus folgt die Förderschule nicht nur einem Curriculum, das hohe Leistungsanforderungen formuliert, die Schule bietet zusätzlich vielfältige Anreize und Angebote, sich im schulischen und außerschulischen Sport zu engagieren. Das führt zu der Annahme, dass sehgeschädigte Kinder und Jugendliche hohe Aktivitätsniveaus erreichen können, wenn zielgruppenspezifische Teilhabemöglichkeiten und gezielte Anreize angeboten werden.

Ist auch die BRD in Folge der Ratifizierung der Convention on the Rights of Persons with Disabilities verstärkt dazu aufgefordert, einer inklusiven Philosophie zu folgen, um Exklusion möglichst zu verhindern, dann deuten die Forschungsergebnisse darauf hin, dass sich weniger die Sehschädigung der Probanden, als vielmehr die strukturelle Ausgestaltung der Bildungssettings behindernd auswirkt (Giese & Ruin, 2016).

Literatur

Augestad, L. B. & Jiang, L. (2015). Physical activity, physical fitness, and body composition among children and young adults with visual impairments. A systematic review. British Journal of Visual Impairment, 33 (3), 167-182

Bindel, T. (2008). Soziale Regulierung in informellen Sportgruppen. Eine Ethnographie des informellen Sportengagements. Hamburg: Czwalina.

Giese, M. & Ruin, S. (2016). Forgotten bodies – an examination of physical education from the perspective of ableism. Sport in Society, 3 (2), 1-14.

Haibach, P. S., Wagner, M. & Lieberman, L. (2014). Determinants of gross motor skill performance in children with visual impairments. Research in developmental disabilities, 35 (10), 2577-2584

Stuart, M. E., Lieberman, L. & Hand, K. E. (2006). Beliefs About Physical Activity Among Children Who Are Visually Impaired and Their Parents. Journal of Visual Impairment & Blindness, 100 (4), 223-234.

Körperliche Aktivität von RehabilitandInnen und Rückkehr ins Erwerbsleben - Bedeutung von körperlicher Fitness und subjektiven Einstellungen

Whittal, A. (1), Steegmüller, O. (2), Wille, F. (2), Hessel, A. (3), Lippke, S. (1)

(1) Jacobs University Bremen, (2) Montanus-Klinik Bad Schwalbach,
(3) Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Bremen

Zielstellung

Studien zeigen, dass verschiedene subjektive Einstellungen und Erwartungen die Motivation zur Rückkehr zur Arbeit (RTW) determinieren. Welche Bedeutung die objektiv gemessene körperliche Fitness bei orthopädischen Rehabilitand*Innen im Zusammenhang mit diesen subjektiven Einstellungen und Erwartungen für die Rückkehr zur Arbeit (RTW) hat, sollte in dieser Studie ermittelt werden.

Methoden

N=83 Rehabilitand*Innen einer orthopädischen Rehabilitationsklinik im Alter von M=53,0 Jahren (SD=7,12) wurden mittels Spiroergometrie getestet sowie per Selbstauskunft befragt (T0). Mittels computerassistierter Interviews (CATI, T1, 3 Jahre nach T0) konnte N=18 Versicherte nachbefragt werden (M=54,8 Jahre, SD=6,80). In den CATIs wurden die Versicherten hinsichtlich körperlicher Aktivität nach der Reha, ihres Gesundheitszustandes sowie Einstellungen, Erwartungen und Motivation zur RTW befragt. Die Auswertung erfolgte mittels Korrelationsanalysen (r) und Logistischen Regressionen (OR) sowie Messwiederholungs-Varianzanalysen.

Ergebnisse

Die objektiv gemessene körperliche Fitness in Form von maximaler Belastbarkeit ($_{VO2max}$) als auch in Bezug auf die Dauerbelastbarkeit an der anaeroben Schwelle ($_{VO2AT}$) stand im Zusammenhang mit der RTW-Motivation: r $_{VO2max}$=.19-.24 und r $_{VO2AT}$=.24-.36. Auch nach Kontrolle von Alter und Geschlecht blieben diese Zusammenhänge bestehen OR $_{VO2max}$=1.04-1.05; OR $_{VO2AT}$=1.23-1.40 (alle $p < .05$).

Versicherte waren dann höher motiviert, zur Arbeit zurückzukehren, wenn sie mehr Nutzen in körperlicher Aktivität sahen ($p<.001$). Dieser Effekt zeigte sich nicht nur bezüglich Verhalten, sondern auch darin, dass diejenigen, die mehr positive Erwartungen an die körperliche Aktivität hatten, auch stärker motiviert waren, körperliche Aktivität auszuüben ($p = .05$) und zufriedener mit ihrem Verhalten waren ($p < .05$). Die körperliche Fitness während der Rehabilitation stellte eine gute Voraussetzung für Verhalten 3 Jahre nach der Reha dar. Auch weniger leistungsstarke Rehabilitand*Innen bauten langfristig einen aktiven Lebensstil auf (insgesamt 62.5 % der T0-Untersuchungsgruppe).

Fazit

Die Motivation zur Rückkehr zur Arbeit steht in deutlichem Zusammenhang mit der körperlichen Belastbarkeit und kann die Motivation, gesundheitsförderliche Bewegung in den Alltag nach der Rehabilitation zu integrieren, stärken. Motivierte Rehabilitand*Innen wiederum nehmen dieses Zielverhalten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf und verbessern dadurch

ihre Fitness und die Wahrscheinlichkeit, zur Arbeit zurückzukehren. Empfehlenswert scheint es, den Rehabilitand*Innen den Zusammenhang deutlich zu machen und damit einem Rückfall in die Inaktivität entgegenzuwirken.

Die Bedeutung der Belastbarkeit sollte bei der Nachsorge bzw. Beratung bzgl. der Lebensstilfaktoren berücksichtigt werden, um den Patient*Innen die Angst vor Fehlbelastungen zu nehmen und maßgeschneidert Empfehlungen zu geben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Interessenkonflikte: Die Co-Autorin A. Hessel ist Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

Literatur

Paech, J., & Lippke, S. (2017). Social-cognitive factors of long-term physical exercise 7 years after orthopedic treatment. Rehabilitation Psychology, 62(2), 89.

Salzwedel, A., Reibis, R., Wegscheider, R., Eichler, S., Buhlert, H., Kaminski, S. & Völler, H. (2016). Cardiopulmonary exercise testing is predictive of return to work in cardiac patients after multicomponent rehabilitation. Clin Res Cardiol, 105, 257-267.

Storm, V., Paech, J., Ziegelmann, J. P., & Lippke, S. (2016). Physical exercise, sickness absence and subjective employability: An 8-year longitudinal observational study among musculoskeletal patients. J Rehabil Med, 48, 541-546.

Motivation zur körperlichen Aktivität und Sport bei Patienten mit Multipler Sklerose

Pfeiffer, J. (1), Dettmers, C. (1), Wolff, W. (2), Schüler, J. (2)

(1) Kliniken Schmieder Konstanz, (2) Universität Konstanz

Hintergrund

Im Gegensatz zu früher empfiehlt man Patienten mit Multipler Sklerose (PmMS) heutzutage Sport und vermehrte körperliche Aktivität, um Gleichgewicht, Ausdauer und Kraft zu fördern, aber auch das allgemeine Wohlbefinden, soziale Interaktionen und psychisches Wohlbefinden. Der Grad an körperlicher Aktivität scheint im Vergleich zur Normalbevölkerung reduziert zu sein. Rehabilitationskliniken sollten sportliche Aktivitäten der Patienten gerade auch für die Zeit nach der Entlassung nachhaltig fördern und entsprechend standardisierte und evaluierte Patientenschulungen anbieten. Um spezifische Angebote zur Aktivitätsaufnahme anbieten zu können, ist es überdies zentral zu verstehen, auf welchen Stufen der Verhaltensänderung PmMS sich befinden. Das Transtheoretische Modell (TTM) geht davon aus, das Verhaltensänderungen auf einem fünfstufigen Prozess basieren: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung (DiClemente et al., 1982). Ein erstes Ziel dieser explorativen Studie war es zu eruieren, wie sich das Aktivitätsniveau von MS Patienten relativ zu den Bewegungsempfehlungen der WHO verhält und inwiefern sich aktive und inaktive Patienten hinsichtlich aktivitätsrelevanter psychologischer Variablen unterscheiden. Zweitens sollte erfasst werden auf welchen Stufen der Verhaltensänderung sich die Patienten befinden.

Methoden

Patienten: Im Sommer 2017 wurden 59 konsekutive Patienten (51 + 11 Jahre) mit definitiver MS und einem mittleren Expanded Disability Status von 4,0 + 1,8 in einer neurologischen Rehabilitationsklinik Phase D rekrutiert. Zur Bestimmung der Bereitschaft zur Verhaltensänderung wurde der Fragebogen nach Maurischat (2001) verwandt, der eine reliable Erfassung der TTM Stufen erlaubt. Zur Einteilung in aktive und inaktive PmMS wurde der „Bewegungs- und Sportaktivität Fragebogen“ nach Fuchs (2015) eingesetzt. Als aktivitätsrelevante psychologische Konstrukte wurden Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala; Fuchs & Schwarzer, 1994), Gründe für körperliche und sportliche Aktivität (PLOC-Skala; Ryan & Connel, 1989), kognitive und motorische Fatigue (FSMC; Penner et al., 2009), subjektive Vitalität (SVS; Ryan & Frederick, 1997), sowie dispositionelle Selbstkontrolle (SCS; Bertrams & Dickhäuser, 2009) erhoben.

Ergebnisse

Hinsichtlich der Motivation zur Verhaltensänderung verteilen sich PmMS sehr heterogen auf die Stufen des TTM: 27 % befanden sich in der Phase der Absichtslosigkeit, 29 % in der Phase der Absichtsbildung und 12 % in den Phasen der Vorbereitung. 5 % gehörten zur Phase des Handelns und 27 % in der Phase der Aufrechterhaltung.

Tab. 1: Vergleich aktiver und nicht aktiver PmMS (soziodemografische und psychologische Parameter)

	Mittelwert	SD	Anzahl (n)	Gruppe
Alter (Jahre)	52	9,7	40	Nicht aktiv
	48	12,7	19	Aktiv
Behinderung (EDSS)	4,2	1,9	27	Nicht aktiv
	3,4	1,8	12	Aktiv
Erstmanifestation	17,1	9,9	40	Nicht aktiv
	15,8	9,8	19	Aktiv
Selbstwirksamkeits-Erwartung (SSA-Skala)	4,2	1,2	40	Nicht aktiv
	4,6	1,2	19	Aktiv
Motivation (PLOC)	5,8	3,2	39	Nicht aktiv
	6,5	2,1	19	Aktiv
Fatigue (FSMC)	71,7	18,6	39	Nicht aktiv
	66,0	14,1	19	Aktiv
Vitalität	3,5	1,3	40	Nicht aktiv
	3,9	1,2	19	Aktiv
Selbstkontrolle	3,4	0,5	40	Nicht aktiv
	3,5	0,5	19	Aktiv

Anm.: Die vier unterschiedlichen Parameter Selbstwirksamkeitserwartung, Motivation, Vitalität und Selbstkontrolle werden jeweils auf einer Likert Skala zwischen 1 und 7 erfasst. Der FSMC reicht von 20 (keine Fatigue) bis 100 (Maximalausprägung). 63 ist der cut-off Wert für schwere Fatigue. Der EDSS gibt das Funktionsdefizit auf einer Skala von Null (keinerlei Beschwerden) bis 10 (Tod durch MS) an. „3“ gibt die Grenze zwischen leichter und mäßiger Beeinträchtigung an.

Unterteilt man die MS Patienten auf der Grundlage des Fragebogens „Bewegungs- und Sportaktivität Fragebogen“ in aktive und nicht aktive Patienten, so ergibt für die aktive Gruppe, dass sie tendenziell etwas jünger und etwas weniger beeinträchtigt sind, weniger Fatigue und

mehr Vitalität haben und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und Motivation haben (Tabelle 1). Diese Tendenzen waren jedoch nicht signifikant.

Fazit

Entgegen unserer Erwartung unterscheiden sich PmMS hinsichtlich ihres Aktivitätsniveaus nicht von der Normalbevölkerung. Allerdings zeigten sich große Unterschiede innerhalb der Gruppe der PmMS in Bezug auf die TTM Stufen: Eine große Gruppe hat keine Absicht sportlich aktiv zu sein und eine vergleichbar große Gruppe ist schon in der Phase der Aufrechterhaltung. Dies unterstreicht, dass, um Patienten nachhaltig zu befähigen und zu motivieren sich körperlich zu betätigen, man ihre Bereitschaft zur Verhaltensänderung analysieren und die Schulungsprozesse dementsprechend aufbauen muss. Die deskriptiven Unterschiede zwischen aktiven und nicht aktiven PmMS bezüglich aktivitätsrelevanter psychologischer Konstrukte bieten einen Hinweis auf Faktoren, die bei PmMS an einer solchen Verhaltensänderung beteiligt sind.

Literatur

Bertrams, A., Dickhäuser, O. (2009): Messung dispositioneller Selbstkontroll-Kapazität. Eine deutsche Adaptation der Kurzform der Self-Control Scale (SCS-K-D). Diagnostica, 55(1), 2-10.

DiClemente C. C, Prochaska J. O. (1982): Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addict Behav. 7(2):133-42.

Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., Seelig, H. (2015): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen: Eine methodische Zwischenbilanz. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23: 60-76.

Fuchs, R., Schwarzer, R. (1994): Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Messinstruments. Z Diff. Diagnost. Psychol. 15, 141-154.

Maurischat C. (2001): Erfassung der "stages of change" im transtheoretischen Modell Prochaska's: Eine Bestandsaufnahme. Forschungsberichte des Psychologischen Institus der Albert-Ludwigs-Universit Freiburg, 154.

Penner, I. K., Raselli, C., Stöcklin, M., Opwis, K., Kappos, L., Calabrese, P. (2009): The Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC): validation of a new instrument to assess multiple sclerosis-related fatigue Multiple Sclerosis, vol. 15, no. 12, pp. 1509–1517.

Ryan, R. M., Connell, J. P. (1989): Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. J Pers Soc Psychol, 57, 749-761.

Ryan, R. M., Frederick, C. (1997): On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. J. Pers, 65, 529-565.

Effekte einer verhaltensorientierten Bewegungsintervention auf die körperliche Aktivität von Patienten mit pneumologischen Berufskrankheiten

Müller, K. (1, 2), Gimpel, C. (1), König, S. (3), Kotschy-Lang, N. (4), Wagner, P. (1)

(1) Institut für Gesundheitssport und Public Health, Universität Leipzig,
(2) Institut für Angewandte Bewegungswissenschaften, Professur für Sportpsychologie, Technische Universität Chemnitz, (3) BG-Klinik für Berufskrankheiten, Falkenstein,
(4) Auerbach/Vogtland

Zielstellung

Die körperliche Aktivität (PA) von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen ist reduziert (Demeyer et al., 2017) und nimmt mit zunehmender Progredienz ab (Waschki et al., 2015). Demnach stellt die langfristige Aufrechterhaltung der PA ein bedeutendes Ziel im Krankheitsmanagement dar.

Die Effekte einer verhaltensorientierten Bewegungsintervention während der stationären Rehabilitation auf das Aktivitätsverhalten von Patienten mit pneumologischen Berufskrankheiten (BK) werden in einem durch die DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) geförderten Projekt untersucht (Projekt Nr. FB-0227).

Methoden

In der randomisierten, kontrollierten Studie wurden von zunächst 47 Patienten (Alter: M=67,4) mit pneumologischen BK (z. B. Silikose, Asbestose) vier Wochen vor Beginn (T1) sowie 6 Monate nach Beendigung (T4) einer stationären Rehabilitation in der BG-Klinik für Berufskrankheiten in Falkenstein objektive Daten zur körperlichen Aktivität mittels des Aktivitätsmonitors ActiGraphGT3x+® an sieben Tagen erfasst (z. B. LPA=light-intensity PA, MPA = moderate-intensity PA, steps per day). Die Interventionsgruppe (IG, n=23) erhielt im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) zusätzlich zu den Rehabilitationsmaßnahmen eine verhaltensorientierte Bewegungsintervention mit neun Einheiten in Anlehnung an Geidl et al. (2014). Die Probandenrekrutierung wird aktuell fortgesetzt (Ziel: N = 190).

Ergebnisse

IG und KG unterscheiden sich zu T1 nicht signifikant in Bezug auf das Ausmaß an PA. Mittels ANOVAs mit Messwiederholung zeigen sich zu T4 für LPA signifikante Zeiteffekte ($F = 5.68$, $p < .05$, $\eta^2p = 0{,}11$) sowie tendenziell signifikante Interaktionseffekte ($F = 3.00$, $p = .09$, $\eta^2p = .06$) mit einer Reduzierung der LPA für die KG. Für die Steps per day ergeben sich zu T4 tendenziell signifikante Zeit- ($F = 3.75$, $p = .059$, $\eta^2p = .08$) und Interaktionseffekte ($F = 3.57$, $p = .065$, $\eta^2p = .07$) mit einer Reduzierung der Steps per day für die KG.

Fazit

Erste Untersuchungsergebnisse deuten auf Effekte der verhaltensorientierten Intervention im Sinne einer Aufrechterhaltung der PA bei IG Patienten mit pneumologischen BK hin. Hinsichtlich der Signifikanz der Ergebnisse ist die derzeit kleine Stichprobe zu beachten. Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit folgen weitere Follow-up Untersuchungen 12 Monate nach dem Rehabilitationsaufenthalt.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Literatur

Demeyer, H., Louvaris, Z., Frei, A., Rabinovich, R.A., de Jong, C., Gimeno-Santos, E., Loeckx, M., Buttery, S.C., Rubio, N., Van der Molen, T., Hoplinson, N.S., Vogiatzis, I., Puhan, M.A., Garcia-Aymerich, J., Polkey, M.I., Troosters, T. (2017). Physical activity is increased by a 12-week semiautomated telecoaching programme in patients with COPD: a multicenter randomized controlled trial. Chronic obstructive pulmonary disease, 72. 415-423.

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2012). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Rehabilitation, 51. 259-268.

Waschki, B., Kirsten, A.M., Holz, O., Müller, K.C., Schaper, M., Sack, A.L., Meyer, T., Rabe, K.F., Magnussen, H., Watz, H. (2015). Disease Progression and Changes in Physical Activity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 192(3). 295-306.

Praxistauglichkeit und Akzeptanz des Sturzpräventionsprogramms FIT Daheim für sturzgefährdete Menschen im höheren Lebensalter – Eine Machbarkeitsstudie

Müller, C. (1), Dörge, C. (2), Lautenschläger, S. (2), Voigt-Radloff, S. (3)

(1) Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland, Saarbrücken, (2) Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Saarbrücken, (3) Deutsches Cochrane Zentrum, Universitätsklinikum Freiburg

Zielstellung

In Deutschland ereignen sich pro Jahr zwischen vier und fünf Millionen Stürze bei zu Hause lebenden Menschen im höheren Lebensalter (Icks et al., 2008). Es gibt zahlreiche Sturzpräventionsprogramme in Deutschland, jedoch liegen keine Hausbesuchsprogramme für Menschen im höheren Lebensalter vor, die Balance- und Krafttraining sowie Maßnahmen zur Wohnraumanalyse, -beratung und -anpassung kombinieren und für das ambulante Setting konzipiert sind (Müller et al., 2016). Die vorliegende Intervention FIT Daheim wurde nach dem Medical Research Council Modell (Craig et al., 2008) und dem Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen (Voigt-Radloff et al., 2016) entwickelt. FIT Daheim unterscheidet sich von herkömmlichen Übungsprogrammen dadurch, dass Balance- und Kraftübungen nicht isoliert trainiert, sondern in Alltagsaktivitäten eingebettet werden. Das Ziel der Studie bestand darin, das Sturzpräventionsprogramm aus Perspektive von Ergotherapeuten/-innen und Patienten/-innen hinsichtlich seiner Machbarkeit für die Anwendung in der Praxis zu untersuchen.

Methoden

Die Machbarkeitsstudie war als qualitativ-explorative Querschnittsstudie angelegt. FIT Daheim wurde als Hausbesuchsprogramm in 7 Praxen von 14 Ergotherapeuten/-innen implementiert. Innerhalb von 9 Hausbesuchen im Zeitraum von 3 Monaten wurden 17 Patienten/-innen angeleitet ein Übungsprogramm zur Steigerung von Balance und Kraft selbständig durchzuführen. Zudem wurde den Patienten/-innen nach einer Wohnraumanalyse eine Wohnraumanpassung angeboten. 4 Wochen nach Ende der Intervention wurden 14 leitfadengestützte Interviews mit Ergotherapeuten/-innen und 7 Interviews mit Patienten/-innen geführt. Diese wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und mit MAXQDA 12 aufbereitet. Das Datenmaterial wurde nach der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in einem deduktiv-induktiven Vorgehen ausgewertet. Prozessbegleitend wurden Studienabbrüche, Sturzereignisse sowie weitere unerwünschte Ereignisse erfasst und deskriptiv mit dem Programm IBM SPSS Statistics 23 für Windows ausgewertet.

Ergebnisse

Basierend auf dem Textmaterial wurden 8 Hauptkategorien und 33 Subkategorien gebildet. Aus Perspektive von Therapeuten/-innen wurden unterschiedliche Motive für die Teilnahme an der Intervention FIT Daheim geäußert, wobei die zunehmende Konfrontation mit Stürzen im Praxisalltag ausschlaggebend war. Patientenseitig wurde häufig Mobilität als Voraussetzung für ein eigenständiges Leben und Wohnen als Begründung für die Programmteilnahme benannt. Der Rekrutierungsaufwand war aus Sicht von Ergotherapeuten/-innen akzeptabel. Die Realisierbarkeit der Therapiedauer von 3 Monaten sowie die Therapiefrequenz wurden von Therapeuten/-innen sowie von Patienten/-innen akzeptiert. Einzelne Balance- und Kraftübungen waren aufgrund eingeschränkter körperlicher Voraussetzungen nur bedingt umsetzbar. Aus Sicht der Patienten/-innen war es von Vorteil, dass die Übungen jederzeit ohne weitere Hilfsmittel oder Equipment in der eigenen Häuslichkeit umgesetzt werden konnten und kein Besuch in der Ergotherapie-Praxis notwendig war. Die Verstetigung der Übungen auf gleichbleibendem Übungsniveau wurde in einigen Fällen auch 4 Wochen nach Interventionsende noch beobachtet. In anderen Fällen wurde bei der Nachverfolgung festgestellt, dass die Übungen zwar noch fortgesetzt wurden, jedoch nicht mehr in der Intensität wie noch während des Interventionszeitraums. Die behandler- und patientenseitigen Erfahrungen spiegeln wider, dass sich Erfolgserlebnisse im Therapieverlauf positiv auf die Übungsbereitschaft auswirkten. Alle Teilnehmer/-innen bestätigten die Praxistauglichkeit des „Aktivitätenplaners“ für die Therapiedokumentation. Aus therapeutischer Sicht förderte dieser die Eigeninitiative der Patienten/-innen zur Übungsumsetzung und ermöglichte die Nachvollziehbarkeit der Therapieadhärenz und des Lernfortschritts. Aus Patientensicht war dieser hilfreich zur Selbstkontrolle der Übungsumsetzung. Es wurden 9 Sturzereignisse bei 17 Personen registriert, die jedoch in keinem Kausalzusammenhang mit der Intervention standen. Aufwand und Nutzen der Gesamtintervention stehen aus therapeutischer Perspektive in einem guten Verhältnis. Der Hauptnutzen wurde darin gesehen, dass mit relativ einfachen Übungen, die in den Alltag integrierbar sind, ein großes Maß an Übungspotenzial für Patienten/-innen geschaffen werden konnte.

Fazit

Es ist gelungen, Einflussfaktoren auf die Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Intervention zu identifizieren und die wahrgenommene Akzeptanz der Intervention zu beschreiben. Insgesamt sind noch Programmanpassungen erforderlich. Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass die Intervention FIT Daheim als ergotherapeutisches Sturzpräventionsprogramm in Form einer Heilmittelleistung im ambulanten Setting realisierbar ist. Zukünftig sind in einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie mit höherer Fallzahl erste Wirksamkeitsbelege der Intervention zu prüfen.

Literatur

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M. (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ, 337, a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655.

Icks, A., Haastert, B., Wildner, M., Becker, C., & Meyer, G. (2008): Trend of hip fracture incidence in Germany 1995-2004: A population-based study. Osteoporos Int, 19(8). 1139-1145.

Müller, C., Lautenschläger, S., Voigt-Radloff, S. (2016): Potenzialanalyse zu ergotherapeutischen körperlichen Trainingsprogrammen und Wohnraumanpassungen zur Vermeidung von Stürzen bei zu Hause lebenden älteren Menschen. International Journal of Health Professions, 3(2). 85-106. doi:10.1515/ijhp-2016-0018.

Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Behrens, J., Horbach, A., Ayerle, G.M., Schäfers, R., Mattern, E., Heldmann, P., Wasner, M., Braun, C., Lohkamp, M., Marotzki, U., Kraus, E., Oltman, R., Müller, C., Corsten, S., Lauer, N., Schade, V., Kempf, S. (2016): Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Version 2.0. URL: https://www.freidok.uni-freiburg.de/data/10702, Abruf: 08.04.2017.

Effektivität eines taktilen Gangtrainings zur Normalisierung des Gangbildes während der orthopädischen Rehabilitation nach Hüft-TEP

Jöllenbeck, T., Pietschmann, J.

Klinik Lindenplatz, Bad Sassendorf

Zielstellung

In Deutschland wurden 2014 rund 219.000 künstliche Hüftgelenke (Hüft-TEP) implantiert (Rothbauer et al., 2017). Untersuchungen konnten zeigen, dass während der Rehabilitation zwar deutliche Fortschritte erzielt werden, das Gangbild aber nicht nur zum Abschluss der Rehabilitation (Jöllenbeck, 2015), sondern auch Jahre später noch deutliche Defizite aufweist (Schmitt-Sody et al., 2011). Als Schlüsselparameter konnten deutlich reduzierte Flexions- und Extensionsbewegungen im Hüftgelenk verbunden mit kompensatorisch vermehrten Beckenkippbewegungen sowie reduzierte Bodenreaktionskräfte (Impuls, Dynamik) identifiziert werden (Jöllenbeck, 2015). Hiermit verbundene Fehlstellungen und Mehrbelastungen können die Statik und Dynamik der Wirbelsäule und contralateraler Gelenkpartner beeinträchtigen. Als

Spätfolgen sind Schmerzen, Fehlhaltungen oder übermäßige Abnutzungen in anderen Gelenken zu erwarten (Jöllenbeck 2015, Schönle 2004). Hieraus lässt sich in Ergänzung zur herkömmlichen Bewegungstherapie die Notwendigkeit eines zielgerichteten Gangtrainings zur Ansteuerung der Schlüsselparameter ableiten. Ziel dieser Studie war es daher, ein innovatives taktiles Gangtraining auf seine Effektivität zur Normalisierung des Gangbildes zu überprüfen.

Methoden

An der prospektiven Studie haben 20 Rehabilitanden (Vpn: 12F, 8M; 53,2±8,5 Jahre; 82,4±18,7 kg, 172,9±8,6 cm) in der AHB nach Hüft-TEP mit Vollbelastung teilgenommen. Die Probanden absolvierten ein 14-tägiges Laufbandtraining zur Gangschulung. Beim ersten und letzten Termin wurde eine 3D-Ganganalyse (Zebris: 3D Wingait und FDM-T) zur Erfassung der kinetischen und kinematischen Gangparameter mit 2 Tempi (Wohlfühltempo v1 / zügiges Gangtempo v2) durchgeführt. Das Display des Laufbandes (h/p/cosmos quasar-med) war wie beim späteren Training abgedeckt, das Gangtempo wurde nicht mitgeteilt.

Das taktile Laufbandtraining (HR) wurde mit dem h/p/cosmos robowalk expander (kurz: robowalk) durchgeführt. Es bestand aus 6 Einheiten von max. 23 Minuten Dauer, beginnend mit einer 3-minütigen Phase zur Eingewöhnung und Einstellung eines selbstgewählten Gangtempos. Die anschließende Trainingsdauer war auf 20 Minuten begrenzt, durfte aber jederzeit abgebrochen werden. Der beidseitig mit insgesamt 6 Zügen angebrachte robowalk war so konfiguriert, dass je nach Stand- oder Schwungphase mit je 2 Zügen von dorsal a) über das Becken der Oberkörper aufgerichtet, b) über das Sprunggelenk die Hüft- und Knieextension sowie von frontal c) über den Oberschenkel die Hüftflexion unterstützt wurde. Die Aufgabe der Vpn bestand darin, das taktile Zugempfinden der operierten an die nicht-operierte Seite anzupassen. Zum Vergleich wurden bereits früher erhobene Versuchsgruppen mit identischem Rahmendesign herangezogen: a) eine Laufbandgruppe (HL: N=18) mit 6 Interventionseinheiten und der Aufgabe, so gleichmäßig wie möglich zu gehen, b) eine Kontrollgruppe (HK: N=37) ohne Intervention sowie c) eine altersadäquate Vergleichsgruppe (RG: N=44) ohne gesundheitliche Einschränkungen als Referenz (vgl. Jöllenbeck et al., 2016).

Ergebnisse

Alle Trainingsgruppen zeigen über den Trainingszeitraum durchweg signifikante Verbesserungen wesentlicher Gangparameter wie Geschwindigkeit, Kadenz, Schrittlänge oder Standphase ($p<0.05$), jedoch ohne signifikante Interaktionseffekte. Mit Ausnahme der Standphase beidseitig bei HR bleiben am Ende der Rehabilitation alle Parameter gegenüber RG defizitär.

Der Bewegungsumfang des Hüft- und Kniegelenkes, aber auch des Beckens (Ausnahme v1: HR, HL) vergrößert sich ebenso wie die Dynamik der Bodenreaktionskräfte in allen Trainingsgruppen signifikant. Gegenüber RG verbleiben am Ende der Rehabilitation HL und HK in nahezu allen Parametern defizitär, während für HR bei Impuls und Kniewinkel auch auf op-Seite keine Unterschiede mehr bestehen. Insgesamt weisen nahezu alle Parameter bei HR am Ende der Rehabilitation die geringsten Seitenunterschiede auf.

Fazit

Insgesamt zeigen sich während der Rehabilitation nach Hüft-TEP signifikante Verbesserungen wesentlicher Gangparameter, die auf den normalen Heilungsprozess mit Verbesserungen der Gelenkbeweglichkeit und zunehmender Gangsicherheit bei gleichzeitiger Schmerzreduktion zurückzuführen sind (Jöllenbeck 2015). Die Hüft-Becken-Bewegung als wesentlicher Schlüsselparameter bleibt jedoch deutlich defizitär gegenüber RG. Die Wiederherstellung eines gleichmäßigen und damit auch sicheren Gangbildes ist somit noch nicht erreicht, hierfür scheint aus bewegungs- wie trainingswissenschaftlicher Perspektive der Rehabilitationszeitraum viel zu kurz (vgl. Jöllenbeck et al. 2016). Das innovative taktile Gangtraining mit dem robowalk deutet sein Potential an und zeigt in einigen Parametern ein besseres Ergebnis als die Vergleichsgruppen, auch wenn die Unterschiede noch gering ausfallen. Insgesamt sind 6 Trainingseinheiten innerhalb von 14 Tagen jedoch viel zu wenig, um einen defizitären, aber hochautomatisierten Bewegungsverlauf wie das Gehen nach TEP deutlicher zu optimieren. Unabhängig davon waren ausnahmslos alle Rehabilitanden vom Training mit dem robowalk begeistert.

Wesentlicher Schlüsselparameter für Interventionsmaßnahmen zur Optimierung des Gangbildes nach Hüft-TEP bleibt die reduzierte Flexions- und Extensions-Bewegung im Hüftgelenk verbunden mit einer kompensatorisch deutlich vermehrten Beckenbewegung. Der robowalk deutet als taktiles Gangtraining sein Potential an, dieses Defizit bei entsprechender Trainingshäufigkeit zu reduzieren. Weitere Studien hierzu sind erforderlich, ebenso wie andere Konfigurationen des robowalk zu überlegen sind. Weiterhin sind nach wie vor auch alternative Methoden zur Intervention zu entwickeln, wenn Folgeschäden vermieden werden sollen (Jöllenbeck, 2015, Schönle, 2004).

Literatur

Jöllenbeck, T. (2015): Ganganalyse. In: Stein, V., Greitemann, B. (Hrsg.): Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer, 20-33.

Jöllenbeck, T., Pietschmann, J. (2016): Veränderungen des Gangbildes während der orthopädischen Rehabilitation nach Gelenkersatz und Effektivität verschiedener Trainingsformen zur Normalisierung. DRV-Schriften, Bd 109, 338-340.

Rothbauer, F., Zerwes, U., Bleß, H.-H., Kip, M. (2017): Häufigkeit endoprothetischer Hüft- und Knieoperationen. In: Bleß, H.-H., Kip, M. (Hrsg.): Weißbuch Gelenkersatz. Berlin, Heidelberg: Springer, 17-41.

Schmitt-Sody, M., Pilger, V., Gerdesmeyer, L. (2011): Rehabilitation und Sport nach Hüfttotalendoprothese. Der Orthopäde, 40 (6). 513-519.

Schönle, C. (2004): Rehabilitation. Stuttgart: Thieme.

Subgruppen und ihre Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation – eine Profilanalyse

Markus, M. (1), Schwarz, B. (2), Bethge, M. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

Zielstellung

Neben der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (MR) haben sich in der Orthopädie in den letzten Jahren zwei weitere Rehabilitationsprogramme für Rehabilitanden, die neben reinen Funktionsbeeinträchtigungen (MR) zusätzlich deutlich erhöhte berufliche Teilhaberisiken (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, MBOR) oder eine psychische Komorbidität (verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation, VMO) aufweisen, etabliert. Diese Programme zeichnen sich durch intensivierte, multimodale Behandlungskonzepte aus. Schwarz (2015a, b) unterschied in ihrer qualitativen Studie bei chronischen Rückenschmerzpatienten anhand der zentralen Differenzkriterien psychische Komorbidität, private und berufliche Belastungen, Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung und Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage verschiedene Subgruppen in der orthopädischen Rehabilitation, welche die in diesen Behandlungsgruppen bestehenden Problemlagen weiter ausdifferenzierten. Ziel ihrer Untersuchung war, die Zuweisungs- und Behandlungsadäquanz weiter zu optimieren. Folgende sieben Problemlagen konnte Schwarz identifizieren: MR, MBOR funktional, MBOR psychosozial, MBOR funktional + psychosozial, VMO Schmerz, VMO Stress, VMO Schmerz + Stress.

Geprüft wurde, welche Problemlagen sich in einer repräsentativen Stichprobe von Rehabilitanden aller drei Behandlungsformen mittels quantitativer Methoden abgrenzen lassen und inwiefern diese mit den von Schwarz herausgearbeiteten Problemlagen übereinstimmen.

Methoden

Eingeschlossen wurden 18- bis 65-jährige Personen mit der Hauptdiagnose chronischer Rückenschmerz gemäß Reha-Therapiestandards und bewilligtem Rehabilitationsantrag (exklusive Anschlussheilbehandlung). Die Erhebung der Differenzkriterien wurde vor Rehabilitationsbeginn mittels Fragebogen durchgeführt. Erfasst wurden psychische Komorbidität (PHQ-4), private und berufliche Belastungen (Ultra-Kurz-Screening), subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung (Items des Chronic Pain Grade Questionnaire, zusammengefasst zu einer Schmerzskala) sowie besondere berufliche Problemlagen (SIMBO). Diese Daten wurden mit administrativen Daten (Alter, Geschlecht, Daten zu der Rehabilitationsmaßnahme) aus den Versichertenkonten der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengespielt. Zur Differenzierung verschiedener Problemlagen wurde eine explorative latente Profilanalyse (LPA) mit den Differenzkriterien als Indikatoren in der Gesamtstichprobe durchgeführt. Darüber hinaus wurde mittels weiterer LPA überprüft, ob sich in der realen Versorgung

innerhalb der tatsächlichen Behandlungsformen ebenfalls verschiedene Problemlagen identifizieren lassen.

Ergebnisse

2.942 Rehabilitanden wurden nach listenweisem Fallausschluss in die Analysen eingeschlossen (mittleres Alter: 52,6 Jahre, SD = 7,7; 72,0 % Frauen).

Den besten Modellfit wies das Modell mit drei latenten Profilen (Entropy = 0,96) auf. Auch die mittleren Klassenzuordnungswahrscheinlichkeiten waren bei der 3-Profil-Lösung mit 0,94 bis 1,00 am höchsten.

Die Ergebnisse der weiteren Analysen der 3-Profil-Lösung sprechen für eine quantitative Abstufung der einzelnen Problemlagen hinsichtlich ihrer Ausprägung in den Differenzkriterien. Rehabilitanden in Profil 1 (n = 2018) berichteten vor allem eine funktionale Schmerzsymptomatik, während Rehabilitanden in Profil 2 (n = 680) mäßige Werte und Rehabilitanden in Profil 3 (n = 244) höhere bis hohe Werte in allen Differenzkriterien aufwiesen. Die Wertebereiche der Skalen sowie Modellschätzer der Mittelwerte und Standardfehler der drei latenten Profile sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Darstellung der Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation anhand von drei Profilen

	Profil 1		Profil 2		Profil 3	
	MW	SE	MW	SE	MW	SE
PHQ-4 (0-12)	4,4	0,1	5,7	0,1	6,9	0,2
private Belastungen (0-3)	1,2	0,0	1,2	0,0	1,5	0,1
berufliche Belastungen (0-3)	1,9	0,0	1,8	0,0	1,9	0,1
Schmerz (0-100)	55,3	0,4	67,6	0,6	74,4	0,9
SIMBO (0-100)	5,4	0,1	39,5	0,5	70,0	1,1

Anm.: MW = Mittelwert; SE = Standardfehler; Wertebereiche sind in Klammern angegeben

Innerhalb der tatsächlichen Behandlungsformen konnten insgesamt zehn Profile identifiziert werden (MR: 3; MBOR: 4; VMO: 3), die weitgehend mit den von Schwarz identifizierten Subgruppen übereinstimmen. Die Problemlagen VMO Schmerz, VMO Stress, VMO Schmerz + Stress, MBOR funktional, MBOR psychosozial, MBOR funktional + psychosozial wurden um die Problemlage MBOR mäßig belastet ergänzt, welche Rehabilitanden mit einer niedrigen bis mäßigen Ausprägung in allen Differenzkriterien, auch im SIMBO, beschreibt. Darüber hinaus ließ sich die MR in drei Profile unterteilen, deren Problemlagen mit der abgestuften Ausprägung der Differenzkriterien in der Gesamtstichprobe übereinstimmen.

Fazit

Die Problemlagen, die sich bei der Analyse der Gesamtstichprobe herauskristallisierten, sprechen für eine Abstufung der Schwere der Gesamtsymptomatik hinsichtlich psychischer Komorbidität, privater/ beruflicher Belastungen, Schmerz und besonderer beruflicher Problemlagen in drei Stufen. Da besonders stark belastete Rehabilitanden im Durchschnitt sowohl hohe Werte im SIMBO als auch im PHQ-4 aufwiesen, ist zu hinterfragen, inwiefern die Versorgungspraxis mit Rehabilitationsprogrammen, die sich derzeit entweder an Personen mit besonderer beruflicher Problemlage oder Personen mit psychischer Komorbidität richten, auf die bestehenden Problemlagen bedarfsgerecht reagiert.

Die Ergebnisse der nach tatsächlicher Behandlungsform stratifizierten Analysen zeigen hingegen nicht nur in Quantität, sondern auch in Qualität deutlich voneinander abgrenzbare Problemlagen. Entsprechend den Zuweisungskriterien in den jeweiligen Anforderungsprofilen

(Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015, 2017) kennzeichnen sich Rehabilitanden in der VMO vor allem durch psychische Komorbidität und in der MBOR durch erhöhte Werte im SIMBO. Unerwartet ist die Ausprägung der Differenzkriterien in der mäßig belasteten Subgruppe der MBOR, welche trotz Behandlung in der MBOR über alle Kriterien hinweg (ausgenommen: Schmerz) niedrig ist. Eine Erklärung hierfür könnte die Zuweisungspraxis sein.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Schwarz, B. (2015a): Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Optimierung der Zuweisungs- und Behandlungsadäquanz. Rehabilitation, 54, 190-197.

Schwarz, B. (2015b): Prototypische Fallbeispiele zur Darstellung heterogener Problemlagen von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin, 25, 203-209.

Welche Merkmale der Akutbehandlung und Übergangszeit sind mit dem Funktionszustand der Patienten zu Rehabilitationsbeginn assoziiert?

Knapp, S., Jankowiak, S., Breuer, E., Kaluscha, R., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Zielstellung

Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) bietet die Möglichkeit, die bereits in der Akutklinik begonnene Behandlung intensiv fortzusetzen. Die AHB kann unmittelbar im Anschluss an den Akutaufenthalt oder nach häuslicher Übergangszeit erfolgen. Nach Implantation einer Knie-/ oder Hüft-Totalendoprothese (TEP) nehmen über 80 % der Patienten eine AHB in Anspruch, davon werden mehr als 70 % direkt verlegt (Ritter et al., 2017). Die Akutbehandlung und Übergangszeit können individuell unterschiedlich verlaufen und haben u.a. einen Einfluss auf den Patientenzustand bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung (Eiff & Schüring, 2011).

Im Zuge der vorliegenden Analyse wurde daher untersucht, welche Merkmale der akutstationären Behandlung und der Übergangsphase mit der Funktionsfähigkeit der TEP-Patienten zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie mit der erzielten Veränderung während der stationären Rehabilitation assoziiert sind.

Methoden

Datengrundlage stellten Fragebogenangaben von Patienten und Ärzten aus dem Jahre 2014/15 dar. In die Analysen wurden Patienten eingeschlossen, die aufgrund einer Knie- oder Hüft-TEP eine AHB in der Federseeklinik Bad Buchau in Anspruch nahmen. Die Funktionsfähigkeit wurde anhand des Lequesne-Index (Ludwig et al., 2002) gemessen, wobei geringe Werte eine bessere Funktionsfähigkeit bedeuten.

Die Funktionsfähigkeit wurde zwischen den Patienten der beiden Behandlungspfade „Direktverlegung in eine Rehabilitationseinrichtung" und „Rehabilitation nach häuslicher Übergangszeit" sowie zwischen Hüft- und Knie-TEP-Patienten verglichen. Ferner wurden folgende Merkmale der Akutbehandlung ausgewertet: Operationstyp (Erst- vs. Rezidiveingriff), postoperative Akutverweildauer, Umsetzung frührehabilitativer Maßnahmen (Physiotherapie, Massage/Lymphdrainage), Komplikationen (Wundheilungsstörungen). Zudem wurden folgende Merkmale der Übergangsphase betrachtet: Dauer der Übergangszeit, Inanspruchnahme von Physiotherapie/Krankengymnastik und/oder Massage/Lymphdrainage, Informiertheit zu Maßnahmen für die Übergangszeit, Gelingen der Umsetzung von Maßnahmen während der Übergangszeit, Gründe für die Übergangszeit (eigener Wunsch, ärztliche Empfehlung). Letztendlich wurde der Wundzustand bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung (Entfernung des Nahtmaterials, Abschluss der Wundheilung) sowie die Einschätzung des Verlegungszeitpunktes durch den Arzt und den Patienten in den Fokus genommen. Unterschiede beim Lequesne-Index zu Rehabilitationsbeginn und -ende sowie bei Veränderungen während der Rehabilitation wurden mit dem Kruskal-Wallis Test (>2 Kategorien) bzw. Wilcoxon-Test (2 Kategorien) auf statistische Signifikanz geprüft.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 112 Patienten in die Analyse einbezogen werden. Hüft- und Knie-TEP Patienten unterschieden sich bzgl. ihrer Funktionsfähigkeit zu Rehabilitationsbeginn und -ende statistisch signifikant zugunsten der Hüft-TEP-Patienten, wobei jedoch kein Unterschied bei der Veränderung während der Rehabilitation vorlag, d.h. beide Gruppen verbessern sich gleichermaßen (vgl. Abb. 1: Summenscore Lequesne-Index).

Die Tabelle 1 zeigt die Behandlungs- und Patientenmerkmale, bei denen relevante Unterschiede bei der Funktionsfähigkeit vorlagen. Insgesamt konnten die Patienten ihre Funktionsfähigkeit im Mittel um rund zwei Punkte (± 3) verbessern. Zu Rehabilitationsbeginn unterschieden sich die Patienten der beiden Behandlungspfade nicht. Allerdings verbesserten sich Patienten, die nach einer häuslichen Übergangszeit zur AHB kamen, stärker und wiesen bei Rehabilitationsende eine bessere Funktionsfähigkeit auf als direkt verlegte Patienten. Bei Patienten mit einem Ersteingriff sowie mit abgeschlossener Wundheilung verbesserte sich die Funktionsfähigkeit deutlich stärker als bei Patienten mit Rezidiveingriff und nicht abgeschlossener Wundheilung. Je besser die Patienten über Maßnahmen für die Übergangszeit informiert waren und je besser sie diese umsetzen konnten, umso besser war die Funktionsfähigkeit bei Rehabilitationsbeginn und -ende sowie die Verbesserung während der Rehabilitation. Bestand der eigene Wunsch nach einer Übergangszeit, wiesen die Rehabilitanden bei Rehabilitationsende eine deutlich bessere Funktionsfähigkeit auf. Ergab sich diese aus einer ärztlichen Empfehlung, war die Funktionsfähigkeit hingegen schlechter.

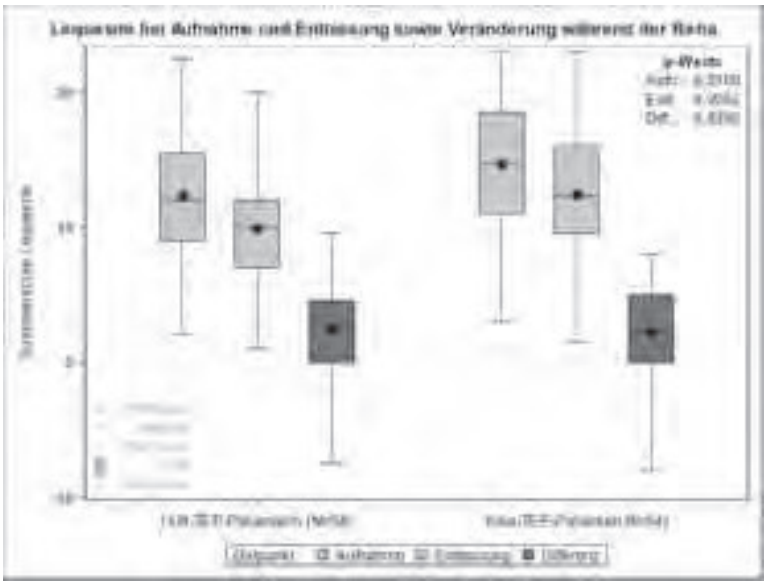

Abb. 1: Summenscore Lequesne-Index zu Rehabilitationsbeginn und -ende sowie Veränderung während der Rehabilitation bei Hüft- und Knie-TEP-Patienten

Tab. 1: Summenscore Lequesne-Index zu Rehabilitationsbeginn und -ende; Veränderung während der Rehabilitation je nach Behandlungs- und Patientenmerkmale; SD = Standardabweichung

		Lequesne: Aufnahme		Lequesne: Entlassung		Lequesne: Veränderung	
	n	$\bar{x}$ (SD)	*p*	$\bar{x}$ (SD)	*p*	Δ (SD)	*p*
Patienten gesamt	112	13,47 (4,75)		11,13 (4,59)		2,34 (3,43)	
Behandlungspfad							
Übergangszeit	84	13,5 (4,7)		10,9 (4,6)		2,6 (3,3)	
Direktverlegung	28	13,3 (5,0)	*0,9973*	11,8 (4,7)	*0,4137*	1,6 (3,8)	*0,1822*
Operationstyp							
Ersteingriff	96	13,4 (4,8)		10,9 (4,6)		2,5 (3,3)	
Rezidiveingriff	14	14,3 (4,6)	*0,3345*	13,0 (4,2)	*0,1042*	1,3 (4,4)	*0,2129*
Wundheilung							
nicht abgeschlossen	41	12,9 (4,3)		11,4 (4,1)		1,5 (3,2)	
abgeschlossen	68	13,8 (5,0)	*0,3982*	10,9 (4,8)	*0,6022*	2,8 (3,6)	***0,0246***
Informiertheit der Patienten zu Maßnahmen für die Übergangszeit							
sehr gut	10	10,35 (5,09)		8,45 (3,90)		1,90 (2,59)	
gut	46	13,38 (4,35)		9,92 (4,56)		3,46 (3,08)	
mäßig	18	14,28 (4,22)		12,61 (3,11)		1,67 (3,71)	
(sehr) schlecht	7	15,86 (6,27)	***0,0664***	15,86 (4,60)	***0,0009***	0,00 (2,87)	***0,0079***

	n	Lequesne: Aufnahme		Lequesne: Entlassung		Lequesne: Veränderung	
		$\bar{x}$ (SD)	*p*	$\bar{x}$ (SD)	*p*	Δ (SD)	*p*
Gelingen der Umsetzung von Maßnahmen während der Übergangszeit							
sehr gut	8	11,63 (4,76)		7,88 (5,19)		3,75 (2,46)	
gut	44	12,88 (4,62)		10,00 (4,13)		2,88 (3,06)	
mäßig	18	14,58 (4,96)		13,14 (4,05)		1,44 (3,37)	
schlecht	5	14,90 (5,42)	*0,2612*	15,30 (5,37)	***0,0054***	-0,40 (3,07)	***0,0514***
Übergangszeit auf eigenen Wunsch							
nein	52	14,1 (4,7)		11,7 (4,6)		2,4 (3,2)	
ja	32	12,7 (4,7)	*0,1621*	9,7 (4,3)	***0,0394***	3,0 (3,4)	*0,3331*
Übergangszeit aufgrund einer Arztempfehlung							
nein	69	13,1 (4,5)		10,4 (4,5)		2,7 (3,3)	
ja	15	15,2 (5,2)	*0,1031*	13,3 (4,1)	***0,0130***	1,9 (3,2)	*0,2361*

Fazit

In unserer Analyse ergab sich bei 75 % der Patienten eine häusliche Übergangszeit. Dies steht im Widerspruch zu der sonst häufigeren Direktverlegung zur AHB. Möglicherweise kann dies auf den monozentrischen Untersuchungsansatz zurückgeführt werden.

Eine deutlich bessere Funktionsfähigkeit zu Rehabilitationsende ergab sich bei Rehabilitanden, die auf eigenen Wunsch hin zunächst nach Hause gingen. Die Erfüllung dieser Behandlungspräferenz könnte die Compliance gegenüber dem gesamten Therapieverlauf positiv beeinflusst haben, so dass bessere Ergebnisse erzielt werden konnten. Empfiehlt der Arzt eine Übergangsphase, kann dies darauf zurückgeführt werden, dass der Patient noch nicht ausreichend rehabilitationsfähig ist. Dementsprechend war die Funktionsfähigkeit stark eingeschränkt.

Patienten, die besser über Maßnahmen für die Übergangsphase informiert waren oder therapeutische Maßnahmen besser umsetzen konnten, schienen hiervon im Hinblick auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit während der Rehabilitation erheblich zu profitieren. Auch Patienten mit einer abgeschlossenen Wundheilung scheinen stärker zu profitieren.

Die deskriptiv durchgeführten Analysen liefern erste Hinweise auf Merkmale, die beim Zugang zur AHB zu berücksichtigen sind, um Rehabilitationsziele besser erreichen zu können. So sollte einerseits die Wundheilung abgeschlossen sein. Anderseits profitieren Patienten, die nach einer häuslichen Übergangsphase eine AHB in Anspruch nehmen, von einer umfassenden Information über Maßnahmen für die Übergangszeit.

Literatur

Eiff, W von, Schüring, S. Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha. Dtsch Arztebl 2011; 108(21): A-1164 / B-965 / C-965.

Ludwig FJ, Melzer C, Grimmig H, Daalmann HH. Kulturelle Adaptation des Lequesne-Index für Hüft- und Kniegelenkserkrankungen im deutschen Sprachraum. Rehabilitation 2002; 41: 249-257.

Ritter, S.; Dannenmaier, J.; Jankowiak, S.; Kaluscha, R.; Krischak, G. Implantation einer Hüft- oder Knietotalendoprothese und die Inanspruchnahme einer Anschlussrehabilitation. Rehabilitation 2017; DOI: 10.1055/s-0043-102135.

Assessmentgestützte Eingangsdiagnostik mit abgestuften Therapieempfehlungen zur Wirksamkeitssteigerung der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz

Fahrenkrog, S. (1), Bernert, S. (1), Sing, M. (2), Gottfried, T. (2), Spyra, K. (1), Schmidt, C. (3)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Klinik Höhenried gGmbH der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, Bernried, (3) Robert Koch-Institut, Berlin

Zielstellung

Chronische Rückenschmerzen stellen den häufigsten Grund für eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung dar, deren Public-Health-Relevanz durch versorgungsepidemiologische Arbeiten belegt ist (Robert Koch-Institut (Hrsg), 2012).

Psychosoziale Faktoren (z. B. Depressivität, Katastrophisierung) spielen bei der Chronifizierung des Rückenschmerzes eine besondere Rolle. Wie im Fear-Avoidance-Modell exemplarisch dargestellt, können kognitive Prozesse einen Teufelskreis bestehend aus Schmerzangst und Vermeidungsverhalten mit weiterer gesundheitlicher Dekompensation auslösen. Systematische Übersichtsarbeiten belegen, dass im multimodalen Behandlungskontext eine besondere Wirksamkeit für verhaltenstherapeutische Interventionen (Sveinsdottir et al., 2012) besteht. Gleichzeitig sind psychologische Interventionen nicht für jeden Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen indiziert bzw. stellt sich das Problem Therapien an individuelle Beeinträchtigungslagen anzupassen (Reese, Mittag, 2013).

Die evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) des Reha-Therapiestandards der DRV sind am Patientenkollektiv ausgerichtet. Hinweise dazu, welche Rehabilitanden Leistungen aus welchem ETM mit psychologischen Wirkkomponenten erhalten sollen, sind dort nicht enthalten. Die Erfassung individueller, psychischer Beeinträchtigungslagen würde eine psychometrisch begründete, „passgenaue“ Allokation dieser ETM ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund lautete die Forschungsfrage: Führt eine assessmentbasierte, individualisierte Therapiegestaltung in einem kontrollierten Design zu einer Wirksamkeitssteigerung der Rehabilitation?

Methoden

Es wurde eine zweiarmige, kontrollierte Interventionsstudie mit konsekutiver Anordnung der Studiengruppen durchgeführt. Die Studienteilnehmer wurden zu Reha-Anfang, Reha-Ende und 6-Monate nach der Reha gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Daneben wurden die Entlassungsberichte erhoben. Eingeschlossen wurden alle DRV-Patienten, für die der Reha-Therapiestandards chronischer Rückenschmerz Gültigkeit besitzt.

Der Interventionsgruppe (IG) vorgeschaltet erfolgte die Befragung der Kontrollgruppe (KG) mittels eines 1-seitigen Fragebogens zu therapierelevanten Problemlagen mit einer Ausfüllzeit von ca. 5 Minuten. Der Fragebogen wurde von allen Probanden kurz vor dem Eingangsgespräch bearbeitet und direkt in diesem zur Therapieverordnung genutzt.

Die Studie wurde von der Ethikkommission bewilligt und im DRKS registriert (DRKS00008831).

Ergebnisse

Insgesamt konnten 169 Studienteilnehmer (IG: 84, KG: 85) in die Studie eingeschlossen werden, von denen 153 (IG: 76, KG: 77) auch 6 Monate nach der Reha einen Fragebogen ausfüllten. Die Steuerung der Therapieminuten nach gemessenem Bedarf hat sich in der IG signifikant gegenüber der KG verändert. Gleichwohl sich beide Therapiegruppen in der Rehabilitation hinsichtlich des primären Outcomes, der Funktionskapazität (Funktionsfragebogen Hannover (FFbH-R)), verbessern (IG von t1: 68,9 % zu t2: 72,2 %, KG von t1: 67,3 % zu t2: 73,7 %), blieb dieser Effekt nur in der Interventionsgruppe auch in der Nachbefragung (t3) erhalten (IG: 71,9 %, KG: 68,1 %). Eine mit den Messwerten t2 und t3 durchgeführte Kovarianzanalyse zeigt eine statistisch signifikante (p=0,047) mittlere Differenz von 4,3 Prozentpunkten zu Gunsten der IG. Zudem zeigen die Messwerte aller sekundären Outcomes (Erwerbsprognose (SPE), psychische Symptombelastung (PHQ-4) Schmerzintensität (NRS), Schmerzbeeinträchtigung (PDI)) höhere Effekte für die IG.

Fazit

Eine an den individuellen Beeinträchtigungen orientierte Leistungsapplikation ermöglicht eine Stabilisierung der Reha-Effekte ohne eine Ausweitung des therapeutischen Angebots, was sich auch an der kürzeren mittleren Verweildauer der IG (24,3 Tage IG vs. 23,1 Tage KG) ausdrückt. Die an dem individuellen Bedarf orientierte Therapievergabe führt zu einer verbesserten Allokation bestehender Therapieressourcen. Während in der IG im Vergleich zur KG die hervorgehoben psychisch beeinträchtigten Patienten mehr Minuten aus den entsprechenden ETM-Modulen aufweisen, zeigt die Patientengruppen mit geringerer funktionsbezogener Beeinträchtigung in der IG im Vergleich zur KG einen Anstieg an bewegungstherapeutischen Minuten. Somit profitieren von der stärker am individuellen Bedarf orientierten Therapiesteuerung alle Rehabilitanden.

Trotz des 1-seitigen Fragebogens würde die Implementierung einer assessmentbasierten Eingangsdiagnostik in die Routine initial zusätzliche Ressourcen (Technik, Administration) erfordern. Da aber eine bedarfsgerechtere Distribution von Therapieleistungen kein zusätzliches therapeutisches Angebot beinhaltet, ist langfristig auch bei nur moderaten Effekten ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erwarten. Perspektiven des Ansatzes liegen in der Verlaufsmessung und der Nutzung für QS-Zwecke.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern-Süd

Literatur

Reese, C., Mittag, O. (2013): Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. International Journal of Rehabilitation Research 36(1): 6-12.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012): Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, RKI. Heft 53.
Sveinsdottir, V., Eriksen, H. R., Reme, S. E. (2012): Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. J Pain Res 5: 371-80.

Was bewirkt eine Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen?

Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G.
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Zielstellung

Chronische Rückenschmerzen sind ein großes Problem für das Sozialsystem. Zum einen sind sie in der Gesellschaft weit verbreitet und zum anderen verursacht die Erkrankung hohe direkte und indirekte Kosten. Im Folgenden soll untersucht werden, ob eine Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen zur Reduktion der indirekten und direkten Kosten beitragen kann.

Methoden

Grundlage für die Analysen waren Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg. Für die Auswertungen stand ein anonymisierter Datensatz mit umfassenden Informationen zum rehabilitativen Versorgungsprozess sowie detaillierten Angaben zu Behandlungen im akutstationären und niedergelassenen Bereich für den Zeitraum von 2004 bis 2011 zur Verfügung.

Für die Auswertungen wurden 18- bis 63-jährige AOK-Versicherte ausgewählt, die zwischen 2005 und 2010 über mindestens drei Quartale aufgrund von Rückenschmerz (ICD-10: M42, M51, M53, M54) behandelt wurden. Ausschlusskriterien waren Operationen an der Wirbelsäule sowie schwerwiegende Erkrankungen (Krebserkrankungen, Schlaganfall etc.) und Versicherungslücken.

Die Gruppeneinteilung in Rehabilitanden, Versicherte mit abgelehnten Anträgen und Unterinanspruchnehmer erfolgte anhand der Angaben zu Rehabilitationsanträgen und der Behandlungsverläufe. Versicherte, die keinen Rehabilitationsantrag stellten und in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen mindestens 20 Tage arbeitsunfähig waren und mindestens 8 mal behandelt wurden sowie eine Medikamentenverordnung erhielten, bildeten die Gruppe der Unterinanspruchnehmer.

Für die eingeschlossenen Versicherten wurden die Kosten der Verordnungen von relevanten Medikamenten, die Anzahl von relevanten Behandlungen und die Arbeitsunfähigkeitsdauer in den vier Quartalen vor bis zu sechs Quartalen nach der Rehabilitation berechnet.

Mittels Varianzanalyse mit Messwiederholungen wurde die Arbeitsunfähigkeitsdauer, die Behandlungshäufigkeit sowie die Kosten für Medikamente sowie mit logistischer Regression der

Erwerbsstatus, Erwerbsminderungsrentenzugänge und die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), unter Berücksichtigung von Rehabilitandenmerkmalen und Behandlungsmerkmalen im Vorfeld der Rehabilitation untersucht.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 30.553 Versicherte für die Analysen eingeschlossen, davon stellten 4.162 einen Rehabilitationsantrag, der zu 96 % bewilligt wurde. Anhand der Definition für potentiellen Rehabilitationsbedarf wurden 769 potentielle Unterinanspruchnehmer identifiziert.

In den Quartalen nach der Rehabilitation, insbesondere im Quartal nach der Rehabilitation sank die AU-Dauer bei Rehabilitanden stärker als bei Unterinanspruchnehmern (vgl. Abbildung 1).

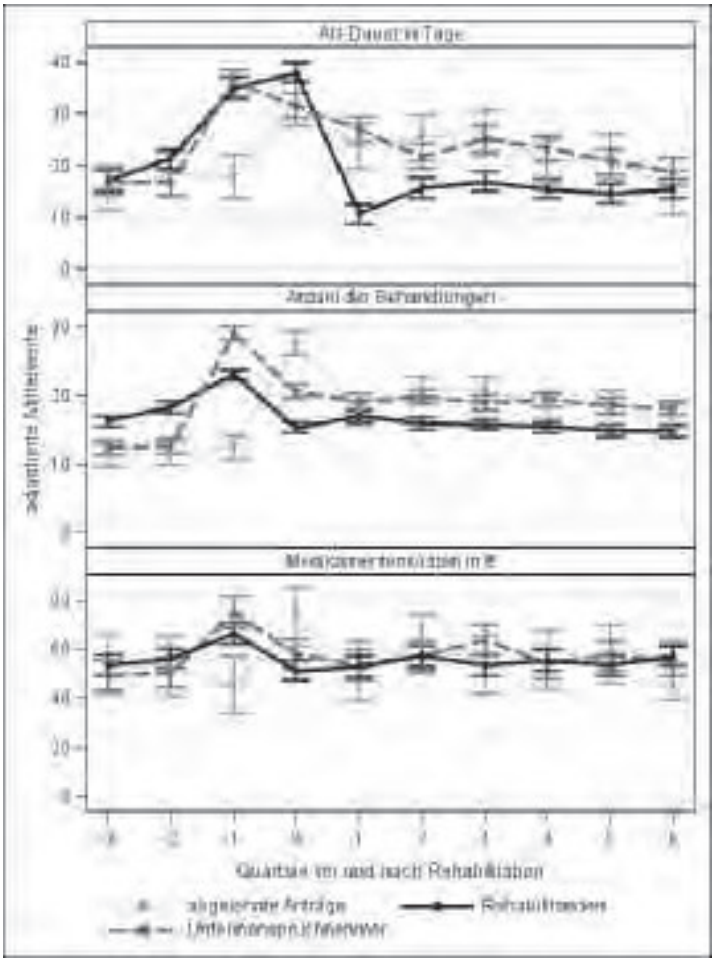

Abb. 1: Verlauf der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, der Behandlungshäufigkeit und der Medikamentenkosten

Ebenfalls sanken in den Quartalen nach der Rehabilitation die Anzahl der Arztkontaktevon Rehabilitanden stärker als bei Unterinanspruchnehmern. Die Kosten für Medikamente

unterschieden sich in den Quartalen nach der Rehabilitation nicht signifikant zwischen Rehabilitanden und Unterinanspruchnehmern. Das Arbeitslosigkeitsrisiko war bei Rehabilitanden höher (Odds-Ratio 1,64 [1,00;2,70]) als bei Unterinanspruchnehmern, wohingegen das Risiko für Krankengeldbezug bei Rehabilitanden geringer war (Odds-Ratio 0,63 [0,43;0,92]). Es wurden nur sehr wenige EM-Renten bewilligt. Dabei ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Rehabilitanden und Unterinanspruchnehmern (Odds-Ratio 1,24 [0,88;1,75]). LTA wurde häufiger von Rehabilitanden in Anspruch genommen (Odds-Ratio 3,26 [1,86;5,71]).

Fazit

In den Quartalen vor der Rehabilitation waren Rehabilitanden und Unterinanspruchnehmer hinsichtlich der AU-Dauer und der Medikamentenkosten vergleichbar. Rehabilitanden wurden bis zum Quartal vor der Rehabilitation häufiger behandelt als Unterinanspruchnehmer. Demnach könnte die Fallschwere bei Rehabilitanden etwas höher sein als bei Unterinanspruchnehmern. In den Quartalen nach der Rehabilitation waren Rehabilitanden jedoch deutlich seltener arbeitsunfähig und die Behandlungshäufigkeit konnte ebenfalls gesenkt werden.

Von Arbeitslosigkeit sowie Krankengeldbezug waren nur wenige Versicherte betroffen. Das höhere Risiko für Arbeitslosigkeit und die vermehrte Inanspruchnahme von LTA könnten ebenfalls ein Hinweis auf eine höhere Fallschwere bei Rehabilitanden sein. Bei genauerer Betrachtung zeigte sich, dass die arbeitslosen Rehabilitanden zu einem hohen Anteil zuerst Krankengeld bezogen. Wahrscheinlich waren die Desintegrationskarrieren bei diesen Rehabilitanden weiter vorangeschritten als bei Unterinanspruchnehmern. Dies wird durch die Tatsache, dass ein potentieller Rehabilitationsbedarf bei Rehabilitanden im Mittel bereits 1,5 Jahre vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme identifiziert wurden, weiter bestärkt.

Die Analysen liefern Hinweise darauf, dass eine erfolgreiche Rehabilitation zur Reduktion der direkten und indirekten Krankheitskosten von chronischen Rückenschmerzen beitragen kann.

Förderung: DRV Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg

Umsetzung von patientenseitigen bewegungstherapeutischen Präferenzen zur Wirksamkeitssteigerung der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz

Bernert, S. (1), Fahrenkrog, S. (1), Eichner, G. (2), Dittrich, M. (3), Beyer, W.F. (2), Schmidt, C. (4), Spyra, K. (1)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Orthopädie-Zentrum Bad Füssing, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Bad Füssing (3) Klinik St. Lukas, Bad Griesbach im Rottal, (4) Robert Koch-Institut, Berlin

Zielstellung

Sport- und Bewegungstherapie ist in ihrer Wirksamkeit unbestritten und bildet mit ca. 65% den größten Bestandteil therapeutischer Leistungen in der orthopädischen Rehabilitation. Seit der Entwicklung des sporttherapeutisch geprägten Ansatzes des Functional Restoration

(Mayer et al., 1987) und seinen Adaptionen in die deutsche Versorgungslandschaft (Hildebrandt et al., 1996; Kleist et al., 2002) ist bekannt, dass eine intensive sport- und bewegungstherapeutisch geprägte Therapie zumindest mittelfristig zusätzliche Therapieerfolge ermöglicht. Aufgrund der Heterogenität therapeutischer Möglichkeiten sind Fragen nach einer differenziellen, qualitativ verschiedenartigen Wirksamkeit von Elementen wie Krafttraining, Beweglichkeitstraining oder Ausdauertraining bislang unbeantwortet. Zudem fehlen Studien, die neben der qualitativen differenziellen Wirksamkeit zusätzlich die Bindung subjektiv ausgesuchter Bewegungsformen an körperliche Aktivität im Sinne einer verbesserten Integration in das Alltagsleben nach der Rehabilitation untersuchen. Doch gerade hier, das heißt in der subjektiven Präferenz von bewegungstherapeutischen Angeboten und Intensitäten, kann ein zentrales Element zur langfristigen Wirksamkeit der Rehabilitation gesehen werden (Pfeifer et al., 2010).

Vor diesem Hintergrund wurden in dem Forschungsprojekt die bewegungstherapeutischen Präferenzen der Patienten (Ausdauer, Kraft, Spiel) im Orthopädie-Zentrum Bad Füssing in einem kontrollierten Studiendesign abgefragt und die bewegungstherapeutischen Angebote nach diesen Präferenzen ausgestaltet. Es sollte die Forschungsfrage geklärt werden, ob durch ein nach subjektiven Präferenzen ausgestaltetes bewegungstherapeutisches Angebot die Wirksamkeit der Rehabilitation gesteigert werden kann?

Methoden

Es wurde eine zweiarmige, kontrollierte Interventionsstudie mit konsekutiver Anordnung der Studiengruppen durchgeführt. Die Studienteilnehmer wurden zu Reha-Anfang, Reha-Ende und 6-Monate nach der Reha gebeten, einen Fragebogen (Assessment) auszufüllen. Daneben wurden Prozessdaten der Patienten zur Verfügung gestellt. Eingeschlossen wurden nur DRV-Patienten, für die auch die DRV Reha-Therapiestandards chronischer Rückenschmerz Gültigkeit besitzen. Der Interventionsgruppe vorgeschaltet erfolgte die Befragung der Kontrollgruppe mittels Papierfragebogen. Die Erhebungsphase erfolgte von März 2016 bis März 2017.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 181 Patienten in die Studie eingeschlossen werden (98 Patienten in der Kontrollgruppe (KG), 83 Patienten in der Interventionsgruppe (IG)). Zum Zeitpunkt t3 (6 Monate nach der Rehabilitation) haben 157 Patienten den Katamnesefragebogen beantwortet, was einer Rücklaufquote von 86,7 % entspricht. Bei der Betrachtung der Funktionsbeeinträchtigung, gemessen mit dem Funktionsfragebogen Hannover (FFbH-R) zu den einzelnen Messzeitpunkten im Vergleich KG und IG zeigt sich wie erwartet in beiden Gruppen im Mittel eine Verbesserung der Funktionskapazität zum Reha-Ende, mit einem deutlich höheren Wert in der Interventionsgruppe (KG: T2=74,2 %; T1=71,3 %; IG: T2=77,4 %; T1=70,8 %). Vom Reha-Ende zum Katamnesezeitpunkt ist zudem eine deutlich geringere Verschlechterung in der Interventionsgruppe festzustellen (p=0.022). Die Schmerzintensität, gemessen durch eine numerische Ratingskala (NRS), verringert sich in beiden Gruppen zwischen Reha-Anfang und Katamnese, allerdings zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen (p=0.741). Bei der Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit zeigt sich, dass in beiden Gruppen zur Katamnese die Leistungsfähigkeit schlechter eingeschätzt wird als zum Zeitpunkt nach der Reha. In beiden Gruppen steigt der Anteil an

Studienteilnehmern, die ihre berufliche Leistungsfähigkeit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen. Zum Katamnesezeitpunkt schätzt die Interventionsgruppe ihre Leistungsfähigkeit insgesamt etwas besser ein, d. h. 83,5 % der IG sagen, dass ihre Leistungsfähigkeit „teils, teils“ oder besser (gut, sehr gut) ist, wohingegen in der KG nur 78,4 % in diesen Kategorien antworten. Bei der Frage nach der sportlichen Aktivität bzw. dem Achten auf sportliche Aktivität („Insgesamt gesehen, wie stark achten Sie auf ausreichend körperliche Bewegung?“) zeigt sich nach der Rehabilitation kein Unterschied zwischen KG und IG

Fazit

In Bezug auf das primäre Outcome der Studie (Funktionskapazität) zeigt sich ein klarer Vorteil der Interventionsgruppe vor der Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Katamnese fällt die Funktionskapazität deutlich geringer ab als in der Kontrollgruppe. In den sekundären Outcomes (Berufliche Leistungsfähigkeit und Bewegungsaktivitäten nach der Reha) ähneln sich die Gruppen stärker mit nur leichten Vorteilen für die Interventionsgruppe in der subjektiven Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Im Vergleich zu anderen Studien aus der orthopädischen Rehabilitation ist festzustellen, dass sich mit relativ geringfügigen Änderungen in der Therapiesteuerung bzw. der Therapieplanung scheinbar langfristige Verstetigungen im Rehabilitationserfolg erreichen lassen.

Eine präferenzbasierte Auswahl von Bewegungsmodulen ermöglicht längerfristige Rehabilitationserfolge ohne ein Add-On an Leistung in dem Sinne, dass ein neues Programm mit zusätzlichen Strukturanforderungen vorgehalten werden musste. Gleichwohl benötigt die Einbeziehung der Patienten in die Therapieauswahl zusätzliche organisatorische Anforderungen, da die damit verbundenen Veränderungen der Klinikroutine mit einem erhöhten Ressourcenaufwand verbunden sind. Nach der Implementation der Wahlmöglichkeiten in den Klinikalltag sollten auch kleinere Effekte zu einem günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis dieser präfenzbasierten Bewegungstherapie führen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Mayer, H., Kishino, N. D., Keeley, J., Mooney, V. (1987): A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. An objective assessment procedure. JAMA 258(13): 1763-7.

Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Franz, C., Saur, P., Seeger, D. (1996): Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP) - ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Teil 1. Der Schmerz 10(4): 190-203.

Kleist, B., Winter, S., Alliger, K., Beyer, W. F. (2002): "Work Hardening" Evaluation und Implementation des Work Hardening-Programms bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen in der stationären medizinischen Rehabilitation, Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung. Abschlussbericht.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S., Huber, G. (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation - Wirkungen, Qualität, Perspektiven. Rehabilitation 49(04): 224-236.

Evaluation von Rehabilitationskonzepten seltener osteologischer und rheumatologischer Erkrankungen am Beispiel der schwangerschaftsassoziierten Osteoporose

Gehlen, M., Lazarescu, A.-D., Hinz, C., Walz, W., Schwarz-Eywill, M., Schäfer, R.
Klinik DER FÜRSTENHOF, Bad Pyrmont

Zielstellung

Die Erforschung seltener Erkrankungen (orphan diseases) wurde in der Akutmedizin in den letzten Jahren stark vorangetrieben. Diese Entwicklung ist bislang jedoch noch kaum in der Rehabilitation angekommen. Die hier dargestellten Daten sind Teil eines größeren Projektes, in dem die Wirksamkeit von Rehabilitationskonzepten von seltenen osteologischen und rheumatologischen Erkrankungen evaluiert werden sollen.

Eine schwangerschaftsassoziierte Osteoporose ist eine sehr seltene Erkrankung (4-6 Erkrankungen pro 1 Million Schwangerschaften, ca. 200 publizierte Fälle). Viele Patientinnen entwickeln durch die Wirbelkörperfrakturen und die Unfähigkeit ihr Kind zu versorgen starke psychische Probleme.

Methoden

In diese Beobachtungsstudie wurden 11 Patientinnen eingeschlossen, die mit einem spezifischen Behandlungskonzept therapiert wurden. Alle Patientinnen wurden 2 Jahre lang beobachtet, 4 der 11 Patientinnen sogar bis zur Menopause. Standardisierte Fragebögen zur Lebensqualität (Qualeffo-41), für Angst und Depression (PHQ-4) und Schmerz (VAS) sowie die Knochendichte wurden analysiert. Zusätzlich wurde ein Fragebogen zur Abklärung der Ursachen der psychischen Belastung erstellt.

Ergebnisse

Die 11 Patientinnen erlitten durchschnittlich 4,2 (0 bis 10) Wirbelkörperfrakturen. Vier Patientinnen wurden mit Teriparatid, fünf mit Bisphosphonaten behandelt, zwei erhielten keine spezifische Therapie. Die Zeit zwischen Beschwerdebeginn und Diagnosestellung betrug 3,8 (1 bis 7) Monate. 80 % (9 von 11) der Patientinnen waren nicht in der Lage ihr Kind zu versorgen, 36 % (4 von 11) waren auf einen Rollator oder Rollstuhl angewiesen.

Bei Krankheitsbeginn waren die Patientinnen in stark eingeschränkter körperlicher und psychischer Verfassung (Qualeffo-41= 76, ± 12, VAS-Schmerz= 9.8 ± 0.4, PHQ 4= 10.6 ±2.6), der Zustand verbesserte sich aber innerhalb der nächsten 2 Jahre nach Rehabilitation deutlich (Qualeffo-41 = 31.6 ± 19.6, VAS-Schmerz= 2.9 ±2.2, PHQ 4= 3.1 ±2.2). Die klinische Situation besserte sich weiter bis zum Zeitpunkt des Erreichens der Menopause (Qualeffo-41 = 20.6 ± 4.2, VAS-Schmerz= 1 ± 1.4, PHQ 4= 1.5 ±4.2).

Die Knochendichte (DXA) war zum Krankheitsbeginn deutlich erniedrigt (–3.3 SD/T-score ± 1.1 LWS und - 2.4 SD-T-score ± 1.0 total femur). Die Knochendichte verbesserte sich nach 1,5 Jahren: LWS -2.7 SD/T-score ± 1.1 und total femur -2.0 SD-T-score ± 1.0.

Die Zeit bis zur Rückkehr in den Beruf betrug 2,5 (0,5 bis 5) Jahre.

Die Ursache für die psychische Belastung liegt in der gleichzeitigen Bedrohung der Dimensionen „physische Integrität“, „Unabhängigkeit“, „Familienleben“, „Beruf“ und „finanzielle Sicherheit“.

Fazit

Eine schwangerschaftsassoziierte Osteoporose hat erhebliche Auswirkung auf das Schmerzempfinden, die Lebensqualität und die psychische Verfassung. Nach einer Rehabilitation mit spezifischen Therapiekonzepten wurde bei allen Patientinnen eine deutliche Verbesserung der körperlichen und psychischen Einschränkungen beobachtet. Die Wirksamkeit der Rehabilitation kann nur indirekt angenommen werden, da der Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Patientinnen ohne Rehabilitation nicht möglich ist.

Die Erwerbsprognose ist deutlich besser als bei anderen Osteoporoseformen.

Das langfristige Projektziel ist die systematische Evaluation der Behandlungskonzepte von Vaskulitiden, Kollagenosen und seltenen osteologischen Krankheitsbildern.

Chronische Erschöpfung bei Patienten in der rheumatologischen Rehabilitation (CERR-Studie)

Krohn-Grimberghe, B. (1), de Vries, U. (2), Petermann, F. (2)

(1) Rheumaklinik der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen,
(2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR), Universität Bremen

Zielstellung

Chronische Erschöpfung tritt nicht nur bei psychisch oder psychosomatisch Erkrankten, sondern auch bei körperlichen Erkrankungen auf und kann hier den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen. Bislang wurde bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen im rehabilitativen Setting die chronische Erschöpfung eindimensional und anhand kurz- und mittelfristiger Effekte untersucht (Farin et al., 2004; Farin et al., Gerdes et al., 2000; Gutenbrunner et al., 2005). Forschungsergebnisse weisen jedoch auf einen Bedarf an langfristiger, differenzierter und insbesondere multidimensionaler Erfassung der chronischen Erschöpfung hin.

Methoden

Im Rahmen eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs mit 6- und 12-Monatskatamnese wurden Daten von n=138 (Durchschnittsalter 48,9 Jahre, 48 % weiblich) Patienten einer rheumatologischen Rehabilitationsklinik mit entzündlichen oder degenerativen rheumatischen Erkrankungen (ICD-10: M02 bis M79 und M79.7 Fibromyalgiesyndrom) als Erst- oder Zweitdiagnose erhoben. Die chronische Erschöpfung wurde mit dem Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) erfasst.

Ergebnisse

Die Patienten wiesen im Vergleich zur gesunden Referenzstichprobe überdurchschnittliche Werte im MFI auf mit Ausnahme des MFI-Gesamtwerts zu t2 (6 Monate nach Reha-Ende) und der Skala Verminderte Motivation zu t2 und t3 (12 Monate nach Reha-Ende). Es zeigten sich Zusammenhänge zwischen weiblichem Geschlecht und MFI-Gesamtwert, Allgemeine Müdigkeit, Verminderte Motivation und Mentale Müdigkeit. Auf allen Skalen des MFI lassen sich Verbesserungen im Sinne einer Verringerung der Erschöpfung bis sechs Monate nach Reha-Ende nachweisen. Diese Werte verändern sich im Zeitraum zwischen sechs und 12 Monaten nach Reha-Ende nicht signifikant. Die MFI-Werte zu t3 erreichen nicht das Baseline-Niveau (Reha-Beginn).

Fazit

Das hohe Ausmaß an Erschöpfung bei Patienten in der rheumatischen Rehabilitation lässt eine Ergänzung der psychologischen Diagnostik um den Einsatz des Screenings zu chronischer Erschöpfung (MFI) und die Erweiterung der Anamnesegespräche um diese Thematik sinnvoll erscheinen. Zur langfristigen Verstetigung der in der Rehabilitation erzielten Ver-

besserung der Erschöpfungssituation wäre eine Unterstützung der Patienten in Form von spezifischen Nachsorgeangeboten hilfreich, die sowohl die physische, als auch die kognitive und emotionale Erschöpfung berücksichtigt. Empfehlenswert wäre darüber hinaus eine Intensivierung des Angebotes an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzel- oder Gruppensitzungen zur Behandlung der Erschöpfung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Literatur

Farin E, Glattacker M, Follert P et al. (2004): Effekte und Prädiktoren des Outcomes in der Reha-bilitation muskuloskelettaler Erkrankungen. Phys Med Rehab Kuror; 14: 123-133.

Farin E, Glattacker M, Jäckel WH. (2006): Prädiktoren des Rehabilitationsergebnisses bei Patienten nach Hüft- und Knieendoprothetik - Eine Multiebenenanalyse. Phys Med Rehab Kuror; 16: 82-91.

Gerdes N, Weidemann H, Jäckel WH. (2000): Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Darmstadt: Steinkopff.

Gutenbrunner C, Linden M, Gerdes N et al. (2005): Die Bedeutung des chronischen Erschöpfungs-syndroms in der Rehabilitationsmedizin - Stand und Perspektiven. Rehabilitation; 44: 176-185.

Etappen-Heilverfahren für stark adipöse Patienten in einer orthopädisch-rheumatologischen Reha-Klinik

Gerdes, N. (1), von Kageneck, M. (2), Hakuba, H. (2), Schiel, A. (2), Schlittenhardt, D. (2)

(1) Hochrhein-Institut am RehaKlinikum Bad Säckingen e. V.,
(2) RehaKlinikum Bad Säckingen

Zielstellung

Starkes Übergewicht mit einem Body-Mass-Index > 30 wird von der Weltgesundheitsorganisation bereits seit 15 Jahren als „globale Epidemie“ eingestuft (WHO 2000), die vor allem wegen der z.T. drastisch erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken sowie der psychosozialen Folgen und volkswirtschaftlichen Kosten alarmiert.

Die Therapieaussichten werden wegen der hohen Rückfallquoten im Langzeitverlauf generell skeptisch beurteilt. Die kürzlich aktualisierte S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (LL 2014) empfiehlt:

„Die Effektivität kann durch eine langfristige Versorgung („extended care“) verbessert werden, wie Meta-Analysen zeigen. ... Vor allem Programme, in denen Patienten einen persönlichen Kontakt zum Behandlungsteam hatten, waren erfolgreich. Langfristiger Kontakt zwischen Patient und Behandler ... kann individuell auch als Telefon- oder Email-Kontakt erfolgen. ... Allerdings sollte die behandelnde Person, die diese Kontakte anbietet, durchgängig dieselbe sein.“ (LL 2014, S.75)

Auf diesem Hintergrund ist von der DRV Baden-Württemberg und unserer Klinik für ausgewählte Rehabilitanden mit einem BMI > 35 ein modifiziertes Reha-Verfahren vereinbart worden, das als „Etappen-Heilverfahren“ (EHV) bezeichnet wird (vgl. Wagner 2001) und die wesentlichen Elemente der zitierten Leitlinien-Empfehlung aufnimmt. Dazu gehören eine Dauer des Verfahrens von gut 12 Monaten sowie die langfristige Behandlung und Betreuung durch ein personell konstantes Team aus Arzt, Ernährungsberaterin und Psychologin während der gesamten EHV-Maßnahme.

Methode

Die EHV-Maßnahme umfasst 3 stationäre Phasen à 18, 11 und 6 Tagen sowie 2 ambulante Phasen à 6 Monate zwischen den stationären Phasen. Während der stationären Phasen erhalten die Patienten zusätzlich zur allgemeinen Ernährungsschulung und den praktischen Übungen in der Lehrküche eine individuelle Ernährungsberatung und werden angehalten, ihr Körpergewicht und ihre Trinkmenge täglich zu dokumentieren. Die Bedeutung eines adäquaten Bewegungsverhaltens wird in Schulungen vermittelt und in Bewegungstherapie und MTT eingeübt. Den Patienten wird mindestens eine psychologische Einzelberatung angeboten, bei der auch ein psychologisches Assessment des Essverhaltens (Pudel & Westenhöfer 1989) durchgeführt wird. Orthopädische und ggf. kardiologische bzw. lymphologische oder angiologische Erkrankungen werden während der stationären Phasen ebenfalls behandelt.

Während der beiden ambulanten Phasen nehmen die Patienten an Nachsorgemaßnahmen teil, wie sie von der DRV angeboten werden. Die entsprechenden Kontakte werden während der ersten stationären Phase angebahnt. Zur Motivationsverstärkung werden sie ca. 3 Monate nach Beginn der beiden ambulanten Phasen von unserer Ernährungsberaterin angerufen und nach ihrem aktuellen Körpergewicht sowie Problemen bei der Ernährungsumstellung befragt.

Ergebnisse

Von Juli 2014 bis Juli 2017 haben insgesamt 94 Patienten das EHV-Programm in unserer Klinik begonnen. Da bei 18 Patienten wegen fehlender Anfangserfolge das EHV nicht fortgeführt wurde und somit nur eine (verkürzte) normale Reha-Maßnahme, aber kein EHV zustandegekommen ist, wurden sie von den Auswertungen ausgeschlossen. Die Fallzahl beträgt demnach N=76.

Der Frauenanteil betrug 40,3 %. Das mittlere Eingangsgewicht betrug bei den Frauen 126 (± 18,1) kg und bei den Männern 139 (± 22,3) kg. Mitte Juli 2017 hatten 29 Pat. (38 %) das Programm abgeschlossen und 31 Patienten (41 %) waren noch im laufenden Programm. 16 Patienten (21 %) hatten aus externen Gründen (Krankheit, Umzug) oder von sich aus das Programm nach der 2. Etappe abgebrochen.

Das Körpergewicht als zentraler Outcome-Parameter wurde zu Beginn und am Ende der stationären Phasen sowie in der Mitte der beiden ambulanten Phasen erhoben, sodass Gewichtsangaben zu Beginn, nach 18 Tagen sowie nach 3, 6, 9 und 12 Monaten vorliegen. In der Abbildung ist die prozentuale Gewichtsveränderung zu diesen Messzeitpunkten gegenüber dem Eingangsgewicht dargestellt.

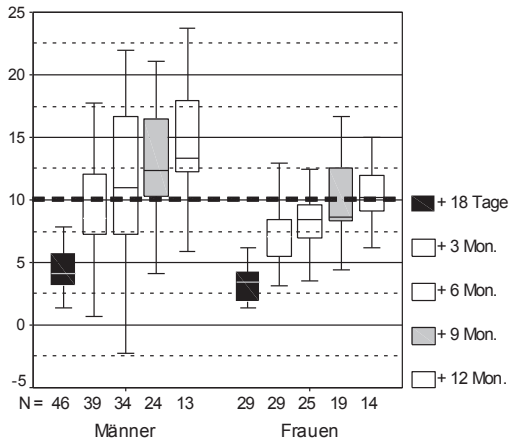

Abb. 1: prozentuale Gewichtsveränderung

Da bei Evaluationsstudien damit gerechnet werden muss, dass die Langzeitergebnisse überschätzt werden, wenn die Abbrecher bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden (Faller 2004), haben wir „Intention-to-treat-Analysen“ berechnet, in denen bei den Abbrechern für die 12-Monats-Katamnese das Gewicht nach 6 Monaten („Last observation carried forward“ LOCF) bzw. das Eingangsgewicht (“return to baseline“ RTB) eingesetzt wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass die Fallzahl zur 12-Monats-Katamnese von N=27 auf N=45 ansteigt und die mittlere Gewichtsabnahme von 13,3% auf 10,9% (LOCF) bzw. 8,3% (RTB) absinkt.

Fazit

In der Adipositas-Leitlinie wird eine Gewichtsabnahme von 10% als Therapieziel nach 6-12 Monaten genannt (LL 2014, S. 38). Bei unseren Studienpatienten hat nach 12 Monaten über die Hälfte dieses Ziel erreicht und z.T. deutlich übertroffen. Und auch die ITT-Analysen ergeben selbst in der „schärfsten“ Variante (RTB) mit einer Gewichtsreduktion von 8,3% noch durchaus akzeptable Ergebnisse.

Dieses Fazit war für die Geschäftsführung der Klinik der Anlass, das EHV-Programm auch für Patienten anderer Versicherungsträger zu öffnen.

Förderung: RehaKlinikum Bad Säckingen

Literatur

LL 2014 Interdiziplinäre Leitline der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. AWMF-Register Nr. 050/001. Version 2.0 (April 2014).

Faller H (2004): Intention-to-treat. Die Rehabilitation, 43: 52-55.

Pudel V, Westenhöfer J (1989): Fragebogen zum Essverhalten: Handanweisung. Eating Intervention. Göttingen, Hogrefe.

Wagner G (2001): Etappenheilverfahren – eine neue Form des stationären Gesundheitstrainings bei krankhafter Adipositas. Diplomarbeit FH Albstadt-Sigmaringen.

WHO (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.

Erwartungen an die medizinische Rehabilitation bei Multipler Sklerose aus der Sicht Betroffener

Giesler, J.M. (1), Klindtworth, K. (2), Nebe, A. (3), Glattacker, M. (1)
(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Upgant-Schott,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Multiple Sklerose (MS) ist eine entzündliche Erkrankung des ZNS, die im frühen Erwachsenenalter auftritt und mit erheblichen Einschränkungen der Betroffenen in Bezug auf Lebensqualität, Aktivität und Teilhabe verbunden ist. Obwohl medizinische Rehabilitation hier zu Verbesserungen beitragen kann (Khan & Amatya, 2016), zeigt die relativ geringe Inanspruchnahme entsprechender Maßnahmen (Nebe & Naumann, 2015), dass das Potenzial der medizinischen Rehabilitation nur unzureichend genutzt wird. Ziel des im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführten Projekts „Einstellungen zur Medizinischen Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose" war es daher, neben möglichen Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei MS-Betroffenen auch deren diesbezügliche Erwartungen zu untersuchen.

Methoden

Basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche, Experteninterviews (N = 5), Fokusgruppen und Einzelinterviews mit insgesamt N = 19 Betroffenen sowie der Durchsicht verwandter Erhebungsinstrumente wurde ein Fragebogen entwickelt, der u.a. 25 Items zu Erwartungen an die medizinische Rehabilitation bei MS enthielt. Zudem wurden soziodemographische (u. a. Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Partnerschaft) und krankheitsbezogene Merkmale (u. a. Diagnose, Zeit seit dem letzten Schub, Zeitspanne seit Diagnosestellung) erhoben. Die Datenerhebung erfolgte in einer bundesweiten Online-Befragung im Mai 2016.

Für die Erwartungen der Betroffenen an die medizinische Rehabilitation wurden zunächst deskriptive Statistiken berechnet. Mit Hilfe einfaktorieller (Ko-)Varianzanalysen wurde darüber hinaus unter partieller Berücksichtigung des Lebensalters geprüft, inwieweit die Ausprägung der Erwartungen in Abhängigkeit von den Faktoren „vorherige Reha-Erfahrung“, „Absicht, eine Reha zu machen“ und „Berufstätigkeit“ variiert. Als Maß der Effektstärke wurde Eta-Quadrat verwendet.

Ergebnisse

An der Befragung nahmen N = 590 Betroffene mit MS teil. 72 % der Befragten waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 45,6 Jahren. Erwerbstätig waren 63 % der Befragten. 52 % der Befragten waren an einer vorherrschend schubförmig verlaufenden MS erkrankt. Im Mittel war die Diagnose MS vor 11 Jahren gestellt worden. 381 Befragte (65 %) hatten bereits eine medizinische Rehabilitation aufgrund der MS in Anspruch genommen. Von diesen gaben 90 % an, bei Bedarf erneut eine Rehabilitation zu MS machen zu wollen.

Relativ am stärksten ausgeprägt sind Erwartungen, die sich auf bestimmte Prozess- und Ergebnisaspekte der medizinischen Rehabilitation beziehen: So erwarten jeweils mehr als 80% aller Befragten, dass ihre Behandlung individuell abgestimmt wird, dass Behandlungsziele von Arzt und Rehabilitand gemeinsam festgelegt werden, dass sie neue Kraft schöpfen können, dass sie es erreichen, ihre Selbständigkeit so lange wie möglich zu bewahren, oder dass sie Informationen über nicht-medikamentöse Behandlungen sowie darüber erhalten, was sie selbst tun können, damit es ihnen besser geht.

Die Erwartungen variieren meist nur geringfügig in Abhängigkeit vom Geschlecht, von der Absicht, eine Reha zu machen, oder von vorheriger Reha-Erfahrung. Stärkere (Eta-Quadrat größer 0,06 bzw. 0,14) und nach Kontrolle des Lebensalters signifikante Unterschiede finden sich jedoch in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit: Berufstätige erwarten in stärkerem Maße eine Besserung ihrer Leistungsfähigkeit sowie Information und Unterstützung bezüglich beruflicher Themen (Probleme am Arbeitsplatz, Umschulung, Stellen eines Rentenantrags).

Fazit

Die vorliegende Studie erlaubt es, die Erwartungen MS-Betroffener an eine medizinische Rehabilitation zu beschreiben und Ansatzpunkte für Maßnahmen zu benennen, die auf eine Erhöhung der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei MS zielen. Hierzu gehören u.a. verstärkte Information über Inhalte, Ablauf und individuellen Nutzen einer medizinischen Rehabilitation für MS-Betroffene. Mit Blick auf berufstätige Betroffene bietet es sich hierbei an, den Beitrag der medizinischen Rehabilitation zur Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit zu akzentuieren. Als Limitationen der Studie sind u.a. der mögliche Einfluss weiterer konfundierender Variablen und Selektionseffekte zu nennen.

Interessenkonflikte: Die Co-Autorin A. Nebe ist Mitarbeiterin der Deutschen Renten-versicherung Bund.

Literatur

Khan, F. & Amatya, B. (2016). Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.016.

Nebe, A. & Naumann, B. (2015). Multiple Sklerose: trotz Rehabilitation Rente? 88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Düsseldorf, Abstract P 289.

BBPL-Identifikation in der neurologischen MBOR - One instrument doesn`t fit all

Leniger, T. (1), Brandes, I. (2), Heßling, A. (1)

(1) Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, (2) Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Die Einsetzbarkeit von Screeninginstrumenten zur Ermittlung einer BBPL ist in der neurologischen MBOR insbesondere vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Reha-Formen (AHB, HV) und Diagnosen begrenzt [Heßling et al. 2017a, Heßling et al. 2017b]. Daher sieht das MBOR-Konzept des Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen eine klinisch-anamnestische Identifizierung einer BBPL im Rahmen eines psychologischen Gesprächs vor [Heßling et al. 2015, Heßling et al. 2017a]. Ziel dieser Untersuchung war der Vergleich der Screeninggüte einer klinisch-anamnestisch determinierten BBPL (KA-BBPL) mit dem standardisierten Screeningverfahren SIMBO-C in Bezug auf den Outcomeparameter sozialmedizinisches Leistungsvermögen am Ende der Rehabilitationsmaßnahme (LV) in der neurologischen MBOR.

Methoden

Bei 297 DRV-Rehabilitanden einer stationären neurologischen Rehabilitationseinrichtung wurden routinemäßig bei Aufnahme klinisch-anamnestische Charakteristika im Hinblick auf das Vorliegen einer BBPL und der SIMBO-C erhoben. Sensitivitäten, Spezifitäten und Korrelations-Analysen für die KA-BBPL (ja/nein) und für den Summen-Score des SIMBO-C (Cut-Off 30 Punkte) mit dem LV (positiv/negativ) wurden unter Berücksichtigung der Reha-Form (AHB/HV) und Diagnoseart (Schlaganfall/Andere Diagnosen) ermittelt. Zudem erfolgte eine quantitative und qualitative Analyse des negativen LV nach der Reha-Form.

Ergebnisse

In der Gesamtkohorte wiesen beide Screeningverfahren eine gleiche Sensitivität von 85% auf, jedoch zeigte die KA-BBPL bei höherer Spezifität als der SIMBO-C (49% vs. 29%) eine höhere Korrelation und Vorhersagekraft in Bezug auf das LV (r=0,353 vs. R=0,164 bzw. AUC=0,670 vs. AUC=0,569). In den Subgruppenanalysen nach Diagnoseart Schlaganfall und Reha-Form AHB bestand für die KA-BBPL eine signifikante Korrelation (r=0,337 bzw. r=0,317) und Vorhersagekraft (AUC=0,673 bzw. AUC=0,655) in Bezug auf den Outcomeparameter, während sich für den SIMBO-C keine signifikanten Korrelationen und Vorhersagekraft fanden. Bei den Subgruppenanalysen Andere Diagnosen und HV hingegen waren für beide Screeningverfahren vergleichbare signifikante Korrelationen und Vorhersagekraft erkennbar.

Die Ausprägungen des negativen LV waren in den Reha-Formen signifikant unterschiedlich (p=0,003), bei der AHB häufiger eine Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (70% vs. 40%) und bei dem HV häufiger eine Erwerbsunfähigkeit (48% vs. 21%). Die Begründungen für das negative LV waren ohne signifikanten Häufigkeitsunterschied zwischen den Reha-Formen. [Leniger et al. 2017]

Fazit

Das Screeninginstrument SIMBO-C kann in der neurologischen MBOR nicht in allen Subgruppen Rehabilitanden mit und ohne BBPL ausreichend diskriminieren. Um neurologische Rehabilitanden mit einer BBPL optimal zu erkennen, erweist sich der Einsatz einer aufwendigen, aber individuellen klinisch-anamnestischen BBPL-Identifikation vorteilhafter als das standardisierte Screeninginstrument SIMBO-C, insbesondere bei der häufigen Diagnose Schlaganfall als auch in der Reha-Form AHB.

Literatur

Heßling, A., Brandes, I., Leniger, T. (2015): Implementierung von MBOR in der Neurologischen Rehabilitation mithilfe von Experteninterviews in der Erprobungsphase. Neurol-Rehabil. 21:146-154.

Heßling, A., Brandes, I., Dierks, M.-L., Leniger, T. (2017a): Klinisch-anamnestische Charakteristika in der neurologischen MBOR – Notwendigkeit einer qualitativen BBPL-Identifikation. Nervenarzt. In press.

Heßling, A., Brandes, I., Dierks, M.-L., Leniger, T. (2017b): Klinisch-anamnestische Charakteristika in der neurologischen MBOR – Einfluss der Reha-Form auf die BBPL-Identifikation. In review.

Leniger, T., Brandes, I., Heßling, A. (2017): Vergleich einer klinisch-anamnestisch determinierten BBPL mit dem Screeninginstrument SIMBO-C im Hinblick auf das Outcome in der neurologischen MBOR. In review.

Modellprojekt BEREIT – Ergebnisse berufsorientierter Nachsorge in der neurologischen Rehabilitation

Claros-Salinas, D. (1), Unger, T. (2)

(1) Kliniken Schmieder, Konstanz, (2) Kliniken Schmieder, Allensbach

Zielstellung

Wie aktuelle Evaluationen zu Einflussfaktoren beruflicher Wiedereingliederung nach Schlaganfall (Schwarz, Claros-Salinas & Streibelt, 2017) nahelegen, muss eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation als Schnittstellenaufgabe begriffen werden, bei der nicht nur die betroffene Person, sondern auch deren Arbeitsplatz konsequent einzubeziehen ist.

BEREIT, ein Modellprojekt in Kooperation mit der DRV Baden-Württemberg, ist ein Nachsorgekonzept, das im zeitnahen Anschluss an die medizinische oder medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase D) neurologisch beeinträchtigte Rehabilitanden im Großraum Stuttgart (maximale Anfahrtszeit: 60 Minuten) bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz therapeutisch begleitet und mit der Zielsetzung einer nachhaltigen beruflichen Reintegration der Rehabilitanden explizit Kontakt mit der Arbeitgeberseite aufnimmt.

Methoden

Reintegrationscoachs, ExpertInnen mit neuropsychologischen, berufstherapeutischen und sozialrechtlichen Fachkenntnissen, suchten die Rehabilitanden an ihrem Arbeitsplatz auf,

analysierten deren Leistungsverhalten ebenso wie relevante Kontextfaktoren, berieten Arbeitgeber, Kollegen wie auch Angehörige und vermittelten zwischen den unterschiedlichen Akteuren. Ergänzende Kontakte zu Rehabilitanden und Arbeitgeberseite erfolgten telefonisch. Die BEREIT-Dauer wurde mit zwei Monaten angesetzt.

Zu Beginn der BEREIT-Maßnahme wurde eine schriftliche Zielvereinbarung mit Details zu Pausenregelung und inhaltlichen Anpassungen getroffen. Der Rehabilitand wurde instruiert, ein tägliches Leistungsprotokoll mit Angaben zu Arbeitszeit, -inhalten, Besonderheiten im Tagesablauf, eigener Leistungsbeurteilung (5-stufige Skala) zu führen, die Dokumentations-Vorlage dazu wurde erläutert.

Zum Ende der BEREIT-Maßnahme wurden Abschlussinterviews durchgeführt sowohl mit dem Rehabilitanden (zu Zielerreichung und Arbeitszufriedenheit, Bewertung der BEREIT-Betreuung, Erhebung noch bestehender arbeitsrelevanter Hirnschädigungs-Folgen, körperlich vs. kognitiv) als auch mit einem Vertreter des Arbeitgebers (zu aktueller, jeweils fünfstufiger Rehabilitanden-Leistungsbeurteilung hinsichtlich Fachwissen, Arbeitsqualität, Arbeitstempo, Ausdauer und Arbeitsverhalten und zum Ergebnis hinsichtlich möglicher zeitlicher und /oder inhaltlicher Änderungen am Arbeitsplatz).

Ergebnisse

Einbezogen bis 10/2017 wurden 70 Rehabilitanden (80% männlich, im mittleren Alter von 44,8 Jahren, 49% mit Hauptschul-, 26 % mit mittlerem Schulabschluss, 25 % mit Abitur). Die mittlere Arbeitsunfähigkeit betrug 7 Monate. Ätiologisch überwogen Schlaganfälle (44,3 %), gefolgt von Schädelhirntrauma (20%), MS (17,1%), Tumor (5,7%) und sonstigen neurologischen Erkrankungen (12,9%).

BEREIT-Zielsetzungen bezogen sich überwiegend auf stufenweise Wiedereingliederung (94%), daneben auf innerbetriebliche Umsetzung (5%) bzw. unmittelbare Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz (1%).

Bei vier noch laufenden BEREIT-Begleitungen konnten 61 Rehabilitanden (87%) zunächst erfolgreich reintegriert werden. Zwei dieser Rehabilitanden wurden zeitnah gekündigt bzw. erkrankten erneut. Bei vier Rehabilitanden war die BEREIT-Maßnahme vorzeitig abgebrochen worden, in einem weiteren Fall konnte abschließend keine erfolgreiche Rückführung an den Arbeitsplatz erreicht werden.

Die BEREIT-Dauer betrug im Mittel 2,3 Monate (Range: 15 - 171 Tage). In 18% der Fälle war die vorgesehene Dauer von zwei Monaten ausreichend, in 36% konnte verkürzt werden und in 46% war eine Verlängerung notwendig.

Die BEREIT-Teilnehmer bewerteten die BEREIT-Maßnahme überwiegend positiv. 27,8% beschrieben ihre abschließende Arbeitszufriedenheit als „ziemlich gut“ bzw. 51,9% als „gut“. 75% gaben noch bestehende körperliche Folgen ihrer neurologischen Erkrankung an, 43,1% beschrieben entsprechende kognitive Folgen.

Die abschließend befragten Arbeitgeber beurteilten qualitative Aspekte der Arbeitsleistung wie Fachwissen und Arbeitsqualität der Rehabilitanden überwiegend als „hoch“ (35,3% bzw. 46,2%) oder „sehr hoch“ (43,1% bzw. 40,4%). Quantitative Aspekte wie Arbeitstempo oder Ausdauer wurden weniger günstig beurteilt: 45,7% bzw. 34,7 % als „hoch“ und 2,2% bzw.

18,4% als „ sehr hoch“. Die Motivation der Rehabilitanden wurde wiederum als „hoch“ (35,4%) oder „sehr hoch“ (50%) eingeschätzt.

Anhand eines Einzelfalls wird der Verlauf einer BEREIT-Maßnahme (incl. Auswertung von Tagesprotokollen zur Leistungsdynamik) exemplarisch dargestellt.

Fazit

Das berufsorientierte Nachsorge-Konzept BEREIT leistet eine wichtige Ergänzung der Phase D mit medizinisch-beruflicher Ausrichtung und führt in der expliziten Kopplung therapeutischer und arbeitsplatzbezogener Interventionen für neurologisch beeinträchtigte Rehabilitanden zu guten Ergebnissen. Wesentlich erscheint u.a. eine individuelle, flexible Gestaltung der BEREIT-Dauer.

Literatur

Schwarz B, Claros-Salinas D, Streibelt M (2017), Meta-synthesis of qualitative research on facilitators and barriers of return to work after stroke. J Occup Rehabil DOI 10.1007/s10926-017-9713-2.

Lässt sich motorische Fatigability bei MS simulieren? Untersuchung mittels attraktorbasierter kinematischer Ganganalyse

Dettmers, C. (1), Sagoe, E. (2), Sailer, S. (1), Broscheid, K.-C. (2), Vieten, M. (2)
(1) Kliniken Schmieder, (2) Universität Konstanz

Zielstellung

Fatigue ist ein unscharfer Begriff, der nicht einheitlich verwendet und definiert wird. Dies ist insbesondere problematisch, weil sich die Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens häufig auf Fatigue bezieht. Insbesondere bei der Multiplen Sklerose (MS) gibt es häufig die Konstellation, dass junge Menschen im berufsfähigen Alter aufgrund von Fatigue leistungsgemindert eingeschätzt werden. Daher haben wir uns in den letzten Jahren darum bemüht, sowohl kognitive (Claros-Salinas et al. 2010), wie auch motorische Fatigue (Sehle et al., 2014) zu objektivieren.

Erfreulicherweise hat sich in den letzten Jahren in Fachkreisen die Unterscheidung zwischen Fatigability und Fatigue herauskristallisiert (Kluger et al., 2013). Fatigability bedeutet die Änderung des Leistungsvermögens (change of performance), die sichtbar und messbar ist. Fatigue bedeutet die subjektive Wahrnehmung des Patienten (subjective sensation/perception), die häufig mittels Patientenbefragung und Fragebogen erfasst wird.

In den letzten Jahren haben wir eine attraktorbasierte Ganganalyse entwickelt, die sehr sensitiv für intraindividuelle Veränderungen ist (Vieten et al., 2013). Aufgrund ihrer Sensitivität hat sie sich als geeignet zum Nachweis von motorischer Fatigability bei MS erwiesen. Ferner konnten wir zeigen, dass sich der Fatigue Index Kliniken Schmieder, wie wir ihn zur Bestimmung der Fatigability eingeführt haben, nicht durch Depression zustande kommen kann (Dettmers et al., 2016).

Frage der vorliegenden Studie war, inwiefern ein pathologischer Fatigue Index während einer Laufbanduntersuchung von gesunden Probanden simuliert werden kann.

Methoden

Probanden

33 gesunde Probanden (18 Männer, Alter 20-58) ohne Hinweis auf eine neurologische Grunderkrankung.

Messung

Beschleunigungssensoren wurden mit Klettband an beiden Sprunggelenken angeheftet (RehaWatch Sensoren 4.1.9.0 (HASOMED GmbH, Magdeburg, Germany)). Daten wurden mittels bluetooth auf einen Laptop übertragen. Gleichzeitig wurde das Gangbild mit zwei Kameras von hinten und von der Seite auf dem Laufband simultan aufgenommen.

Protokoll

Zunächst wurden die Probanden mit dem Laufband vertraut gemacht und konnten sich für eine Geschwindigkeit von 5 km/h eingewöhnen. Anschliessend wurden die Daten der Beschleunigungssensoren und der Videokameras für 60 Sekunden aufgezeichnet. Danach mussten die Probanden ein Gangbild simulieren, wie sie es sich in völlig erschöpftem Zustand vorstellen. Dies wurde insgesamt dreimal wiederholt.

Kinematische Ganganalyse

Die Daten der Ganganalyse und der Fatigue Index Kliniken Schmieder wurden mittels der vorbeschriebenen attraktorbasierten Methode ausgewertet (Sehle et al., 2014, Vieten et al., 2013). Dabei wurde jeweils der Differenzbetrag von den drei simulierten Durchgängen zu den Normaldurchgängen gebildet.

Videoauswertung

Die Aufzeichnung der Videos wurde von einem Physiotherapeuten ausgewertet, der langjährig erfahren ist im Umgang und der Erkennung von Gangbildveränderungen bei MS.

Ergebnisse

Insgesamt konnten die Daten von 33 Probanden komplett ausgewertet werden.

Die nicht-verblindete Auswertung der Videos ergab, dass 2 von 33 Gesunden es schafften, ähnlich einem erschöpften Zustand auszusehen.

Legt man die Werte von Sehle et al. zugrunde, läßt sich ein Normalwert für den Fatigue Index Kliniken Schmieder definieren (Sehle et al., 2014). Viele gesunde Probanden haben es geschafft, ihr Gangbild so zu verändern, dass der Attraktor und der Fatigue Index pathologisch werden.

Derzeitig läuft eine Analyse, die dahingeht, dass bei vielen Simulationsversuchen die Veränderung des Attraktors zu stark wird und ausserhalb des Erwartungsbereichs für motorische Fatigability liegt.

Fazit

Durch Simulation, d.h. durch willentliche Anstrengung ist es möglich, den Fatigue Index in den pathologischen Bereich zu verschieben. In den meisten Fällen sahen die Gangbildveränderungen in den Videoaufzeichnungen jedoch nicht wie Erschöpfungszustände aus bzw. wie Gangbildveränderungen, wie sie bei MS durch eine Zunahme von Paresen, Spastik oder

Ataxie zustande kommen. Ähnlich wie bei anderen psychogenen Gangstörungen wirken die Gangbildveränderungen „übertrieben“.

Zur Zeit befinden sich die Daten noch in der Interpretation, ob es für den Fatigue Index auch einen Bereich gibt, der ausserhalb des Erwartungswertes für motorische Fatigability liegt.

Literatur

Claros-Salinas D, Bratzke D, Greitemann G, Nickisch N, Ochs L, Schroter H. Fatigue-related diurnal variations of cognitive performance in multiple sclerosis and stroke patients. Journal of the neurological sciences. 2010;295(1-2):75-81.

Dettmers C, Riegger, M., Müller, O., Vieten, M. Fatigability assessment using the Fatigue Index Kliniken Schmieder (FKS) is not compromised by depression. Health. 2016;8:10.

Kluger BM, Krupp LB, Enoka RM. Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. Neurology. 2013;80(4):409-16.

Sehle A, Vieten M, Sailer S, Mundermann A, Dettmers C. Objective assessment of motor fatigue in multiple sclerosis: the Fatigue index Kliniken Schmieder (FKS). Journal of neurology. 2014;261(9):1752-62.

Vieten MM, Sehle A, Jensen RL. A novel approach to quantify time series differences of gait data using attractor attributes. PloS one. 2013;8(8):e71824.

Sensomotorisches Laufbandtraining in der Rehabilitation von Gangstörungen bei Patienten mit Morbus Parkinson

Klamroth, S. (1), Gassner, H. (2), Winkler, J. (1), Eskofier, B. (1), Klucken, J. (2), Pfeifer, K. (1), Steib, S. (1)

(1) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen,
(2) Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Zielstellung

Morbus Parkinson geht oft mit Gang- und Gleichgewichtsstörungen einher, wodurch sich das Sturzrisiko erhöht, und gleichzeitig die Alltagsmobilität und Lebensqualität der Patienten stark beeinträchtigt ist (Canning et al., 2014; Soh et al., 2011). In der neurologischen Rehabilitation gilt Laufbandtraining als eine wirksame Methode um die Gehfähigkeit von Parkinsonpatienten zu verbessern (Mehrholz et al., 2015), jedoch spiegelt es nicht die Anforderungen an die Fortbewegung in natürlicher Umgebung wider. Aus diesem Grund wurde ein neues Laufband entwickelt, welches das Gehen auf unebenem Untergrund simuliert. Ziel dieser Studie ist zu untersuchen, ob ein solches sensomotorisches Laufbandtraining einem konventionellen Laufbandtraining hinsichtlich der Verbesserung der Gehfähigkeit von Parkinsonpatienten überlegen ist.

Methoden

43 Parkinsonpatienten (Höhn und Yahr Stadium 1 - 3,5) wurden entweder einem Laufbandtraining mit Perturbationen (Experimentalgruppe [EG]; n = 21) oder einem konventionellen Laufbandtraining (Kontrollgruppe [KG]; n = 22) randomisiert zugeordnet. Das neuartige Laufband erzeugt kleine, ständig wechselnde Kippbewegungen (Perturbationen) der Lauffläche,

wodurch variierende Gleichgewichtsanforderungen unmittelbar während des Gehens gestellt werden. Beide Gruppen trainierten acht Wochen, zwei Mal pro Woche für jeweils 30 Minuten. Verschiedene qualitative Gangparameter (u.a. Schrittlänge, Schrittvariabilität, Schrittsymmetrie) wurden bei konstanter Laufbandgeschwindigkeit wöchentlich während der zwei monatigen Interventionsphase erhoben, mittels eine im Laufband integrierten Druckmessplatte (FDM-T, zebris Medical GmbH). Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels linearer gemischter Modelle, um Veränderungen des Gangbildes über die Zeit innerhalb und zwischen den Gruppen zu untersuchen. Die Berechnung der Effektstärke (ES) erfolgte mit dem Effektstärkenmaß Cohens d.

Ergebnisse

Im Verlauf der achtwöchigen Intervention zeigten sich deutliche Verbesserungen in der Variabilität der Schrittlänge (EG: $p < .0001$, ES = -0.75; KG: $p < .0001$, ES = -0.84) und der Variabilität der Schrittzeit (EG: $p < .0001$, ES = -0.81; KG: $p < .0001$, ES = -0.71) in beiden Gruppen, jedoch ohne signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Die Teilnehmer des sensomotorischen Laufbandtrainings vergrößerten zudem signifikant ihre Schrittlänge ($p = .02$, ES = +0.39) und Schrittzeit ($p = .02$, ES = +0.41), bei gleichzeitiger Reduktion der Standbeinphase ($p = .04$, ES = -0.34) und Zunahme der Schwungbeinphase ($p = .04$, ES = +0.34). Die Veränderung der Schrittzeit war signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen ($p = .05$, ES = +0.32).

Fazit

Während sich die Gangvariabilität in beiden Gruppen in gleichem Maße reduziert hat, zeigte sich bei dem sensomotorischen Laufbandtraining zusätzlich eine Zunahme der Schrittzeit, der Schrittlänge, und der Schwungbeinphase, was bei einer konstanten Ganggeschwindigkeit auf eine erhöhte Gangstabilität schließen lässt. Interventionen wie das sensomotorische Laufbandtraining, die die Anforderungen an die Fortbewegung in natürlicher Umgebung berücksichtigen, spielen insbesondere in der neurologischen Rehabilitation eine zunehmende Rolle, und können dazu beitragen die Alltagsmobilität und die damit verbundene Teilhabe der Betroffenen zu verbessern.

Förderung: Deutsche Stiftung Neurologie (DSN), Emerging Fields Initiative (EFI) der Friedrich-Alexander Universität (FAU) Erlangen - Nürnberg

Literatur

Canning, C.G., Paul, S.S., Nieuwboer, A. (2014): Prevention of falls in Parkinson's disease: a re-view of fall risk factors and the role of physical interventions. Neurodegenerative disease management, 4. 203-221.

Mehrholz, J., Kugler, J., Storch, A., Pohl, M., Hirsch, K., Elsner, B. (2015): Treadmill training for patients with Parkinson’s disease. Cochrane Database Syst Rev., 8. CD007830.

Soh, S.E., Morris, M.E., McGinley, J.L. (2011): Determinants of health-related quality of life in Parkinson’s disease. Parkinsonism & related disorders, 17. 1-9.

Ergebnisqualität der Schlaganfallrehabilitation in der BAR-Phase D

Deck, R. (1), Bußmann, M.L. (1), Steinmetz, J. (2), Neunzig, H.-P. (3)
(1) Universität zu Lübeck, (2) Klinikum Bad Bramstedt, (3) Waldklinik, Jesteburg

Zielstellung

Der Schlaganfall ist ein Krankheitsbild von hoher epidemiologischer Bedeutung. In Deutschland erleiden jährlich ca. 200.000 Menschen einen Schlaganfall (Kompetenznetz Schlaganfall). Rund ein Viertel der Schlaganfallüberlebenden ist drei Monate nach dem Akutereignis von schweren Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen. In einer alternden Gesellschaft und bei gleichzeitig längerem Verbleib im Arbeitsleben ist die Bedeutung der neurologischen Reha nach Schlaganfall evident. Insbesondere bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen kommt der Schlaganfallrehabilitation eine zentrale Bedeutung zu. Angesichts der großen Anzahl von Betroffenen und der teils gravierenden Folgen stellt sich die Frage, welche Teilhabezugewinne durch die medizinische Rehabilitation erreicht werden können. Reha-Kliniken sind zur Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm verpflichtet, eine gesonderte Darstellung für Schlaganfallpatienten erfolgt bislang nicht (Schupp, 2011).

Methoden

Es wurde eine prospektive, multizentrische Beobachtungsstudie in sechs stationären neurologischen Rehabilitationseinrichtungen* in Deutschland durchgeführt. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden nach zerebrovaskulärem Akutereignis, die den Schweregrad der BAR-Phase D aufwiesen. Die Rehabilitanden wurden zu drei Messzeitpunkten schriftlich befragt: zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie vier Monate nach deren Abschluss. Primäres Zielkriterium war Teilhabe (IMET; Deck et al., 2008), sekundäre Zielgrößen beinhalteten verschiedene Parameter des subjektiven Gesundheitserlebens (Deck & Raspe, 2006). Darüber hinaus wurden die Nutzung von Nachsorgeangeboten und die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme erfasst.

*Diana-Klinik Bad Bevensen, Klinik am Rosengarten Bad Oeyenhausen, Neurologische Rehabilitationsklinik Bad Bramstedt, RehaCentrum Hamburg, Median Rehazentrum Gyhum, Zentrum für Rehabilitation Jesteburg

Ergebnisse

In die Studie eingeschlossen wurden 390 Rehabilitanden, am Ende der Reha lagen 365 (Rücklaufquote 94 %), zum Katamnesezeitpunkt 259 Fälle vor (Rücklaufquote 71 %). Für die Auswertung wurden die kompletten Datensätze von 259 Rehabilitanden herangezogen. In der Gesamtstichprobe war ein Drittel weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 54 Jahren. Die meisten Befragten waren noch voll oder teilweise berufstätig, die Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten betrug im Durchschnitt 18 Tage. Ein Viertel der Befragten beabsichtigte einen Rentenantrag zu stellen. Die Patienten wiesen zu Beginn der Rehabilitation hohe Teilhabestörungen und deutliche Einschränkungen in allen erfassten sekundären Zielgrößen auf. Am Ende der Rehabilitation zeigten sich in allen Outcomeparametern signifikante Verbesserungen mit kleinen, bei der Teilhabe mit mittlerem Effekt ($p<0.01$; ES=0.46). Vier Monate nach der Rehabilitation verschlechterte sich die Teilhabe wieder, erreichte aber nicht den Ausgangswert. Ähnliche Verläufe ergaben sich für die sekundären Zielgrößen. Die Patienten

äußerten eine hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen und therapeutischen Versorgung (Anteil der Zufriedenen>80 %). Zwei Drittel der Rehabilitanden erhielten eine Nachsorgeempfehlung; die meisten Rehabilitanden (83 %) nahmen irgendeine Form der Nachsorge wahr.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie sprechen dafür, dass die Schlaganfallrehabilitation zu signifikanten und nachhaltigen Effekten führt. Insbesondere die Teilhabe scheint durch die Rehabilitation positiv beeinflusst zu werden. Die Rehabilitanden waren mit der Behandlung in hohem Maße zufrieden. Diese Bewertungen der Rehabilitanden legen es nahe, dass ein hoher subjektiver Nutzen für die Betroffenen gegeben ist. Der teilweise Rückgang der Effekte im Katamnesezeitraum wirft die Frage nach einer adäquaten Reha-Nachsorge auf.

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

Literatur

Deck R, Muche-Borowski C, Mittag, O, Hüppe A, Raspe H. IMET. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe. In: Bengel, J., Wirtz, M., Zwingmann, C. (Hrsg): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation, Göttingen u.a., Hogrefe 2008: 372-374.

Deck R, Raspe H (2006): Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein - Initiative und Erprobung. Rehabilitation 2006; 45: 146-151.

http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de

Schupp W. DGRW-Update: Neurologie – Von empirischen Strategien hin zu evidenzbasierten Interventionen. Rehabilitation 2011; 50: 354-362.

Neuroplastische Hirnveränderungen durch aktive Prothesen bei Fußheberparese. Was können wir daraus für die Therapie lernen?

Schoenfeld, A.
Kliniken Schmieder Heidelberg

Zielstellung

Patienten mit Läsionen im mittelliniennahen Motorkortex leiden an einer Fußheberschwäche. Die Betroffenen können ihren Fuß gar nicht oder nur unzureichend anheben. Die Patienten können den Fuß nicht stabil aufsetzen und bleiben häufig mit der Fußspitze hängen. Deshalb ist der Gang unsicher und sie sind stark sturzgefährdet. Eine Orthese hilft den Patienten zwar, die Sturzgefahr zu reduzieren, aber ihr Gangbild bleibt unrund. Eine Alternative bieten sogenannte aktive Prothesen. Damit werden die Gehbewegungen der Patienten innerhalb weniger Wochen wieder sicherer. Wir haben Gang und Hirnveränderungen vor und 3 Monaten nach der Therapie mittels einer aktiven implantierten Prothese untersucht.

Methoden

Elf Patienten mit einer ischämischen Läsion im motorischen Kortex wurden in die Studie eingeschlossen. Ganganalysen sowie die Messung der funktionellen Repräsentation der Hand im sensorimotorischen Kortex wurde mittels einem Vicon System respektive Magnetenzephalographie (4D Neuroimaging Magnes 3600) vor und nach der Implantation durchgeführt.

Ergebnisse

Drei Monate nach der Implantation einer aktiven Prothese hatte sich das Gangbild bei allen elf untersuchten Patienten deutlich verbessert. Bei etwa der Hälfte der Patienten verschlechterte sich die Gehbewegung, wenn die Prothese wieder ausgeschaltet wurde – vergleichbar mit dem Gangbild vor der Implantation. Im Gegensatz dazu blieb bei den übrigen Patienten im gleichen Zeitraum das Gangbild auch bei ausgeschalteter Prothese stabil. In magnetenzaphalographischen Aufnahmen zeigte sich, dass der Einsatz der Prothese in den Gehirnen der Patienten zu unterschiedlichen Veränderungen geführt hatte. Während bei den Patienten mit nicht dauerhaften Gangbildverbesserungen innerhalb des dreimonatigen Studienverlaufs vorwiegend eine funktionelle Reorganisation der nicht vom Schlaganfall betroffenen Hirnhälfte stattfand, zeigten sich bei den Patienten mit stabiler Verbesserung im Laufen vor allem funktionelle Umorganisationsprozesse in der durch den Schlaganfall betroffenen Hirnhälfte.

Fazit

Nachhaltige Verbesserung des Gangbildes gingen ausschließlich mit kortikaler Reorganisation in der ipsiläsionalen Hemisphäre einher. Die Ergebnisse haben mehrere Implikationen für die rehabilitative Therapie von Patienten mit Fußheberschwäche und von Gangstörungen allgemein. Diese betreffen sowohl physiotherapeutische als auch für stimulative Interventionen.

Literatur

Merkel C, Hausmann J, Hopf JM, Heinze HJ, Buentjen L, Schoenfeld MA. Active prosthesis dependent functional cortical reorganization following stroke. Sci Rep. 2017 Aug 17;7(1):8680.

Entwicklung und Implementierung eines Behandlungskonzepts für die neurologische Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall (AOK-proReha Schlaganfall)

Hempler, I., Giesler, J.M., Farin-Glattacker, E.

Universitätsklinikum Freiburg

Zielstellung

Die Behandlung des Schlaganfalls stellt hohe Anforderungen an eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation (Platz et al., 2011). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, fördert die AOK Baden-Württemberg ein Projekt, dessen Ziel es ist, ein evidenzbasiertes Behandlungskonzept für die Rehabilitation nach Schlaganfall (nur Phase D) zu erarbeiten. AOK-proReha Schlaganfall ist Teil der AOK-proReha Forschungsreihe und soll zukünftig als Behandlungskonzept in baden-württembergischen Rehabilitationseinrichtungen Anwendung finden. In dieser Forschungsreihe wurden bislang zwei leitlinienorientierte Behandlungskonzepte zur Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenks-Endoprothetik sowie nach Femurfraktur erfolgreich entwickelt und implementiert. Ziel des aktuellen Projektes ist es, unter anderem die Versorgungsqualität sowie die Zufriedenheit der Rehabilitanden durch ein standardisiertes Behandlungskonzept sicher zu stellen.

Methoden

Nach einer ca. 18-monatigen Entwicklungsarbeit wurde das Behandlungskonzept zum Herbst 2017 fertiggestellt. Die Erarbeitung des Konzepts erfolgte in mehreren Schritten: Es wurde zunächst eine eingehende systematische und strukturierte Literaturrecherche nach Leitlinien und Übersichtsarbeiten durchgeführt. Im weiteren Prozess wurde ein Online-Diskussionsforum erstellt. Zudem wurden mehrere Experten-Workshops und Arbeitsgruppen mit Vertretern der an der neurologischen Rehabilitation beteiligten Professionen sowie Patientenvertretern durchgeführt.

Ergebnisse

Das Behandlungskonzept sieht 10 Therapiemodule und 1 Schnittstellenmodul vor:

I. Leistungen zur Verbesserung von motorischen und sensomotorischen Fertigkeiten
II. Leistungen zur Verbesserung von Alltagsaktivitäten
III. Leistungen zur Physikalischen Therapie
IV. Leistungen zur Verbesserung von Sprach-, Sprech- und Schluckfunktionen sowie der sprachlich-kommunikativen Teilhabe
V. Leistungen zur Therapeutischen Pflege
VI. Leistungen zur Verbesserung kognitiver Fähigkeiten

VII. Leistungen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit
VIII. Leistungen zur Förderung einer gesunden Ernährung
IX. Leistungen zur Gesundheitsbildung und Patientenschulung
X. Leistungen zur Vorbereitung nachgehender Maßnahmen
XI. Informations- und Kommunikationsbedarf zur Optimierung der Schnittstelle zum Akutkrankenhaus

Jedes Modul enthält eine Liste konkreter Anforderungen, die Leistungen für definierte Zielgruppen festlegen. Um der geforderten Flexibilität Rechnung zu tragen, gleichzeitig aber auch eine qualitätsorientierte Standardisierung vornehmen zu können, wurden, wenn möglich, für jedes Modul 1-3 Intensitätsstufen festgelegt. Die Einrichtungen können die Intensitätsstufen entsprechend den individuellen Reha-Zielen frei wählen. Um den ökonomischen Anreiz, möglichst geringe Intensitätsstufen zu definieren, zu vermeiden, wird gleichzeitig ein Minimum an Therapiezeiten über alle Module hinweg festgelegt.

Fazit

Ab Anfang 2018 wird das Behandlungskonzept zunächst in 8 Pilot-Einrichtungen in Baden-Württemberg implementiert. Eine Implementierungsbegleitung wird die Einrichtungen bei der sachgemäßen Umsetzung des Behandlungskonzepts unterstützen, Barrieren und Erfolgsfaktoren einer erfolgreichen Implementierung erfassen und in einem Implementierungshandbuch darstellen. Abschließend wird das Behandlungskonzept in einer kontrollierten Studie evaluiert. Der Beitrag wird auch auf Unterschiede des Behandlungskonzepts zu den Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D der DRV eingehen.

Förderung: AOK Baden-Württemberg

Literatur

Platz, T., Witte, O.W., Liepert, J., Siebler, M., Audebert, H., Koenig, E. (2011): Neurorehabilitation nach Schlaganfall – ein Positionspapier aus dem Kompetenznetzwerk Schlaganfall. Aktuelle Neurologie, 38. 150-156.

Multimodale Physiotherapie in Kombination mit der Lokalinjektion von Botulinumtoxin bei Patienten mit zervikaler Dystonie

Smolenski, U.C., Günther, A., Werner, C.
Universitätsklinikum Jena

Zielstellung

Therapie der Wahl in der Behandlung von Patienten mit zervikaler Dystonie ist die lokale Injektion mit Botulinumneurotoxin. Inwieweit eine additionale Physiotherapie einen zusätzlichen Nutzen bringt, ist nach aktuellem Forschungsstand nicht eindeutig belegt.

Ziel der Studie war die Erstellung eines multimodalen Physiotherapiekonzeptes und deren Überprüfung auf Effektivität um somit einen Beitrag zur Optimierung der Therapie der zervikalen Dystonie zu leisten.

Methoden

18 Teilnehmern wurden in zwei Phasen mit je drei Monaten Dauer untersucht. Innerhalb der ersten Phase wurde die übliche Botulinumtoxin Applikation durchgeführt. Die zweite Phase bestand zusätzlich zur laufenden Botulinumtoxin Therapie aus einem Physiotherapieprogramm, welches aus zwei Einheiten à 45 Minuten pro Woche bestand. Die Studienparameter in einem sechs Wochen Intervall erhoben. Primäre Endpunkte der Studie waren der SF-36 Score und das Bewegungsausmaß der Halswirbelsäule, ermittelt durch ein apparatives Messsystem. Sekundäre Endpunkte bildeten der Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale sowie die Seitendifferenz der elektrischen Aktivität des M. sternocleidomastoideus und des M. trapezius pars descendens, ermittelt durch ein Oberflächen-EMG.

Ergebnisse

Beim Pre-Post-Vergleich konnten folgende Ergebnisse gewonnen werden: Im Range of Motion der Halswirbelsäule konnten signifikante Verbesserungen der Interventionsphase in der Flexion/Extension (15,11°), der Rotation (15,46°) und der Lateralflexion (14,29°) festgestellt werden. Im Parameter SF-36 wurden signifikante Verbesserungen im Bereich physischer Komponentenskala (4,44 Punkte) und nicht signifikante Veränderungen in der mentalen Summenskala erfasst. Bei den sekundären Endpunkten im Abschnitt Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale wurden signifikante Vorteile der Physiotherapiephase in allen drei Subscore-Werten nachgewiesen (Schweregrad: 2,83 Punkte, Aktivitätseinschränkung: 1,28 Punkte, Schmerz: 3,28 Punkte). Im Punkt Seitendifferenz des M. sternocleidomastoideus und des M. trapezius pars descendens konnten keine signifikanten Werte erfasst werden.

Fazit

Die gewonnenen Daten lassen auch in Anbetracht der bisher durchgeführten Studien die Folgerungen zu, dass ein additionales, multimodales Physiotherapiekonzept mit dem Fokus auf aktive Mobilisationsübungen, Elektrotherapie und Entspannungsübungen einen Vorteil in der Therapie der zervikalen Dystonie hat. Hierbei kann vor allem im Bereich Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie Schweregrad der Dystonie und Schmerzwahrnehmung ein zusätzlicher Nutzen entstehen.

Literatur

Albanese, A., et al., Dystonia rating scales: critique and recommendations. Mov Disord, 2013. 28(7): p. 874-83.

Albanese, A., et al., EFNS guidelines on diagnosis and treatment of primary dystonias. Eur J Neurol, 2011. 18(1): p. 5-18.

Bullinger, M., I. Kirchberger, and J. Ware, Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1995. (3): p. 21-36.

Chan, J., M.F. Brin, and S. Fahn, Idiopathic cervical dystonia: clinical characteristics. Mov Disord, 1991. 6(2): p. 119-26.

Colosimo, C. and A. Berardelli, Clinical phenomenology of dystonia. Int Rev Neurobiol, 2011. 98: p. 509-24

Consky, E. and A. Lang, Clinical assessments of patients with cervical dystonia, in Therapy with Botulinum Toxin, H.M. Jankovic J, eds, Editor. 1994, Marcel Dekker: New York. p. 211-237.

Costa, J., et al., Botulinum toxin type A therapy for cervical dystonia. Cochrane Database Syst Rev, 2005(1): p. CD003633.

De Pauw, J., et al., The effectiveness of physiotherapy for cervical dystonia: a systematic literature review. J Neurol, 2014 . 261(10): p. 1857-65.

Dvir, Z. and T. Prushansky, Reproducibility and instrument validity of a new ultrasonography-based system for measuring cervical spine kinematics. Clinical Biomechanics, 2000. 15: p. 658-664.

Hülse, M., B. Losert-Bruggner, and J. Kuksen, Schwindel und Kiefergelenkprobleme nach Halswirbelsäulentrauma. Man Med Osteopath Med, 2001. 39: p. 20-24.

Loudovici-Krug, D., The Influence of Periphere Decontraction on Physiological Parameters of the Cervical Spine Using the Example of the Decontraction According to the Brügger-Concept. Phys Med Rehab Kuror, 2014. 24: p. 191-200.

Reichel, G., A. Stenner, and A. Jahn, [The phenomenology of cervical dystonia]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2009. 77(5): p. 272-7.

Steeves, T.D., et al., The prevalence of primary dystonia: a systematic review and meta-analysis. Mov Disord, 2012. 27(14): p. 1789-96.

Volkmann, J., Leitlinie Dystonie, in Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, H.-C. Diener and C.W. (Hrsg.), Editors. 2012, Thieme Verlag: Stuttgart.

Werner, C., et al., Multimodal Physiotherapy as an Add-On Treatment to Botulinum Neurotoxin A-Therapy in Patients with Cervical Dystonia. Phys Med Rehab Kuror, 2015. 25(3): p. 148-152.

Aufbau einer interdisziplinären Plattform zur Rehabilitationsforschung nach Schlaganfall

Wolf, S., Birke, G., Gerloff, C., Thomalla, G.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zielstellung

Schlaganfälle zählen zu den häufigsten Ursachen für Behinderungen im Erwachsenenalter (Murray et al. 2015). Bei etwa 80% der von Schlaganfall Betroffenen treten Einschränkungen der Willkürmotorik auf, welche bei über 30% dieser Personen zu langfristigen Beeinträchtigungen und zur Verringerung der Selbstständigkeit führen (Langhorne et al. 2009, Dworzynski et al. 2015). Ein Großteil der PatientInnen ist nach der Akutversorgung auf weitere rehabilitative Maßnahmen angewiesen, welche oft unzureichend sind und Potenzial zur Optimierung besitzen (Vandermeeren und Lefebvre 2015).

Mithilfe moderner bildgebender und elektrophysiologischer Untersuchungstechniken konnten innerhalb der letzten Jahre vielfältige neue Erkenntnisse zum Verständnis von Regeneration und Erholung nach Schlaganfall gewonnen werden, beispielsweise über den Einfluss struktureller und funktioneller Konnektivität auf die Erholung motorischer Funktion.

Bisher spielt dieses Wissen im praktischen Alltag der Rehabilitation von SchlaganfallpatientInnen jedoch noch keine wesentliche Rolle. Neuroplastizitätsforschung im Rahmen von universitären Studien findet häufig in sehr ausgesuchten Patientenpopulationen in einem spezifischen experimentellen Setting statt ohne Transfer in den Versorgungsalltag. Gleichzeitig besteht in den Rehabilitationskliniken eine hohe Expertise in der Gestaltung der Versorgung von Personen mit Schlaganfall in der Praxis.

Ziel des hier präsentierten, von der Deutschen Rentenversicherung Nord geförderten, Projektes ist es, eine bessere Kooperation zwischen universitärer Neuroplastizitätsforschung und neurologischen Rehabilitationskliniken anzubahnen. In gemeinsamen Studienprojekten soll die Translation von Erkenntnisse der systemischen Neurowissenschaften in den praktischen Alltag der Rehabilitation erfolgen, um langfristig Therapiepfade zu verbessern und neuartige Therapiemethoden im Alltag der Rehabilitationskliniken zu etablieren.

Methoden

Zur besseren Vernetzung von universitärer Forschung und Rehabilitationskliniken wurde die gemeinsame Forschungsplattform „IMPROVE – Interdisziplinäre Plattform für Rehabilitationsforschung und innovative Versorgung von SchlaganfallpatientInnen“ unter Beteiligung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sowie den Rehabilitationskliniken RehaCentrum Hamburg, Klinikum Bad Bramstedt, dem MediClin Klinikum Soltau sowie den Helios Kliniken Geesthacht und Damp gegründet. Die Erarbeitung gemeinsamer Studienvorhaben erfolgte in einem regelmäßigen Austausch zwischen MitarbeiterInnen der Reha-Kliniken und dem UKE durch gemeinsame Kooperationstreffen, Gründung einer TaskForce mit jeweils einem Mitglied pro Klinik für einen schnellen und regelmäßigen Austausch sowie Besuchen und praktischen Schulungen vor Ort in den beteiligten Kliniken.

Ergebnisse

Im Rahmen der Plattform wurde als erstes Projekt das Studiendesign einer gemeinsamen, interdisziplinär durchgeführten, prospektiven, nicht-interventionellen, multizentrischen Beobachtungsstudie zur Faktorenanalyse der Erholung nach Schlaganfall erarbeitet (siehe Abbildung 1). Der hauptsächliche Studieneinschluss von Personen mit subakutem hämorrhagischem oder ischämischem Schlaganfall (planmäßig N=240) erfolgt in Phase C und D der stationären Rehabilitation, ein kleinerer Teil (planmäßig N=60) wird über einen chronischen Arm, in die Studie eingeschlossen. Es erfolgt eine Nachverfolgung aller eingeschlossenen PatientInnen über ein Jahr, mit Messzeitpunkten zu drei, sechs und zwölf Monaten nach Entlassung aus der Klinik bzw. Zeitpunkt des Einschlusses.

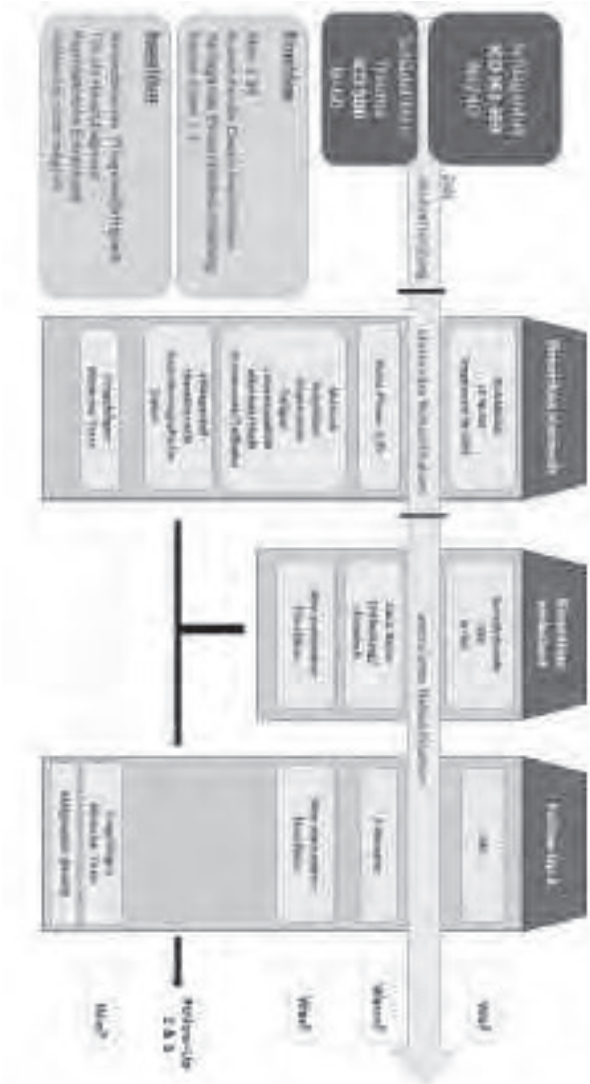

Abb. 1: Ablauf IMPROVE-Studie

Gemeinsam wurde ein Assessmentkatalog (AK) erarbeitet, der bei Einschluss von den TherapeutInnen der jeweiligen Rehabilitationsklinik durchgeführt und bei den Verlaufsuntersuchungen am UKE wiederholt wird. In den gemeinsamen Treffen wurde unter Berücksichtigung der personellen Ressourcen in den einzelnen Kliniken sowie den wissenschaftlichen Erfordernissen der Inhalt dieses Assessmentkatalogs abgestimmt und praktisch erprobt. Neben funktionellen Assessments zu Motorik, Kognition und Sprache werden standardisierte Fragebögen erhoben. Ärztliche und therapeutische MitarbeiterInnen der Rehabilitationskliniken wurden vom Studienteam zu den entsprechenden Assessments geschult und Einschluss und Durchführung dieser Assessments in die klinische Routine der jeweiligen Partnerkliniken

integriert. Ein Kommunikationssystem zum Austausch der Studiendaten wurde unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen und den jeweiligen administrativen Gegebenheiten der einzelnen Plattformmitglieder entwickelt. Im Juni 2017 wurde der erste Patient in die Studie eingeschlossen.

Fazit

Bereits durch die Etablierung der IMPROVE-Plattform ist eine bessere Vernetzung von Universität und Rehabilitationskliniken soweit gelungen, dass für ein erstes Studienprojekt ein gemeinsames Studiendesign entwickelt und die Rekrutierung von PatientInnen begonnen werden konnten. Im weiteren Verlauf ist eine Rekrutierungsphase bis Ende 2018 geplant. Follow-Up-Untersuchungen werden bis 2019 stattfinden. Gleichzeitig wird an der Konzipierung von Folgestudien gearbeitet. Auf der Basis der erhobenen Daten ist für die Zukunft die Erarbeitung von neuen Therapiealgorithmen und längerfristig die gemeinsame Durchführung von Therapie-Interventions-Studien geplant.

Förderung: Deutsche Rentenverischerung Nord

Literatur

Dworzynski, K., Ritchie, G., Playford, E. D. (2015): Stroke rehabilitation. Long-term rehabilitation after stroke. Clinical medicine (London, England), 15 (5), 461-464.

Langhorne, P., Coupar, F., Pollock, A. (2009): Motor recovery after stroke. A systematic review. The Lancet Neurology 8 (8), 741-754.

Murray, C. J. L., Barber, R. M., Foreman, K.J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators (2015): Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013. Quantifying the epidemiological transition. The Lancet 386 (10009), 2145-2191.

Vandermeeren, Y., Lefebvre, S. (2015): Combining motor learning and brain stimulation to enhance post-stroke neurorehabilitation. Neural regeneration research 10 (8), 1218-1220.

Einflussfaktoren des Zugangs in die Anschlussrehabilitation (AHB) von operativ versorgten kardiologischen Patienten

Blumenthal, M. (1), Briest, J. (1), Lohss, R. (2), Gottschling-Lang, A. (1), Egen, C. (1), Sturm, C. (1), Gutenbrunner, C. (1)

(1) Medizinische Hochschule Hannover, (2) Universitätsspital Basel

Zielstellung

Um den Zuweisungsprozess in die Anschlussrehabilitation (AHB) zu optimieren wurde im Rahmen eines von der DRV Bund geförderten Projektes der Antrags- und Bewilligungsprozess analysiert. Es besteht die Annahme, dass neben der Hauptdiagnose patientenrelevante Faktoren den AHB-Zugang beeinflussen. Bezugnehmend auf die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) standen sowohl umwelt- als auch personenbezogene Einflussfaktoren im Vordergrund (Gutenbrunner et al., 2002).

Eine der fünf AHB-Indikationsgruppen, die in diese Studie eingeschlossenen wurden, bilden die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei ihnen überwiegt die AHB als Rehabilitationsform aufgrund des akuten Krankheitsgeschehens deutlich, verglichen mit den Heilverfahren bei chronischen Erkrankungen (Hahmann, 2012). Nach Angaben der DRV Bund waren sie im Jahr 2016 nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Neubildungen die dritthäufigste Indikation für eine AHB der Rentenversicherung (DRV Bund, 2016). Ziel der vorliegenden Analyse war die Identifikation von Einflussfaktoren für die AHB-Zuweisung.

Methoden

Die Studie wurde als explorative, beobachtende Querschnittstudie ohne Intervention angelegt. Die Befragung der operativ versorgten kardiologischen Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren erfolgte anhand eines teilstandardisierten Fragebogens in zwei Akutkrankenhäusern auf kardiologischen und kardiochirurgischen Normalstationen. Neben Personenangaben (Alter, Geschlecht) erfasste der Fragebogen u.a. folgende Themenkomplexe: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF12; Morfeld et al., 2011), Rehabilitationsmotivation (PAREMO; Hafen et al., 2001), Patientenwunsch, Kenntnisstand zum Wunsch- und Wahlrecht sowie die Rehabilitationsfähigkeit (Barthel-Index; Mahoney, 1965). Die Mitteilung über eine AHB-Bewilligung erfolgte über die Sozialdienste der Kliniken.

Neben deskriptiven Analysen erfolgte nach univariater Prüfung relevanter Items (t-Tests, Chi-Quadrat-Tests) der Einschluss signifikanter Faktoren in ein logistisches Regressionsmodell, um die Einflussstärken verschiedener Faktoren für den AHB-Zugang zu berechnen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 171 Patientinnen und Patienten befragt, die der AHB-Indikationsgruppe „Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs mit operativer Intervention“ entsprachen. Das Durchschnittsalter betrug in dieser Subgruppe 53,2 Jahre. Die stationäre Behandlung erfolgte

in den häufigsten Fällen aufgrund der Durchführung einer Bypass-Operation (42,7%), einer Herzklappen-Operation (22,2%) oder der Implantation eines Stents (18,7%).

Durchschnittlich erhielten in der gesamten Subgruppe 70,2% aller Patientinnen und Patienten eine Anschlussrehabilitation. Bei der Betrachtung der drei am häufigsten vorkommenden Diagnosegruppen bekamen Patientinnen und Patienten nach einer Bypass-Operation häufiger eine Anschlussrehabilitation (84,9%) als nach einer Herzklappen-Operation (71,1%) oder einer Stent-Implantation (71,9%).

In den Fällen, in denen keine AHB im Anschluss folgte (28,8%), lagen als Ursache eine Klinikverlegung (2,9%) oder die Einleitung einer anderen Rehabilitationsform (2,3%) zugrunde. Seltener war eine erneute Operation indiziert (1,2%) oder lehnte der Patient/die Patientin oder der Träger die AHB ab (jeweils 1,2%). Der überwiegende Anteil der behandelten Personen wurde letztlich in die Häuslichkeit entlassen (21,1%), obwohl sich die Hälfte von ihnen zum Befragungszeitpunkt eine AHB gewünscht hätte.

Signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Anschlussrehabilitation konnten nach univariater Prüfung für das Alter, die Paremo-Skalen „Körperbedingte Einschränkung“ und „Skepsis“, den Kenntnisstand und die Aufklärung zur AHB sowie den Wunsch zur AHB nachgewiesen werden. Bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des erhobenen Barthel-Indexes gab es zum Befragungszeitpunkt keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Im Regressionsmodell zeigte sich bei Berücksichtigung der univariat identifizierten Kovariaten lediglich für den AHB-Wunsch ein signifikanter Einfluss (OR=8,65).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass neben der AHB-Indikation der AHB-Patientenwunsch eine wesentliche Rolle beim Zugang in die AHB spielt. Der Zuweisungsprozess erfolgt demnach weitgehend indikationsgerecht, wird aber auch durch individuelle Bedürfnisse und Vorstellungen der Betroffenen beeinflusst. Diese sollten somit bei der Antragstellung berücksichtigt werden. Ausschlaggebende Gründe für eine nicht eingeleitete AHB trotz vorliegender Indikation können sowohl persönlicher als auch medizinischer oder rechtlicher Art sein, die in dieser Studie aufgrund des Designs nicht erfasst wurden (z. B. Begleiterkrankungen, Krankheitsverlauf, Ablehnungsgründe seitens des Trägers). Um die Versorgungssituation detaillierter zu beschreiben, sollten weitere Studien durchgeführt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund. Rehabilitation 2016. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 210. Verlag: Deutsche Rentenversicherung Bund. Ort: Berlin.

Gutenbrunner C, Stucki G, Smolenski UC. Aktuelle Herausforderungen und Chancen der Rehabilitationsmedizin. Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 127-128.

Hafen K, Jastrebow J, Nübling R, Bengel J. Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). Die Rehabilitation 2001; 40: 3-11

Hahmann HW. Cardiac rehabilitation. Herz 2012; 37: 22-29.

Mahoney FI. Functional evaluation:The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 61-65

Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M. SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. In. 2 ed. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm; 2011.

Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen in der kardiologischen Anschlussrehabilitation – eine Herausforderung für das interdisziplinäre Team

Salzwedel, A. (1), Hadzic, M. (1, 2), Buhlert, H. (2), Völler, H. (1, 2)

(1) Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam,
(2) Klinik am See, Rüdersdorf

Zielstellung

Ein wesentliches Ziel der medizinischen Rehabilitation Berufstätiger ist die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, die für Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) erheblich erschwert sein kann (Löffler et al., 2008). In der kardiologischen Anschlussrehabilitation (AR), in der zumeist die Bewältigung des Akutereignisses im Vordergrund steht, ist die betroffene Patientengruppe bislang nur unzureichend untersucht; adäquate Therapieansätze liegen nicht vor (Schulz-Behrendt et al., 2017). Ziel der explorativen Untersuchung war die differenzierte Charakterisierung kardiovaskulär erkrankter BBPL-Patienten in der AR, um so neue Anhaltspunkte zur zielgerichteten Betreuung dieser Gruppe zu gewinnen.

Methoden

In die retrospektive unizentrische Analyse wurden 884 konsekutive Patienten unter 65 Jahren eingeschlossen, die nach akutem kardiologischen Ereignis der AR zwischen Oktober 2013 und März 2015 in Kostenträgerschaft einer DRV zugewiesen wurden. Der Datensatz umfasste in der Klinikroutine erhobene soziodemografische Angaben (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand), Diagnosen, Funktionsparameter (z. B. maximale Belastbarkeit in der Belastungsergometrie), psychische Belastungen der Patienten (hospital anxiety and depression scale [HADS]) wie auch sozialmedizinische Daten einschließlich des Status der Arbeitsfähigkeit (AF) und ärztlicher Empfehlungen bei Entlassung aus der AR. Die Wahrscheinlichkeit einer BBPL wurde mittels Würzburger Screening bei Aufnahme in die AR identifiziert und deskriptiv wie auch inferenzstatistisch ausgewertet. Zusätzlich wurde unter Berücksichtigung der BBPL (negative subjektive Erwerbsprognose, Arbeitslosigkeit) ein Regressionsmodell zur Prognose des Status der AF bei Entlassung an die Daten angepasst.

Ergebnisse

Die untersuchten Patienten waren im Mittel 51,7 ± 6,7 Jahre alt und zu 76,5 % männlich. Von 384 (43,4 %) positiv auf eine BBPL gescreenten Patienten wies nahezu jeder eine negative subjektive Erwerbsprognose auf (n = 368, 95,8 %). 113 Patienten (29,4 %) waren zusätzlich von Arbeitslosigkeit betroffen. Patienten mit einer BBPL unterschieden sich in einer Vielzahl klinischer wie auch funktionaler Parameter signifikant von nicht betroffenen Patienten (Tabelle). Insbesondere war ihre physische Leistungsfähigkeit (Belastungsergometrie, 6-min-Gehtest) vermindert. Darüber hinaus litten sie häufiger an verschiedenen Komorbiditäten

einschließlich psychischer Belastungen, welche sowohl in der anamnestischen Diagnose Depression wie auch höheren Werten im HADS bei Aufnahme in die AR Ausdruck fanden (Tabelle). Bei Entlassung wurde BBPL-Patienten häufiger eine psychologische Beratung bzw. Psychotherapie (10,5 vs. 1,8 % der Fälle, p < 0,001) sowie weitere diagnostische Klärung (28,5 vs. 22,0 %, p = 0,027) empfohlen. Gleichzeitig wurden vermehrt Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit in Bezug auf psychische, orthopädische und sonstige Belastungsfaktoren attestiert (7,3 vs. 1,6; 38,8 vs. 22,1; 67,5 vs. 55,7 %, alle p < 0,001). Die Ausübung des letzten Berufs für ≥ 6 Std. war Patienten mit/ohne BBPL in 21,4 % bzw. 5,2 % (p < 0,001) nicht mehr möglich. 21,4 % der BBPL-Patienten (vs. 35,4 %, p < 0,001) wurden arbeitsfähig aus der AR entlassen. Die Wahrscheinlichkeit eines positiven Entlassungsstatus wurde dabei durch eine bereits vor dem Ereignis bestehende Arbeitsunfähigkeit um 62 % (95% CI 0,24-0,61, p < 0,001) und durch eine negative subjektive Erwerbsprognose um 57 % reduziert (95% CI 0,26-0,71, p = 0,001), während zusätzliche Arbeitslosigkeit positiv assoziiert war (OR 2,89, 95% CI 1,63-5,13, p < 0,001; Abbildung)

Tab. 1: Patientencharakteristika bei Aufnahme in die Anschlussrehabilitation

Parameter	Gesamt (N=884)	Keine BBPL (n=500)	BBPL (n=384)	p-Wert
Soziodemografische Daten				
Alter (Jahre)	51,7 ± 6,7	51,9 ± 6,4	51,5 ± 7,0	0,397
Geschlecht (männlich)	676 (75,8 %)	398 (79,6 %)	278 (72,4 %)	0,012
Lebenssituation (allein lebend)	210 (23,8 %)	106 (21,3 %)	104 (27,2%)	0,044
Arbeitsunfähig vor Ereignis	737 (83,4 %)	408 (81,6 %)	329 (85,7 %)	0,006
Kardiovaskuläre Diagnosen/Prozeduren				
Akuter Myokardinfarkt	454 (51,4 %)	275 (55,0 %)	179 (46,6 %)	0,013
Herzklappenerkrankungen	117 (13,2 %)	67 (13,4 %)	50 (13,0 %)	0,869
Herzinsuffizienz	46 (5,2 %)	27 (5,4 %)	19 (4,9 %)	0,764
Arterielle Gefäßkrankheiten	148 (16,7 %)	73 (14,6 %)	75 (19,5 %)	0,052
CRT/ICD	43 (4,9 %)	16 (3,2 %)	27 (7,0 %)	0,009
Aortokoronarer Bypass	153 (17,3 %)	60 (12,0 %)	93 (24,2 %)	< 0,001
Klappenkorrektur/-ersatz	101 (11,4 %)	51 (10,2 %)	50 (13,0 %)	0,191
Gefäßplastik (Stent)	471 (53,3 %)	298 (59,6 %)	173 (45,1 %)	< 0,001
periphere Gefäßplastik	28 (3,2 %)	11 (2,2 %)	17 (4,4 %)	0,061
Komorbiditäten/Risikofaktoren				
Diabetes mellitus	157 (17,8 %)	81 (16,2 %)	76 (19,8 %)	0,166
COPD	48 (5,4 %)	21 (4,2 %)	27 (7,0 %)	0,066
Niereninsuffizienz	28 (3,2 %)	11 (2,2 %)	17 (4,4 %)	0,061
Depression (diagnostiziert)	60 (6,8 %)	16 (3,2 %)	44 (11,5 %)	< 0,001
Schlafstörungen	36 (4,1 %)	14 (2,8 %)	22 (5,7 %)	0,029
Wirbelsäulen-/Rückenerkrankungen	82 (9,3 %)	36 (7,2 %)	46 (12,0 %)	0,015
Raucher	345 (39,0 %)	216 (43,2 %)	129 (33,6 %)	0,004
Funktionale Parameter				
LVEF (%)	55,0 ± 8,9	56,0 ± 8,5	53,8 ± 9,2	< 0,001
Max. Belastbarkeit (Watt)	110,2 ± 35,0	117,7 ± 33,2	99,8 ± 34,8	< 0,001
Max. 6-min Gehstrecke (m)	403,2 ± 74,8	420,8 ± 61,8	380,1 ± 83,7	< 0,001
HADS-Depressivität	5,7 ± 4,1	4,9 ± 3,8	6,9 ± 4,3	< 0,001
HADS-Ängstlichkeit	6,7 ± 4,3	5,9 ± 4,0	7,7 ± 4,4	< 0,001

Anm.: Angaben in Anzahl und (%) bzw. arithmetischem Mittel ± Standardabweichung
CRT: Kardiale Resynchronisationstherapie, ICD: implantierbarer Kardioverter-Defibrillator,
COPD: chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, pAVK: periphere arterielle Verschlusskrankheit,
LVEF: linksventrikuläre Ejektionsfraktion, HADS: hospital anxiety and depression scale

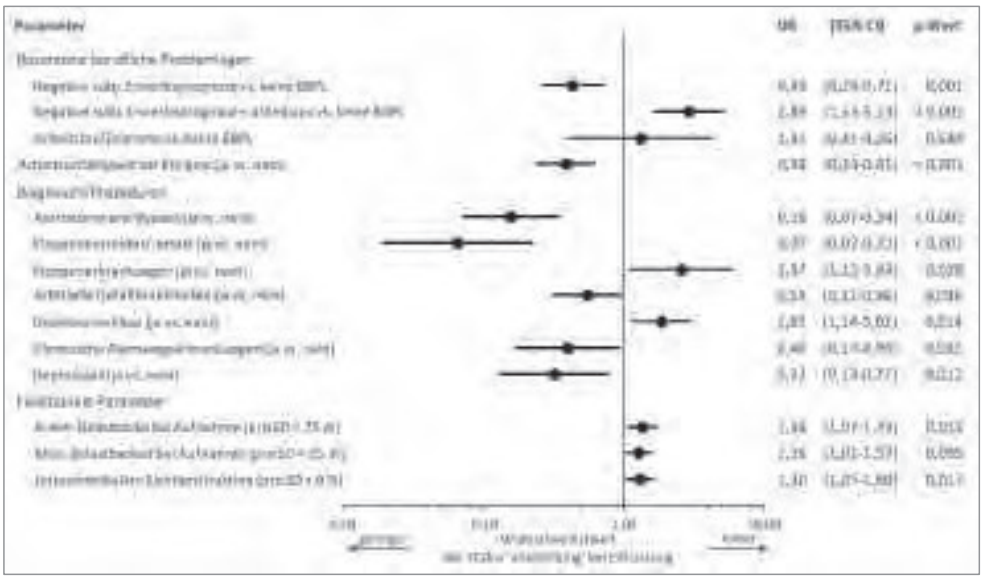

Abb. 1: Prädiktoren der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung aus der Anschlussrehabilitation

Fazit

Bei hoher Prävalenz waren berufliche Problemlagen von Patienten in der kardiologischen AR negativ mit einer höheren Krankheitslast, geringerer körperlicher Leistungsfähigkeit wie auch insbesondere psychosozialen Belastungen assoziiert. Der von fast allen BBPL-Patienten ungünstig eingeschätzten subjektiven Erwerbsprognose kam zusätzlich eine eigenständige Bedeutung als negativer Prädiktor der Arbeitsfähigkeit bei Rehaende zu. Bei der Vielzahl identifizierter Assoziationen scheint insbesondere die subjektive Erwerbsprognose Ausdruck eines psychosozialen Faktorengeflechts zu sein, so dass eine differenzierte Betrachtung im Rahmen des multimodalen Behandlungsansatzes erfolgen sollte. Der gezielten psychologischen Anamnese bzw. Betreuung sowohl während als auch nach der AR kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.

Literatur

Löffler S, Wolf HD, Vogel H. Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen Entwicklung und Validierung. Gesundheitswesen 2008; 70 - A77

Schulz-Behrendt C, Salzwedel A, Rabe S, Ortmann K, Völler H. Aspekte beruflicher und sozialer Wiedereingliederung aus Sicht kardiovaskulär erkrankter Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. Rehabilitation 2017; 56: 181-188

Interaktive Patientenedukation mittels Audience Response System (ARS) in der kardiologischen Rehabilitation

Stoevesandt, D. (1), Wienke, A. (1), Bethge, S. (2), Heinze, V. (2), Kowoll, S. (3), Weber, A. (3), Schlitt, A. (2)

(1) Universitätsklinikum Halle/Saale, (2) Paracelsus-Harz-Klinik, Quedlinburg, (3) Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Patientenschulungen haben das Ziel, die Mitarbeit der Betroffenen bei der medizinischen Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung zu stärken

Patientenschulungen sind Bestandteil der Rehabilitation (Rauch B et al. 2016). Die Vermittlung von Wissensinhalten stellt jedoch eine Herausforderung für das Rehabilitationsteam dar. Die Verwendung eines Audience Response Systems (ARS) während der Seminare könnte hierbei den Lerneffekt verbessern. Die Anwendung eines ARS erlaubt es während einer Vorlesung oder eines Vortrages den Kenntnisstand der Teilnehmenden sofort zu analysieren. Jeder Teilnehmer erhält eine so genannte „Response Card“ oder „Clicker“, ähnlich einem Taschenrechner, die/der es ihm ermöglicht die präferierte Antwort auf die im Multiple Choice Format gestellten Fragen einzugeben. Durch die Anwendung eines ARS wird die Kognition trainiert und Diskussionen werden angeregt (Fitzpatrick KA et al. 2011).

Methoden

Im Rahmen einer randomisierten, prospektiven Kohortenstudie wurde ein Vergleich einer Interventionsgruppe (IG), die als Intervention einer interaktiven Schulung mittels ARS unterzogen wurde mit einer Kontrollgruppe (KG), die eine Patientenschulung ohne ARS erhielt, durchgeführt. Die Kontrolle der Effektivität erfolgte mittels standardisierter Fragebögen, die nach jedem der in die Untersuchung einbezogenen vier Vorträgen, zum Ende der Rehabilitation und im drei- und zwölfmonatigen Follow-up beantwortet wurden.

Die Studienpopulation bestand aus Patienten der Paracelsus-Harz-Klinik, die eine kardiologische Rehabilitation erhielten. Zum Zeitpunkt T0 wurden in beiden Gruppen jeweils n=130 Rehabilitanden in der IG sowie in der KG rekrutiert. Eine Drop-out-Rate von 25% im Verlauf der Studie bis zum Zeitpunkt T4 (nach 12 Monaten) wurde kalkuliert, um noch n=100 Probanden pro Gruppe zur Analyse zu bringen. Mit dieser Fallzahlplanung wurden die Kriterien einer durchgeführten Fallzahlplanung mit dem Programm G-Power erfüllt. Diese Berechnung ergab gegründet auf einer geplanten Power der Untersuchung von 95% (α=0,05) bei einem Drop-out von 25% eine Fallzahl von mindestens n=50 Probanden pro Gruppe zu Beginn der Studie (G-Power–Berechnung mit folgenden Annahmen: ANOVA, Repeated measures, t=4, Effektstärke f=0,5, Korrelation zwischen den Messzeitpunkten corr=0,5).

Nach positiver Bewertung der Studie durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Einholung einer schriftlichen Einwilligung jedes Teilnehmers, wurden die Patienten in eine der Gruppen randomisiert und sozio-demographische sowie andere krankheitsrelevante Parameter entsprechend der Klinikstandards erhoben.

Ergebnisse

Es wurden 260 Patienten (201 Männer und 59 Frauen) rekrutiert. Die Patienten waren im Mittel 61,1 Jahre alt und der mittlere BMI betrug 29,3 kg/m^2, 90% der Probanden wurde aufgrund einer KHK rehabilitiert. Der Großteil der Patienten sowohl in der IG als auch in der KG hatte eine Lehre absolviert, dieser Parameter sowie alle weiteren untersuchten unterschieden sich nicht im Vergleich der Gruppen.

Zur Beantwortung der primären Frage eines besseren Lernerfolges durch Verwendung eines ARS zeigte sich kurzfristig in den Fragebögen, die direkt nach jedem Vortrag ausgehändigt wurden, bessere Ergebnisse in der IG (jeweils 10 Punkte maximal erreichbar: Herzinsuffizienz: 8,8±1,2 vs. 8,5±1,4, p=0,062: Arterielle Hypertonie 9,5±0,8 vs. 9,2±1,3, p=0,070; Prävention von Herzkreislauferkrankungen 8,4±1,4 vs. 8,1±1,6,p=0,136; KHK: 8,4±1,5 vs. 7,8±1,4, p=0,004).

Zum Abschluss der Rehabilitation wurden die Patienten gebeten, weitere 30 Fragen aus dem Formenkreis der Herz-Kreislauferkrankungen zu beantworten. Hier zeigte sich kein relevanter Unterschied im Vergleich der Gruppen (23,8 ± 8,4 IG vs. 24,2 ± 6,9 KG bei 30 erreichbaren Punkten, p=0,693). Dies wurde nach drei und zwölf Monaten wiederholt. Es zeigte sich ein Trend hinsichtlich eines besseren Lerneffektes mit abnehmendem Effekt über den Beobachtungszeitraum jedoch ohne Signifikanz zu jedem untersuchten Zeitpunkt (Abb. 1).

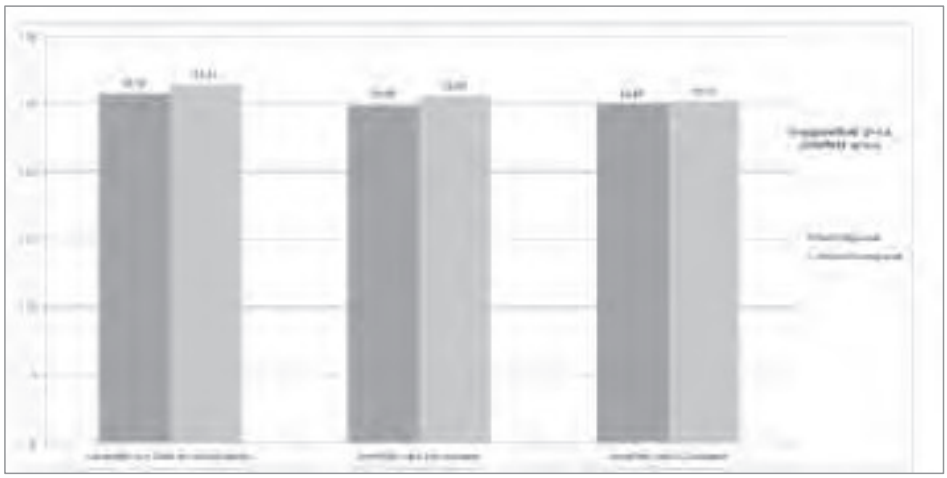

Abb. 1: Ergebnisse des Abschlussfragebogens zum Zeitpunkt der Entlassung sowie nach drei und zwölf Monaten

Fazit

Viele Studien der letzten Jahre untersuchten unterschiedliche Schulungsmethoden bei Patienten mit Herzkreislauferkrankungen. In einer Übersichtsarbeit wurden 13 Studien, die als primäre Intervention die Edukation von Patienten mit KHK untersuchten, einbezogen. Zusammenfassend wurden keine Unterschiede hinsichtlich der Mortalität, Morbidität und der Lebensqualität bezüglich der jeweiligen Intervention und der Kontrollgruppe gefunden (Brown JPR et al. 2011), ähnliche Ergebnisse wurden in einer Arbeit von Reusch et al. gesehen (Reusch A et al. 2011).

Diese Ergebnisse gaben Anlass neue Schulungsmethoden in der kardiologischen Rehabilitation zu evaluieren. Die Nutzung eines Audience Response Systems (ARS) in der Patientenschulung, das sich bei Schülern und Studierenden als effektiv erwiesen hat, hätte hierbei von potentiellem Nutzen sein können.

Jedoch zeigte sich in dieser Studie, dass die Verwendung eines ARS in der kardiologischen Rehabilitation allenfalls einen kurzzeitigen jedoch keinen mittel- bis langfristigen Effekt auf den Lernerfolg bei Patienten mit Herzerkrankungen hatte.

Förderung: Deutsche Herzstiftung

Literatur

Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the man-agement of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011, Issue 12. Art. No.: CD008895.

Fitzpatrick KA, Finn KE, Campisi J. Effect of personal response systems on student perception and academic performance in courses in a health sciences curriculum. Advances in Physiology Education. 2011; 35, 280-9.

Rauch B, Davos CH, Doherty P, Saure D, Metzendorf MI, et al.; 'Cardiac Rehabilitation Section', European Association of Preventive Cardiology (EAPC), in cooperation with the Institute of Medical Biometry and Informatics (IMBI), Department of Medical Biometry, University of Heidelberg, and the Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group, Institute of General Practice, Heinrich-Heine University, Düsseldorf, Germany. The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies - The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). Eur J Prev Cardiol. 2016; 23:1914-39.

Reusch A, Ströbl V, Ellgring H, Faller H. Effectiveness of small-group interactive education vs. lecture-based information-only programs on motivation to change and lifestyle behaviours. A prospective controlled trial of rehabilitation inpatients. Patient Education and Counseling, 2011; 82, 186-92.

Posttraumatische Belastungsstörung nach Myokardinfarkt oder Herzoperation: Wie entwickeln sich PTBS-Symptome im Verlauf der Anschlussrehabilitation?

Lueger, S. (1), Lueger, T. (2), Deeg, P. (1)

(1) Deegenbergklinik, Bad Kissingen, (2) Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Julius-Maximilians-Universität Würzburg,

Zielstellung

Ein jüngst erschienenes Review zeigt, dass 12% bis 15% der Patienten nach einem akuten Myokardinfarkt (MI) oder einer Herzoperation eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln können (Vilchinsky et al, 2017), wobei Screeningverfahren zu höheren Prävalenzraten (16%) als strukturierte klinische Interviews (4%) führen (Edmondson et al., 2012).

In Studien, in denen PTBS-Symptome zu mehr als einem Messzeitpunkt erhoben wurden, wird meist nur der Anteil der Patienten mit auffälligen PTBS-Symptomen zu den einzelnen Messzeitpunkten berichtet. Zu individuellen Verläufen werden kaum Angaben gemacht. Wenig ist insbesondere darüber bekannt, wie sich die PTBS-Symptome in den ersten Wochen nach dem kardialen Ereignis entwickeln. Die Studie untersuchte daher, ob es während der kardiologischen Anschlussrehabilitation (AHB) zu unterschiedlichen Verläufen in den PTBS-Werten kommt. Als bedeutsame Veränderung wurde eine Veränderung von AHB-Beginn zu AHB-Ende um mindestens eine Standardabweichung (SD) definiert.

Methoden

An der Studie nahmen 392 konsekutiv aufgenommene Patienten (94 Frauen, 298 Männer) im Alter zwischen 33 und 90 Jahren (M = 67,8 Jahre, SD = 10,5 Jahre) teil, die eine AHB nach einem akuten MI und/oder einer Herzoperation (Einschlusskriterien) in der Deegenbergklinik in Bad Kissingen durchführten. Bei 2% der Patienten lag ein MI mit konservativer Therapie, bei 50% ein MI mit Stentimplantation sowie bei 4% ein MI mit Bypassoperation vor. 22% der Patienten hatte eine Bypassoperation ohne MI, 15% der Patienten eine Herzklappenoperation, 4% eine Bypassoperation und zusätzlich eine Herzklappenoperation sowie 3% der Patienten eine Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI).

Die PTBS-Symptome wurden zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der AHB mit der deutschen Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder von Siegrist & Maercker (2010) erhoben. Zu T1 lag das kardiale Ereignis im Durchschnitt 20,3 Tage (SD = 8,3 Tage) zurück.

Die Auswertungen erfolgten deskriptiv über Mittelwerte, Standardabweichungen sowie über absolute und relative Häufigkeiten.

Ergebnisse

Da die Standardabweichung zu T1 im PTBS-Screening SD = 3,4 betrug, galt eine Veränderung von T1 zu T2 dann als bedeutsam, wenn der Wert zu T2 um mindestens vier Punkte größer oder kleiner war als zu T1.

Zu T1 weisen 18 (5,1%) Patienten auffällige PTBS-Werte auf, von denen zu T2 12 Patienten unauffällig sind. Zu T2 besteht bei 11 (3,1%) Patienten der Verdacht auf eine PTBS. Davon hatten 5 Patienten zu T1 unauffällige PTBS-Werte.

Berücksichtigt man nur die Patienten, bei denen eine klinisch bedeutsame Veränderung vorliegt, so zeigen 36 (10,1%) eine Verbesserung und 10 Patienten (2,8%) eine Verschlechterung. Von den Patienten, die sich verbessert haben, weisen 9 (2,5%) zu T1 auffällige und zu T2 unauffällige PTBS-Werte auf. 27 (7,6%) Patienten waren bereits zu T1 unauffällig und haben sich im AHB-Verlauf in ihren PTBS-Werten weiter verbessert. Von den Patienten, die sich verschlechtert haben, sind 4 (1,1%) Patienten zu T1 unauffällig und zu T2 auffällig in ihren PTBS-Werten. 2 (0,6%) Patienten weisen bereits zu T1 auffällige PTBS-Werte auf und haben sich im AHB-Verlauf weiter verschlechtert. 4 (1,1%) Patienten haben sich zwar in ihren PTBS-Werten verschlechtert, zeigen aber auch zu T2 unauffällige PTBS-Werte.

Fazit

Bei etwa 5% der Patienten nach einem MI oder einer Herzoperation besteht zu Beginn ihrer AHB der Verdacht auf eine PTBS. Während zwei Drittel dieser Patienten sich verbessern, entwickeln einzelne Patienten erst im Verlauf ihrer AHB Symptome einer PTBS, was nicht ungewöhnlich ist, da eine PTBS am ehesten in den ersten drei bis sechs Monaten nach einem MI oder einer Herzoperation auftritt (Doerfler & Paraskos, 2011). Daher sollte zu Beginn der AHB bei allen Patienten nach MI oder Herzoperation ein PTBS-Screening durchgeführt werden, damit auffällige Patienten rechtzeitig erfasst werden. Bestätigt sich der Verdacht auf eine PTBS in der weiterführenden Diagnostik, sollten bereits in der AHB entsprechende therapeutische Schritte eingeleitet werden (Lueger, 2015). Am Ende der AHB sollte erneut bei allen Patienten ein PTBS-Screening durchgeführt werden, da sich eine PTBS-Symptomatik auch erst im Verlauf der AHB entwickeln kann. Darüber hinaus wäre ein weiteres Screening nach drei oder sechs Monaten empfehlenswert. Dieser Mehraufwand erscheint gerechtfertigt, da durch einen MI ausgelöste PTBS-Symptome das Risiko für einen Reinfarkt oder für kardiale Mortalität verdoppeln können (Edmondson et al, 2012).

Einschränkend muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass der eingesetzte Screeningbogen sich noch auf die Kriterien des DSM-IV bezieht, so dass das im DSM-5 neue Cluster „Negative Veränderungen der Kognitionen und der Stimmung nach dem Trauma“ nicht berücksichtigt wird.

Literatur

Doerfler, L.A., Paraskos, J.A. (2011): Posttraumatic stress disorder following myocardial infarction or cardiac surgery. In: Allen, R., Fisher, J. (Eds.): Heart & mind: the evolution of cardiac psychology. Washington, DC: American Psychological Association. 249-268.

Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K.W., Mills, M.A., Neria, Y. (2012): Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. PLoS One, 7. e38915.

Lueger, S. (2015): Traumatisierung nach Herzinfarkt oder Herzoperation: Häufigkeit, Diagnostik und Therapie. Herzmedizin. 2015, 32 (6). 27-33.

Siegrist, P., Maercker, A. (2010): Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. Aktueller Stand der Validierung. Trauma & Gewalt, 4 (3). 208-213.

Vilchinsky, N., Ginzburg, K., Fait, K., Foa, E.B. (2017): Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD): A systematic review. Clinical Psychology Review, 55. 92-106.

Langzeiteffekte des MoVo-LISA-Programms auf psychologische Determinanten der Sportaktivität: Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie

Wurst, R. (1), Kinkel, S. (2), Fuchs, R.

(1) Institut für Sport und Sportwissenschaft, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,
(2) Park Klinikum Bad Krozingen

Zielstellung

Trotz der Intention, nach der Rehabilitation körperlich aktiver zu werden, scheitern viele Personen an der Umsetzung der Verhaltensänderung, bei der nicht nur motivationale, sondern auch volitionale Strategien wie Handlungsplanung und Barrierenmanagement von Bedeutung sind (Geidl et al., 2012). Mit Hilfe des MoVo-LISA-Programms sollen diese motivationalen und volitionalen Komponenten zur Verhaltensänderung in der Reha geschult werden. Bisherige nicht-randomisiert kontrollierte Daten stützen die Annahme, dass durch das MoVo-LISA-Programm signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Intentionsstärke, der Handlungsplanung sowie des Barrie-renmanagements erzielt werden können (Göhner et al., 2009). In der vorliegenden Studie werden die Effekte des Programms auf diese psychologischen Determinanten der Sportaktivität erstmalig auf Basis eines RCT-Designs mit einem Follow-up von 12 Monaten überprüft.

Methoden

Insgesamt N = 202 inaktive KHK-Patient/innen (Kontrollgruppe [KG]: n = 102; 26% ♀; M_{Alter} = 60 Jahre; Interventionsgruppe [IG]: n = 100; 21% ♀; M_{Alter} = 57 Jahre) nahmen an der randomisiert-kontrollierten Studie teil. Die KG absolvierte das reguläre Rehaprogramm, die IG zusätzlich das MoVo-LISA-Programm. Zu fünf Messzeitpunkten (T1/T2 = vor/direkt nach der Reha, T3 = 6 Wochen nach der Reha, T4/T5 = 6/12 Monate nach der Reha) wurden neben der sportlichen Akti-vität auch die motivationale Determinante Intentionsstärke (Fuchs et al., 2017) sowie die volitiona-len Determinanten Handlungsplanung und Barrierenmanagement (Krämer & Fuchs, 2010) erhoben. Diese Determinanten wurden mit ANCOVAs mit Messwiederholung (Kovariaten: Alter und Ge-schlecht) sowie Bonferroni-adjustierten t-Tests für unabhängige Stichproben analysiert. Die Analy-sen wurden dabei getrennt, berechnet für den Interventionseffekt (ANCOVA T1-T3; IG: n = 85, KG: n = 85) und den Aufrechterhaltungseffekt (ANCOVA T3-T5; IG: n = 65, KG: n = 62).

Ergebnisse

Die Analysen des Interventionseffekts (T1-T3) zeigten für alle Determinanten einen signifikanten Interaktionseffekt Messzeitpunkt x Gruppe (Intentionsstärke: $p < .05$, $F(2, 330) = 3.843$, $\eta p^2 = .023$; Handlungsplanung: $p < .001$, $F(2, 330) = 8.773$, $\eta p^2 = .050$; Barrierenmanagement: $p < .001$, $F(2, 294) = 12.285$, $\eta p^2 = .077$). Post-hoc-Analysen belegten, dass die

Gruppen IG und KG sich zu den Messzeitpunkten T2 und T3 signifikant voneinander unterscheiden (Abbildung a - c). Für den Aufrechterhaltungseffekt (T3-T5) wurden die Haupteffekte Gruppe betrachtet, welche ebenfalls signifikante Effekte bei allen drei Determinanten aufwiesen (Intentionsstärke: $p < .05$, $F(1, 123) = 6.796$, $\eta p^2 = .052$; Handlungsplanung: $p < .05$, $F(1, 123) = 4.181$, $\eta p^2 = .033$; Barrierenmanagement: $p < .05$, $F(1, 109) = 5.095$, $\eta p^2 = .045$).

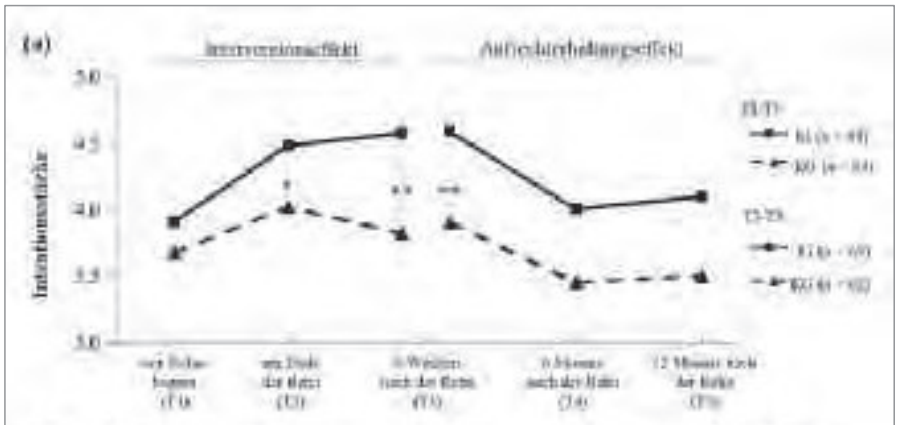

Abbildung (a): Durchschnittliche Intentionsstärke in der Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG); * $p < .05$, ** $p < .001$

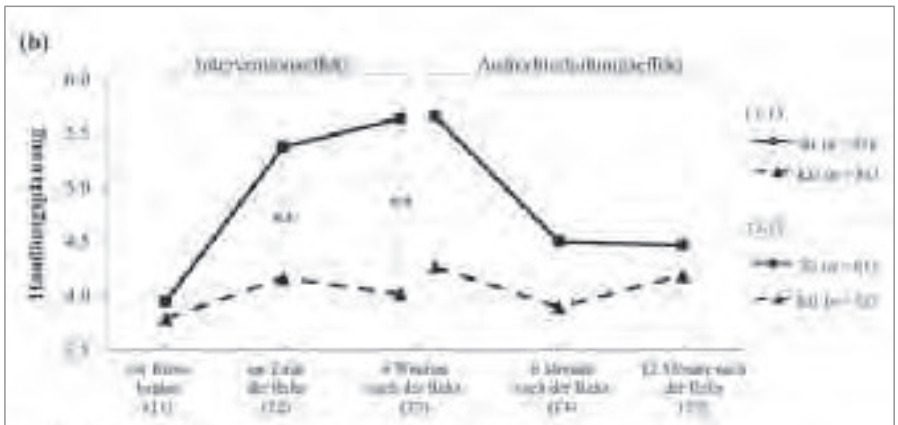

Abbildung (b): Durchschnittliche Handlungsplanung in IG und KG; * $p < .05$, ** $p < .001$

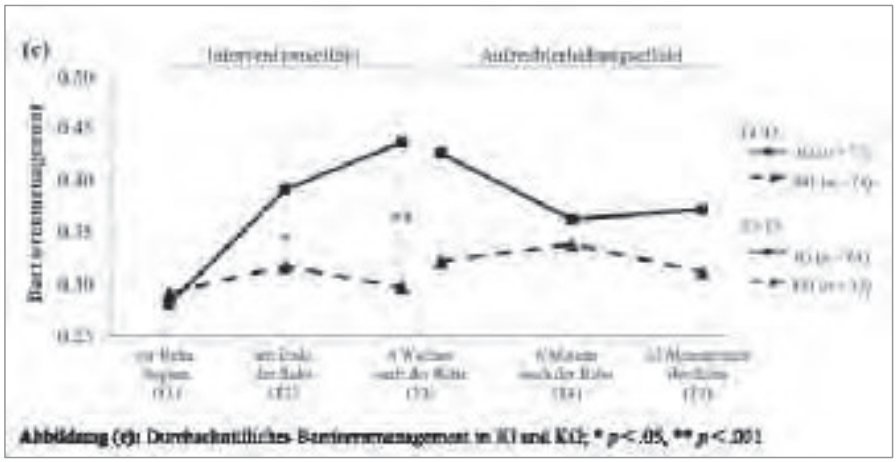

Abbildung (c): Durchschnittliches Barrierenmanagement in IG und KG; * $p < .05$, ** $p < .001$

Fazit

Mit dieser Studie wird zum ersten Mal auf Basis einer RCT gezeigt, dass das MoVo-LISA-Programm in der kardiologischen Reha vor allem zu Beginn der Verhaltensänderung einen signifikanten Beitrag zur Verbesserung der psychologischen Determinanten von sportlicher Aktivität leistet. Damit ist auch eine wichtige Voraussetzung dafür erfüllt, dass mit dem Programm eine nachhaltige Optimierung des Aktivitätsverhaltens erzielt werden kann.

Literatur

Fuchs, R., Seelig, H., Göhner, W., Schlatterer, M. & Ntoumanis, N. (2017). The two sides of goal intentions: Intention self-concordance and intention strength as predictors of physical activi-ty, Psychology & Health, 32, 110-126.

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., & Pfeifer, K. (2012). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie-Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Die Rehabilitation, 51(04), 259-268.

Göhner, W., Seelig, H., & Fuchs, R. (2009). Intervention effects on cognitive antecedents of physi-cal exercise: A 1-year follow-up study. Applied Psychology: Health and Well-Being, 1(2), 233-256.

Krämer, L. & Fuchs, R. (2010). Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme. Zwei neue Messinstrumente. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 18, 170-182.

Verordnung und Inanspruchnahme von Rehabilitationssport nach akut ischämischem Ereignis

Gabrys, L. (1), Schmidt, C. (2)

(1) Fachhochschule für Sport und Management Potsdam, (2) Robert Koch-Institut, Berlin

Zielstellung

Kardiovaskuläre Erkrankungen gehören in Deutschland immer noch zu den häufigsten Todesursachen. Der akute Myokardinfarkt (MI) steht hierbei mit 49.210 von insgesamt 356.616 Herz-Kreislauf bedingten Todesfällen im Jahr 2015 nach der chronisch ischämischen Herzerkrankung auf Platz 2 der kardiovaskulären Todesfälle.

Das deutsche Gesundheits- und Versorgungssystem bietet für Patienten mit überstandenem MI die Möglichkeit eine Anschlussheilbehandlung (AHB) in Anspruch zu nehmen. In der Regel ist für Personen im erwerbsfähigen Alter die DRV der Leistungsträger. Inhalte und Ziele der AHB sind u. a. die psychische Krankheitsverarbeitung, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. In diesem Rahmen sind bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen elementarer Bestandteil der AHB.

Regelmäßiges körperliches Training nach MI ist in der Lage die Gesamtmortalität um 15-18% und die kardiovaskuläre Mortalität um 26-31% zu reduzieren (Suaya et al., 2007). Obwohl wissenschaftlicher Konsens über die Wirksamkeit des körperlichen Trainings in der kardiologischen Rehabilitation besteht und fester Bestandteil der Deutschen Leitlinien zur kardiologischen Rehabilitation darstellt (Bjarnason-Wehrens et al., 2009), nehmen Patienten mit akutem ischämischen Ereignis weiterführende Maßnahmen wie bspw. den Rehabilitationssport zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs im Anschluss an die Reha noch zu wenig in Anspruch. Genaue Zahlen liegen hierzu jedoch aktuell nicht vor.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, auf Basis von Routinedaten der DRV, die Entwicklung der AHB-Reha, die Verordnungsraten an Nachsorgeleistungen und die tatsächliche Inanspruchnahme einer Nachsorge bei Personen im erwerbsfähigem Alter mit akut ischämischen Ereignis darzustellen.

Methoden

Grundlage der Auswertung bildet der Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitationen 2006-2013“ (FDZ-RV, 2015). Eingeschlossen wurden alle Rehabilitanden mit einer regulär beendeten AHB und einem akuten ischämischen Ereignis (I20.-I24.) als Erstbehandlungsdiagnose. Zu jeder AHB wurde die Empfehlung zur Nachsorge (Reha-Sport, Funktionstraining, intensivierte Nachsorge) im Entlassungsbericht mit der tatsächlichen Inanspruchnahme einer dieser Nachsorgemaßnahmen über die Kohorten verglichen. Um einen Vergleich der Inanspruchnahme über die Kohorten zu ermöglichen, musste die Nachsorge spätestens 6 Monate nach Beginn der Reha-Grundleistung beginnen. Rehabilitanden ohne Nachsorgeereignis mussten mindestens 6 Monate nach der Grundleistung überleben, um Verzerrungen der Inanspruchnahmeraten durch Todesereignisse auszuschließen. Aufgrund der genannten Bedingungen entstehen Randprobleme für die erste (2006) und letzte (2013) Kohorte. Somit wird die Inanspruchnahme nur für die Reha-Kohorten 2007 bis 2012 dargestellt. Der Abgleich der 20%-igen Stichprobe mit der Grundgesamtheit erfolgt auf Basis der Korrekturgewichte.

Ergebnisse

Die auf die Grundgesamtheit hochgerechnete Entwicklung der AHB-Reha zeigt für Männer und Frauen zwischen 2006 und 2013 eine Verdopplung von ca. 5.000 (M) und 1.000 (F) auf 9.330 (M) und 2.180 (F).

Die Verordnungsleistung von Rehabilitationssport ist im Zeitverlauf rückgängig. Bei Frauen sank die Verordnungsrate von 69,5% (2007) auf 58,8% (2012) und bei Männern von 66,5% (2007) auf 53,4% (2012). Dabei stellt der Rehabilitationssport nach wie vor die am häufigsten verordnete Nachsorgemaßnahme dar. Demgegenüber werden intensivierte Nachsorgekonzepte (ca. 10%) oder ein Funktionstraining (<1%) weniger häufig verordnet (2012).

Im Gegensatz zu geringeren Verordnungsraten ist ein gegenläufiger Trend in der tatsächlichen Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen zu beobachten. Bei den Frauen stieg die Inanspruchnahme von 17,3% (2007) auf 22,8% (2012) und bei den Männern von 14,5% (2007) auf 17,6% (2012).

Fazit

Mit dem hier präsentierten Ansatz können die Konzepte im Bereich der Reha-Nachsorge (DRV, 2017) mit der Versorgungsrealität verglichen werden. Trotz sinkender Verordnungsraten steigt bei beiden Geschlechtern die Inanspruchnahme. Dennoch kann eine Inanspruchnahme von 22,8% bzw. 17,6% im Sinne einer langfristigen Bindung an körperliche Aktivität zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs als noch nicht zufriedenstellend bewertet werden.

Für eine verbesserte Inanspruchnahme, insbesondere von Angeboten zum Rehabilitationssport, sollten verstärkt die Determinanten der Nichtteilnahme evaluiert werden. Der vorgestellte Datensatz bietet hierzu entsprechende Möglichkeiten. Aufbauend auf den Analysen können zielgruppenspezifische Maßnahmen entwickelt und deren Wirksamkeit evaluiert werden. Neben den fallzahlseitig geringen akuten Ereignissen ist eine Erweiterung der Analyse auf chronische ischämische Fälle ebenso wie auf allgemeine Heilverfahren möglich.

Literatur

Bjarnason-Wehrens, B., Schulz, O., Gielen, S., Halle, M., Dürsch, M., Hambrecht, R., Lowis, H., Kindermann, W., Schulze, R., Rauch, B. (2009). Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. Clinical research in cardiology supplements, 4, 1-44.

DRV. (2017). Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. Deutsche Rentenversicherung.

FDZ-RV. (2015). Scientific Use File (SUF) Abgeschlossene Rehabilitationen im Versicherungsverlauf von 2006-2013 (SUFRSDLV13B).

Suaya, J. A., Shepard, D. S., Normand, S.-L. T., Ades, P. A., Prottas, J., & Stason, W. B. (2007). Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. Circulation, 116(15), 1653-1662.

Einfluss des Hämoglobinwertes und anderer Faktoren auf die Leistungsfähigkeit und Leistungsverbesserung in der kardiologischen Rehabilitation

Marx, R., Bassenge, D., Philips, H., Hoffmeister, A.
Mediclin Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen

Zielstellung

In der Sportwissenschaft spielt Hämoglobin (Hb) eine wichtige Rolle, denn es ist als sauerstoffbindendes Molekül für die Ausdauerleistungsfähigkeit mitverantwortlich. Ob dieser Zusammenhang zwischen Hb-Wert und Leistungsfähigkeit auch für Patienten gilt, die nach einem akuten Koronarsyndrom (ACS) oder einer Herz-Operation mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit zur Rehabilitation kommen, ist von Bedeutung, da diese Patienten eine Verminderung des Hb-Wertes aufweisen. Darüber hinaus ist die Transfusionsindikation zurückhaltender geworden, so dass der Hb-Wert und seine Auswirkungen auch bezüglich Rehabilitation diskutiert werden.

Methoden

Untersucht wurden 393 konsekutiv in einem Zentrum aufgenommene stationäre kardiologische Rehabilitationspatienten. Erhoben wurden Daten zu Beginn und am Ende der Rehabilitation im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch den EVA-Reha® Kardiologie Dokumentationsbogen V8.0 des MDK Rheinland-Pfalz. Als mögliche Einflussfaktoren auf die Belastbarkeit wurden der Hb-Wert und der Kreatininwert je zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sowie die linksventrikuläre Funktion, das Geschlecht, das Alter und die Art der Behandlung (postoperativ oder interventionell/konservativ) erfasst. Die Leistungsfähigkeit wurde mithilfe des 6-Minuten-Gehtests und des Belastungs-EKGs zu beiden Zeitpunkten untersucht. In ihrer Belastbarkeit verglichen wurden zum einen anämische Patienten mit nichtanämischen Patienten und zum anderen in verschiedene Hb-Bereiche eingeteilte Patientengruppen (Hb ≤ 10,00 g/dl; Hb 10,01-12,00 g/dl; Hb > 12,00 g/dl).

Ergebnisse

Zwischen dem Hb-Wert und der Leistungsfähigkeit besteht bei den Patienten der vorliegenden Arbeit bei den meisten Vergleichen ein Zusammenhang: niedrigere Hb-Werte sind mit einer geringeren Belastbarkeit assoziiert. Dies gilt insbesondere für die Belastbarkeit am Ende der Rehabilitation (6-Minuten-Gehtest am Ende: Hb 10,01-12,00 g/dl = 394 ± 17m, Hb > 12 g/dl = 465 ± 12m (MW ± SF)).

Ein niedrigerer Hb-Wert zu Beginn des Rehabilitationsprogramms ermöglicht dennoch einen Rehabilitationserfolg. Die Verbesserung der Leistungsfähigkeit durch das Rehabilitationsprogramm erfolgt in einem vergleichbaren Ausmaß bei rehabilitationsfähigen Patienten unabhängig vom initialen Hb-Wert. So kann die Leistungsfähigkeit auch von Patienten mit Anämie durch die Rehabilitation deutlich verbessert werden, sie resultiert aber in einem niedrigeren

Leistungsniveau als bei Patienten, die ohne Anämie die Rehabilitation beginnen. Insofern kann der initiale Hb-Wert als prognostischer Faktor für die Leistungsfähigkeit am Ende der Rehabilitation angesehen werden.

Fazit

Zusammenfassend ergab die Studie, dass zwischen Hb und Belastbarkeit bei kardialen Rehabilitationspatienten ein deutlicher Zusammenhang besteht. Dies gilt sowohl für den Zeitpunkt zu Beginn der Rehabilitation als auch nach der Rehabilitationsphase. Patienten mit niedrigeren Hb-Werten sind in ihrer Leistungsfähigkeit gegenüber Patienten mit höheren beziehungsweise normalen Hb-Werten eingeschränkt. Wesentliche Unterschiede bei Patienten nach einer OP und konservativ beziehungsweise interventionell behandelten Patienten ergaben sich nicht.

Die Patienten profitierten von den Rehabilitationsmaßnahmen unabhängig vom Ausgangs-Hb-Wert und konnten in etwa das gleiche Ausmaß an Leistungsverbesserung erzielen. Dies zeigt, dass insgesamt ein niedrigerer Hb-Wert für sich genommen keine Einschränkung für Rehabilitationsmaßnahmen ist und Patienten unabhängig von ihrem Hb Leistungsfortschritte erzielen.

Darüber hinaus konnte ein Zusammenhang zwischen dem Hb zu Beginn der Rehabilitation und der Belastbarkeit vor der Entlassung festgestellt werden. Damit kann der Hb-Wert als prognostischer Faktor für den Rehabilitationserfolg bezüglich der Belastbarkeit gesehen werden.

Selbstverständlich beeinflussen auch weitere Faktoren, wie z. B. eine Niereninsuffizienz, eine eingeschränkte LV-Funktion, das Geschlecht und das Alter, die Leistungsfähigkeit von Patienten. Ein Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen kann aber weitgehend unabhängig von diesen Faktoren erzielt werden.

Zukünftige Arbeiten zur Bedeutung der Hb-Werte, insbesondere an operativen Patienten, sollten nicht nur die Mortalität und Morbidität sondern auch den funktionalen Zustand sowie die Steigerung der Leistungsfähigkeit der Patienten mit als Parameter berücksichtigen. Zudem sollte in randomisierten prospektiven Studien geprüft werden, ob bereits der Hb-Wert zu Beginn der Rehabilitationsphase Rückschlüsse auf die Belastbarkeit zulässt.

Literatur

Bellotto F, Palmisano P, Compostella L, Russo N, Zaccaria M, Guida P, Setzu T, Cati A, Maddazolo A, Favale S, Iliceto S. Anemia does not preclude increments in cardiac performance during a short period of intensive, exercise-based cardiac rehabilitation. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Off J Eur Soc Cardiol Work Groups Epidemiol Prev Card Rehabil Exerc Physiol. April 2011;18(2):150-7.

Ranucci M, La Rovere MT, Castelvecchio S, Maestri R, Menicanti L, Frigiola A, D'Armini AM, Goggi C, Tramarin R, Febo O. Postoperative anemia and exercise tolerance after cardiac operations in patients without transfusion: what hemoglobin level is acceptable? Ann Thorac Surg. Juli 2011;92(1):25-31.

Antragsverhalten zur onkologischen Reha - eine Expertenstudie

Dresch, C. (1), Weis, J. (1), Bartsch, H.-H. (1), Maiwald, P. (1), Joos, S. (2), Valentini, J. (2), Baumann, W. (3), Kurlemann, U. (4)

(1) Klinik für Onkologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) Universitätsklinikum Tübingen, (3) Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen, Köln, (4) Universitätsklinikum Münster

Zielstellung

In den letzten Jahren ist sowohl im Bereich der Anschlussrehabilitation als auch im Bereich der allgemeinen Heilverfahren ein Rückgang der Anträge für onkologische Rehabilitationsmaßnahmen festzustellen. Diese Entwicklung zeigt sich trotz der steigenden Inzidenzzahlen in der Gruppe der Krebserkrankungen (RKI, 2017). Die Daten der Deutschen Rentenversicherung ab 2011 zeigen einen Rückgang der Anträge für onkologische Rehabilitationsleistungen um 0,3 % in 2011, 5,1 % in 2012 sowie 4,1 % in 2013. Diese Rückgänge werden insbesondere bei Patienten mit Tumoren der Verdauungsorgane, mit Brustkrebs sowie mit Tumoren der männlichen Genitalorgane sichtbar. Bislang liegen nur einzelne Studien zu Fragen der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei Krebspatienten vor, die zumeist patientenseitige Erhebungen zum Gegenstand haben.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Ursachen und Gründen für die Veränderung des Antragsverhaltens und des Antragsrückgangs im Bereich der onkologischen Rehabilitation (stationäre und ambulante Maßnahmen) aus Sicht von verschiedenen Expertengruppen zu identifizieren. Experten nehmen dabei eine besondere Funktion ein, denn sie steuern die Antragstellung über Information, Beratung, Bedarfserhebung oder andere Maßnahmen.

Methoden

Es handelt sich um eine explorative multizentrische Querschnittserhebung mit qualitativer und quantitativer Methodik, der eine umfassende Literaturanalyse vorausging. In diesem Beitrag wird ausschließlich über den qualitativ ausgelegten Teil der Studie berichtet. Insgesamt wurden bundesweit 50 teilstrukturierte Interviews mit den folgenden in der onkologischen Versorgung tätigen Expertengruppen geführt: Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflegepersonal/Medizinische Fachangestellte. Die Zielgruppen wurden bezüglich ihrer Einschätzung und Bewertung der Gründe sowie der förderlichen und hinderlichen Faktoren im Hinblick auf die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen befragt. Die Auswertung der Interviews erfolgte auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Für die Auswertung der qualitativen Daten wurde eine spezifische Software (MAXQDA) eingesetzt.

Ergebnisse

Die Interviewergebnisse zeigen, dass je nach befragter Zielgruppe unterschiedliche Gründe für die (Nicht-) Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation definiert werden. Die

identifizierten Einflussfaktoren können in patientenbezogene, behandlerbezogene und systembezogene Faktoren eingeteilt werden. In Anlehnung an Miedema et al. (2010) ergeben sich erste Hinweise, dass die Nicht-Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der Patientengruppen bei den Rehamaßnahmen als Zugangsbarriere wirkt und dass persönliche Umgebungsfaktoren (z. B. hohe familiäre Verantwortung) relevante patientenbezogene Prädiktoren für die (Nicht-) Inanspruchnahme darstellen. Weiterhin scheinen zwischen verschiedenen Diagnosegruppen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zu bestehen, was den Ergebnissen von Holm et al. (2012) entspricht.

Fazit

Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme sind die Ergebnisse aus internationalen Studien nur eingeschränkt auf die spezifische deutsche Situation der Rehabilitation zu übertragen. Trotz dieser Tatsache zeigen sich in der Expertenstudie einige übereinstimmende Ergebnisse. Die erzielten qualitativen Studienergebnisse werden in der sich anschließenden Fragebogenstudie überprüft.

Die Frage nach dem Bedarf und der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation ist eine der zentralen Fragen der Rehabilitationsforschung in Deutschland und anderen europäischen Nationen (Baili et al., 2013). Die Studienergebnisse bilden die Basis für das Verständnis möglicher Ursachen des Antragsrückgangs im Bereich der onkologischen Rehabilitation. Zusammen mit anderen Studienergebnissen, die den Sachverhalt aus Patientenperspektive untersuchen, wird eine Grundlage geschaffen, um notwendige Strategien zur Optimierung der Versorgungssteuerung auf verschiedenen Ebenen auszuarbeiten und einzuleiten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Baili, P., Hoekstra-Weebers, J., Van Hoof, E., Bartsch, H.H., Travado, L., Garami, M., Di Salvo, F., Micheli, A., Veerus, P. (2013). Cancer rehabilitation indicators for Europe. European J Cancer, 49 (6). 1356-1364.

Holm, L.V., Hansen, D.G., Johansen, C., Vedsted, P., Veldt, P., Kragstrup, J., Søndergaard, J. (2012). Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. Support Care Cancer, 20, 2913-2924.

Miedema, B., Easley, J. (2010). Barriers to rehabilitative care for young breast cancer survivors: a qualitative understanding. Support Care Cancer 20. 1193-1201.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Epidemiologisches Bulletin (5). 43-54.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation für onkologische Rehabilitanden – mittelfristige Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie

Fauser, D. (1), Wienert, J. (2), Bethge, M. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, Hamburg

Zielstellung

Arbeit ist ein zentraler Bestandteil des Lebens für Überlebende einer Krebserkrankung und beeinflusst deren Gesundheit und Lebensqualität. Überlebende einer Krebserkrankung sind häufiger arbeitslos oder frühberentet und haben eine geringere Chance für eine Wiedereinstellung (de Boer et al., 2009, 2015). Zur beruflichen Wiedereingliederung bedarf es auch bei Krebserkrankungen wirksamer rehabilitativer Strategien. In diesem Zusammenhang zeigt ein Cochrane Review, dass nur multidisziplinäre Programme mit deutlichem Berufsbezug einen förderlichen Effekt auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz haben (de Boer et al., 2015). In Deutschland wurden Rehabilitationsprogramme mit einem stärkeren Erwerbsbezug entwickelt, die sich als medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) etabliert haben (Streibelt, Buschmann-Steinhage, 2011; Bethge, 2017). Bislang fehlt für Überlebende einer Krebserkrankung jedoch ein randomisierter kontrollierter Nachweis für die Wirksamkeit der MBOR. Erste Ergebnisse unserer Studie legen kurzfristig positive Effekte der MBOR für onkologische Rehabilitanden und ein hohe Behandlungstreue nahe (Wienert, Bethge, 2017). Die aktuellen Ergebnisse zeigen die mittelfristigen Effekte der MBOR im Vergleich zur konventionellen medizinischen Rehabilitation (MR) zum Zeitpunkt drei Monate nach der Rehabilitation.

Methoden

Teilnehmer wurden in Gruppen randomisiert der MBOR und der MR zugewiesen. Eingeschlossen wurden onkologische Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter mit einer besonderen beruflichen Problemlage, einer vorläufigen positiven sozialmedizinischen Prognose und einem Karnofsky-Index ≥ 70 %. Primäres Zielkriterium zum Zeitpunkt drei Monate nach der Rehabilitation war die Rollenfunktion. Weitere Endpunkte waren der allgemeine Gesundheitszustand, Funktionsfähigkeit und Schmerzsymptomatik, die Fatigue-Symptomatik, Krankheitsbewältigung, die subjektive Arbeitsfähigkeit und die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die Behandlungseffekte wurden mit gemischten linearen Modellen überprüft. In den Modellschätzungen wurden die Ausgangswerte der Ersterhebung als Kontrollvariablen berücksichtigt. Als Effektschätzer wurden standardisierte Mittelwertdifferenzen (SMD) und Odds Ratios berechnet.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt drei Monate nach der Rehabilitation wurden 425 Rehabilitanden analysiert, die in 153 Gruppen behandelt wurde (76 MBOR; 77 MR). Teilnehmer der MBOR und der MR unterschieden sich hinsichtlich des primären Zielkriteriums Rollenfunktion nicht (SMD = 0,13; 95 % KI: -0,32 bis 0,05; p = 0,146). Teilnehmer der MBOR hatten im Vergleich zu Teilnehmern der MR signifikant bessere Werte im Hinblick auf die körperliche Funktionsfähigkeit (SMD =

0,32; 95 % KI: 0,18 bis 0,46; p < 0,001), Schmerzsymptomatik (SMD = -0,21; 95 % KI: -0,38 bis -0,03; p = 0,020), allgemeine Fatigue (SMD = -0,30; 95 % KI: -0,47 bis -0,13; p = 0,001) und körperliche Fatigue (SMD = -0,19; 95 % KI: -0,37 bis -0,01; p = 0,036). Außerdem nutzten Teilnehmer der MBOR Ablenkung und Selbstaufbau (SMD = 0,20; 95 % KI: 0,04 bis 0,37; p = 0,016) stärker zur Krankheitsbewältigung im Vergleich zu Teilnehmern der MR. Teilnehmer der MBOR hatten mittelfristig im Vergleich zu Teilnehmern der MR keine besseren Ergebnisse in Bezug auf die reguläre Rückkehr an den Arbeitsplatz (OR = 0,75; 95 % KI: 0,46 bis 1,22; p = 0,212) und die Rückkehr an den Arbeitsplatz ggf. mit stufenweiser Wiedereingliederung (OR = 0,91; 95 % KI: 0,54 bis 1,54; p = 0,697). Auch bei Teilnehmern der MBOR mit hohem Frühberentungsrisiko zeigten sich keine besseren Ergebnisse bezüglich der regulären Rückkehr an den Arbeitsplatz (OR = 1,30; 95 % KI: 0,55 bis 3,06; p = 0,537) und der Rückkehr an den Arbeitsplatz ggf. mit stufenweiser Wiedereingliederung (OR = 1,55; 95 % KI: 0,62 bis 3,88; p = 0,329). Bei Vorliegen eines hohen Frühberentungsrisikos wiesen Teilnehmer der MBOR jedoch Effekte hinsichtlich der Rollenfunktion (SMD = 0,36; 95 % KI: 0,08 bis 0,63; p = 0,012), des allgemeinen Gesundheitszustandes (SMD = 0,27; 95 % KI: 0,00 bis 0,53; p = 0,047), körperlicher Funktionsfähigkeit (SMD = 0,60; 95 % KI: 0,37 bis 0,82; p < 0,001), Schmerzsymptomatik (SMD = -0,30; 95 % KI: -0,56 bis -0,03; p = 0,028) und subjektiver Arbeitsfähigkeit (SMD = 0,40; 95 % KI: 0,14 bis 0,67; p = 0,002) auf.

Fazit

Vergleichende Analysen zwischen beiden Gruppen konnten mittelfristig keinen Effekt der MBOR auf das primäre Zielkriterium bestätigen. Körperliche Funktionsfähigkeit, Schmerzsymptomatik und Fatigue-Symptomatik wurden durch die MBOR positiv beeinflusst. Bei Vorliegen eines hohen Frühberentungsrisikos zeigten sich Effekte zugunsten der MBOR, auch auf dem primären Zielkriterium. Die langfristigen Teilhabeeffekte werden nach 12 Monaten geprüft.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Literatur

Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Rehabilitation, 56. 14-21.

de Boer A.G., Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk F.J., Verbeek J.H. (2009): Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA, 301. 753-762.

de Boer, A.G., Taskila, T.K., Tamminga, S.J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M.H.W., Verbeek, J.H. (2015): Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9. CD007569.

Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation, 50. 160-167.

Wienert, J., Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation für onkologische Rehabilitanden – kurzfristige Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie. Rehabilitation, eingereicht.

Entwicklung und Evaluation eines Fatigue-Management Moduls für die onkologische Rehabilitation. Ergebnisse der FaM-Pilotstudie.

Kähnert, H. (1), Maschke, J. (1), Leibbrand, B. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Bad Salzuflen,

(2) Salzetalklinik, Bad Salzuflen

Zielstellung

Die tumorassoziierte Fatigue wird durch eine Vielzahl körperlicher, mentaler oder psychischer Symptome charakterisiert, wie Erschöpfung, Kraftlosigkeit, geminderte Konzentrationsfähigkeit oder Antriebs- und Hilfslosigkeit (Horneber et al., 2012; NCCN, 2015). Diese Symptome können die Bewältigung von Alltagsaktivitäten sowie die Teilhabe am Arbeitsleben stark beeinträchtigen (NCCN, 2015). Demzufolge besteht ein Bedarf an Patientenschulungen zur Fatigue-Bewältigung. Dies gilt auch für die stationäre onkologische Rehabilitation, denn hierfür liegen bisher nur unzureichende Informationen über Inhalte, Abläufe und Auswirkungen von fatigue-orientierten Schulungskonzepten vor. Ziel der Studie war somit die Konzeption und Evaluation eines bedarfsorientierten Fatigue-Managements-Moduls (FaM-Modul) für die onkologische Rehabilitation.

Methoden

Die Entwicklung des FaM-Moduls erfolgte im Reha-Team und wurde durch neun Expertensitzungen begleitet. Nach Abschluss der Entwicklungs- und Erprobungsphase wurde das FaM-Modul in die Routineversorgung implementiert. Die Pilotstudie basiert auf einem sequentiellen Kontroll-/Interventionsgruppendesign, wobei die Kontrollgruppe (KG: n=186) vor und die Interventionsgruppe (IG: n=194) nach Abschluss der Entwicklungsphase des FaM-Moduls rekrutiert wurden. Teilnehmer waren Rehabilitanden (Brustkrebs, gynäkologische Tumore, maligne Systemerkrankungen) mit einer problematischen Fatigue-Symptomatik (Fatigue-Screening: numerische Ratingskala, Range: 0-10 (10 = maximale Erschöpfung): IG= 6,8±1,6 und KG= 6,4±1,9 Skalenpunkte) (NCCN, 2015). Die Bewertung des Moduls sowie erste Aussagen zur Wirksamkeit hinsichtlich der Fatigue-Symptomatiken (MFI-20, Smets et al., 1995) wurden aus Sicht der Teilnehmer mittels Fragebögen zu den Zeiten Reha-Beginn (T1), Reha-Ende (T2), 3- (T3) und 6-Monatskatamnese (T4) erfasst. Die Bewertungen der Fatigue-orientierten Therapien wurden mittels Chi-Quadrat-Test und die Behandlungseffekte mittels Kovarianzanalysen mit Messwiederholung überprüft. Als Effektschätzer diente das partielle eta² (ηp^2).

Ergebnisse

Die Modulentwicklung war nach acht Monaten abgeschlossen. Das FaM-Modul beinhaltet einen Vortrag zu Fatigue (Ärzte), Bewegungsangebote der Sporttherapie sowie Seminare zum Energiemanagement (Psychologie), zum Gedächtnistraining (Ergotherapie), zur Ernährung und ein Gruppengespräch zur Nachsorgeplanung. Zudem wurden Fatigue-Nachsorgeunterlagen, die die IG-Teilnehmer 4 und 16 Wochen poststationär zugeschickt bekamen, sowie Unterlagen für den weiterbehandelnden Arzt, konzipiert.

Bewertung der Fatigue-orientierten Therapien: Etwa 20% der KG aber nur 2% der IG gaben an, während der Rehabilitation keine Fatigue-orientierten Therapien erhalten zu haben

(Chi^2=52,8, p<0,001). Insgesamt berichteten 64% der IG gegenüber 31% der KG „sehr ausführlich bzw. ausführlich“ über Fatigue gesprochen zu haben (Chi^2=53,8, p<0,001). Die Organisation der Fatigue-orientierten Therapien wurde von 57% der IG und von 40% der KG mit „gut“ oder „sehr gut“ bewertet (Chi^2=28,7, p<0,001). Zudem waren 64% der IG gegenüber 47% der KG mit den Fatigue-Angeboten „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ (Chi^2=34,8, p<0,001), auch weil sie gelernt hatten mit den Beschwerden im Alltag besser umzugehen. Abschließend zogen 61% der IG und 44% der KG eine positive Gesamtbilanz (Chi^2=23,5, p<0,001). Die Fatigue-Nachsorgeunterlagen wurden von 36% der IG als „sehr hilfreich“ und von 45% als „hilfreich“ beschrieben. Als ergänzende Angebote zur Bewältigung der Fatigue-Beschwerden wurden von der IG für die Rehabilitation besonders psychologische Einzelgespräche und mehr kognitive Trainingseinheiten und für die Nachsorge kompetente Ansprechpartner (Ärzte, Psychologen) oder Gesprächskreise gewünscht.

Auswirkungen des FaM-Moduls: Betrachtet man die Entwicklung der Fatigue-Symptome basierend auf den fünf MFI-Skalen, so zeigt sich für beide Gruppen in allen Skalen eine signifikante Symptomverbesserung von Beginn bis Ende der Rehabilitation. Im weiteren Verlauf (von T2 nach T3) verbesserten sich bei der IG die allgemeinen, körperlichen und mentalen Fatigue-Symptome während sie sich bei der KG verschlechterten bzw. auf gleichem Niveau verblieben. Nach weiteren drei Monaten (T4) blieben die Fatigue-Symptome in beiden Gruppen im Vergleich zu den T3-Werten weitgehend stabil bzw. stiegen geringfügig an. Kovarianzanalytisch ließen sich Interaktionseffekte zwischen Zeit und Gruppe bei der allgemeinen Fatigue (p<0,05), körperlichen Fatigue (p<0,01) und mentalen Fatigue (p<0,01) zu Gunsten der IG nachweisen. Dabei handelt es sich in allen Fällen um kleine Effekte (ηp^2=0,02 bis 0,038). Für die MFI-Skalen reduzierte Aktivität und reduzierte Motivation ließen sich hingegen keine Interaktionseffekte zwischen Zeit und Gruppe nachweisen.

Fazit

Mit dem Reha-Team konnte ein multidisziplinäres Fatigue-Management Modul für die stationäre Rehabilitation entwickelt und erfolgreich in die Routineversorgung implementiert werden. Die Therapien des FaM-Moduls wurden insgesamt positiv bewertet. Sie förderten eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Fatigue und den Umgang mit den Fatigue-Beschwerden. Das FaM-Modul wirkte sich in dessen erster Version positiv auf die allgemeinen, körperlichen und mentalen Fatigue-Symptome aus. Entsprechend sollte in einem nächsten Schritt das FaM-Modul (Therapien und Nachsorgemaßnahmen) überarbeitet und im Rahmen einer RCT-Studie einer erneuten Überprüfung unterzogen werden.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V., Norderney

Literatur

Horneber, M., Fischer, I., Dimeo, F. Rüffer, J.U., Weis, J. (2012): Cancer-related fatigue: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. In: Deutsches Ärzteblatt international 109 (9): 161-172.

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (2015). Cancer related fatigue. Version 2.2015. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.

Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC (1995): The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom. Res.; 39(3): 315-325.

Einfluss einer belastungsabhängigen psychoonkologischen Therapie-Dosis auf die psychische Belastung bei PatientInnen in stationärer onkologischer Rehabilitation

Riedl, D. (1), Rumpold, G (1), Nickels, A. (2), Licht, T. (2), Holzner, B. (1)

(1) Medizinische Universität Innsbruck,

(2) Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau

Zielstellung

Aufgrund verbesserter Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten steigt weltweit die Zahl der Überlebenden von Krebserkrankungen kontinuierlich. Da die Krebserkrankung und deren multimodale Behandlung häufig mit körperlichen und psychischen Belastungen einhergehen nimmt auch der Bedarf für onkologische Rehabilitation im Anschluss an die Primärbehandlung stetig zu. In Österreich wird die onkologische Rehabilitation meist im stationären Setting angeboten und zielt darauf ab die Gesundheit, Aktivität und Leistungsfähigkeit der PatientInnen so gut wie möglich wiederherzustellen. Bisherige Publikationen weisen darauf hin, dass sich PatientInnen im Zuge der stationären Rehabilitation signifikant hinsichtlich ihrer Lebensqualität verbessern (Riedl et al., 2017).

Es konnte in Studien gezeigt werden, dass PatientInnen von individualisierten belastungsabhängigen psychoonkologischen Therapiedosen stärker profitieren als von einheitlichen Therapieschemata (Sheard, Maguire, 1999). Trotz dieser Hinweise gibt es bisher noch keine Studien, die diesen Effekt im Setting von stationären onkologischen Rehabilitationsbehandlungen untersucht.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher (a) das Ausmaß der psychischen Belastung von PatientInnen zu Beginn einer stationären onkologischen Rehabilitation zu erheben; (b) zu untersuchen in welchem Ausmaß sich dieser Belastung im Zuge der Reha-Maßnahme reduzieren lässt; und (c) den Einfluss unterschiedlicher Therapiedosen auf die Verbesserungen der psychischen Belastung während der stationären Rehabilitation zu untersuchen.

Methoden

In der Studie wurden die Daten des routinemäßig durchgeführten Lebensqualitäts- und Belastungsscreenings einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung analysiert. Die PatientInnen beantworteten dabei vor- und nach dem stationären Aufenthalt die Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) sowie weitere behandlungsbezogene Fragebogen.

Basierend auf einem spezifisch entwickelten Algorithmus der die Ergebnissen des HADS sowie Behandlungspräferenzen berücksichtigt, wurde für die PatientInnen drei unterschiedliche psychoonkologische Therapiedosis geplant (Basis: 4 x 25min, Mittelgradig: 5-6 x 25min, Hoch: 7-8 x 25min). Je nach Bedarf konnte die Therapiedosis vor Ort angepasst werden. Das Ausmaß der Verbesserung der psychischen Belastung wurde mittels Effektstärkenberechnung (Cohens‘ d) und der Einfluss der Therapiedosis auf das Behandlungsergebnis mittels wiederholter Varianzanalysen (repeated measures ANOVA) berechnet.

Ergebnisse

In die Studie wurden n=1.022 PatientInnen eingeschlossen, die an der multidisziplinären stationären Rehabilitation teilnahmen und für die HADS-Daten vor und nach der stationären Rehabilitation sowie Leistungsdaten der Reha vorlagen. Das durchschnittliche Alter lag bei 58.1 Jahren (SA: 12.0; Spannbreite: 19-88 Jahre), 61.0% der Stichprobe war weiblich und die häufigsten Tumordiagnosen waren Brustkrebs (32.6%), hämatologische Tumore (12.3%) und kolorektale Tumore (10.7%).

Zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung gaben 27.8% der PatientInnen eine auffällige psychische Belastung an, wobei 34.6% erhöhte Angst-Werte und 30.1% erhöhte Depressionswerte angaben. Etwa ein Viertel der PatientInnen hatten im Vorfeld bereits psychotherapeutische Beratung in Anspruch genommen. Basierend auf dem Algorithmus erhielten 43.4% die Basisdosis, 41.5% die mittelgradige und 15.1% die hohe Therapiedosis zugeteilt.

Bei den PatientInnen zeigte sich zu Ende der stationären Rehabilitation bei 89.8% eine klinisch relevante Verbesserung der Angstwerte (d=0.54) und bei 91.9% der Depressionswerte (d=0.64). Im Durchschnitt zeigte sich kein klinisch relevanter Unterschied mehr zur Allgemeinbevölkerung (Angst: 5.2 vs. 4.7; Depression: 4.0 vs. 4.8). Es zeigte sich, dass PatientInnen mit einer höheren psychoonkologischen Therapiedosis signifikant mehr von der stationären Rehabilitation profitierten ($p<0.001$), wobei dieser Effekt vollständig von dem Belastungsniveau der PatientInnen zu Reha-Beginn moderiert wurde ($p<0.001$). Alter und Geschlecht hatten keinen signifikanten Einfluss auf den Therapieeffekt. Es zeigte sich eine gute Übereinstimmung zwischen der Einteilung auf Basis des Algorithmus und der in Anspruch genommenen Therapieleistung (Basis: 43.4% vs. 37.9%; mittelgradige Dosis: 41.5% vs. 39.0%; 15.1% vs. 23.2%).

Fazit

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen eine signifikante Reduktion der psychischen Belastung der PatientInnen im Zuge der stationären onkologischen Rehabilitation. Belastetere PatientInnen mit höherer psychoonkologischer Behandlungsdosis zeigten eine signifikant stärkere Belastungsreduktion. Die Behandlungsplanung der psychoonkologischen Therapieeinheiten mittels computergestütztem Algorithmus wurde von den BehandlerInnen gut angenommen und ermöglichte eine individualisierte Therapieplanung. Eine kontinuierliche Evaluation des verwendeten Algorithmus ermöglicht noch genauere Therapieplanung, was sowohl für die PatientInnen als auch für die Organisation der Rehabilitation erhebliche Vorteile mit sich bringt.

Interessenkonflikte: Die Co-Autoren B.Holzner und G.Rumpold besitzen die geistigen Eigentumsrechte der Software CHES.

Literatur

Riedl, D., Giesinger, J.M., Wintner, L.M., Loth, F.L., Rumpold, G., Greil, R., Nickels, A., Licht, T., Holzner, B. (2017). Improvement of quality of life and psychological distress after inpatient cancer rehabilitation - Results of a longitudinal observational study. Wien Klin Wochenschr. 2017 Sep 15. doi: 10.1007/s00508-017-1266-z. [Epub ahead of print]

Sheard, T., Maguire, P. (1999) The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. British journal of cancer 80 (11):1770-1780.

Erste Ergebnisse des MoVo-BnB Programms für Frauen nach Brustkrebs zu den Prozesskriterien Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit

Ralf, L. (1), Göhner, W. (2), Feicke, J. (1), Spörhase, U. (1), Bitzer, E.-M. (1)
(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Katholische Hochschule Freiburg

Zielstellung

Viele Frauen nach einer Brustkrebserkrankung reduzieren während und nach der Behandlung den Umfang an körperlicher Aktivität und behalten diesen bewegungsarmen Alltag oftmals bei (Bock et al., 2013). Die medizinische Rehabilitation verfolgt das Ziel, Patienten in der Aneignung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils nachhaltig zu unterstützen. Während eines Rehabilitationsaufenthaltes gelingt der Motivationsaufbau auch nachweislich gut (Göhner et al., 2009). Doch nach dem Klinikaufenthalt stehen Betroffene häufig vor der Herausforderung eine Übertragung in den Alltag zu meistern und Verhaltensabsichten wie gewünscht auch längerfristig umzusetzen. Hier setzt das Programm Motivational-volitionale Intervention – Bewegung nach Brustkrebs (MoVo-BnB) an. Es ist ein Interventionsprogramm mit dem Ziel, unter pädagogischen, didaktischen, psychologischen und bewegungstherapeutischen Aspekten nachhaltig die körperliche Aktivität von Rehabilitandinnen nach Brustkrebs zu erhöhen, basierend auf dem MoVo-Prozessmodell (Fuchs, 2007). MoVo-BnB umfasst vier Einheiten (Ziele setzen, Planen, Hindernisse überwinden, Ausblick auf den Alltag) und wird während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes in geschlossen Gruppen von geschulten Physiotherapeuten durchgeführt. Der vorliegende Beitrag untersucht den Effekt des Programms auf die proximalen Schulungsendpunkte Handlungsplanung und Selbst-wirksamkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe bis zu sechs Monate nach der Entlassung.

Methoden

Die Wirksamkeit von MoVo-BnB überprüfen wir in einer prospektiven kontrollierten Interventionsstudie mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn (T0), Reha-Ende=T1, 6- (T2) und 12-Monats-Katamnese (T3)). Die Zielgruppe besteht aus Rehabilitandinnen mit der Hauptindikation „Mammakarzinom“, die nach dem BSA-Fragebogen als sportlich wenig bis inaktiv (<60 Min/Wo) während des letztens Monats vor Rehabilitationsbeginn identifiziert wurden. Zwei kooperierende Reha-Einrichtungen führten MoVo-BnB im Zeitraum April 2016 bis Juni 2017 durch.

Bei den hier vorgestellten proximalen Schulungsendpunkten handelt es sich um die Ausführungs- und Bewältigungsplanung als Teilaspekte der Handlungsplanung (Krämer & Göhner, 2016) und die allgemeine Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jersusalem, 1999). Die Prüfung der Fragestellungen erfolgte durch den Intergruppenvergleich zu den Messzeitpunkten mittels Kovarianzananlysen (ANCOVA) unter Kontrolle der Ausgangswerte zum ersten Messzeitpunkt. Zur Bewertung der Gruppenunterschiede werden die statistische Signifikanz

und das Effektgrößenmaß Eta2 dargestellt. Die Teilnahme war freiwillig und die Befragung erfolgte pseudonymisiert. Vorgestellt werden Ergebnisse für den Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik.

Ergebnisse

Es liegen Antworten von n=561 Rehabilitandinnen (IG n=247, KG n=314) vor. Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt 57,9 Jahre (SD=9,6). Hinsichtlich soziodemografischer Merkmale kann im Vergleich der Gruppen von keinen substantiellen Unterschieden berichtet werden. Die Auswertung bezüglich der Handlungskontrolle und der Subskala Ausführungsplanung (Wann, Wie, Wo, Wie oft) zeigt, dass sich die durchschnittlichen Werte über den Verlauf signifikant erhöhen und auch ein halbes Jahr später noch über dem Ausgangsniveau liegen (s. Tabelle 1). In der ANCOVA besteht ein statistisch signifikanter Haupteffekt der Zugehörigkeit zu Interventions- bzw. Kontrollgruppe (T1-T0:p=.000; Eta2=.085, T2-T0: p=.000; Eta2=.041). Auch die Werte für die Bewältigungsplanung (zweite Subskala der Handlungsplanung haben sich bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe signifikant stärker verbessert (T1-T0:p=.000; Eta2=.130, T2-T0: p=.000; Eta2=.050). Bezüglich der allgemeinen Selbstwirksamkeit erzielen die Befragten der Interventionsgruppe auch nach sechs Monaten noch signifikant höhere Ergebnisse (T1-T0:p=.006; Eta2=.015, T2-T0: p=.022; Eta2=.010).

Tab. 1: Übersicht der Werte für die Zielkriterien Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit (T0-T2)

		T0	T2			
Zielkriterien	**n**	**MW (SD)**	**MW (SD)**	**MD (95% CI)**	**P**	**Eta²**
Ausführungsplanung					.000	.041
IG	234	2,7 (0,9)	3,2 (0,8)	0,3 (0,2 – 0,5)		
KG	292	2,7 (1,0)	2,8 (1,0)	-0,3 (-0,5 – -0,2)		
Bewältigungsplanung					.000	.050
IG	228	2,2 (0,8)	2,8 (0,8)	0,3 (0,2 – 0,5)		
KG	290	2,2 (0,9)	2,4 (0,9)	-0,3 (-0,5 – -0,2)		
Selbstwirksamkeit					.022	.010
IG	221	27,9 (5,5)	29,4 (5,4)	-0,8 (0,1 – 1,5)		
KG	292	28,4 (5,8)	28,8 (5,9)	-0,8 (-1,5 – -0,1)		

Fazit

Die Verbesserung der Prozesskriterien Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit zeigt sich vor allem direkt nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation. Doch auch sechs Monaten nach Ende des Rehabilitationsaufenthaltes sind die Werte noch über dem Ausgangsniveau. Die signifikanten Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe deuten an, dass das MoVo-BnB Programm die beteiligten Frauen in der Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit unterstützen kann. Ob sich diese Ergebnisse auch langfristig bestätigen lassen und ein körperlich aktiver Lebensstil zunimmt, wird die Effektevaluation 12 Monaten nach Ende der Intervention zeigen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bock, C., Schmidt, M. E., Vrieling, A., Chang-Claude, J., Steindorf, K. (2013). Walking, bicycling, and sports in postmen-opausal breast cancer survivors-results from a German patient cohort study. Psycho-Oncology, 22. 1291-1298.

Fuchs, R. (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheits-verhaltensänderung. In R. Fuchs, W. Göhner, H. Seelig (Hrsg.), Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.

Göhner, W., Seelig, H., & Fuchs, R. (2009). Intervention effects on cognitive antecedents of physical exercise: A 1-year follow-up study. Applied Psychology: Health and Well-Being, 1, 233-256.

Krämer L., Göhner W. (2016). Handlungsplanung, Barrieren und Barrierenmanagement. In: Bengel J., Mittag O. (eds) Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Springer, Berlin, Heidelberg.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1999). Scales for recording teacher and student characteristics. Berlin: Freie Universität Berlin.

Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei onkologischen Patienten: Ein Discrete Choice Experiment

Fauser, D. (1), Wienert, J. (2), Bethge, M. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, Hamburg

Zielstellung

Die Realisierung einer stärkeren Patientenorientierung in der onkologischen Rehabilitation bedarf eines gesicherten Wissens um Bedürfnisse und Präferenzen der betroffenen Personen (Ryan, Gerard, 2003). Seit einigen Jahren werden in der internationalen Versorgungsforschung für die Untersuchung dieser Präferenzen Discrete Choice Experiemente (DCE) eingesetzt (Ryan et al., 2001; Bethge, 2009). Das Verfahren nutzt Gegenüberstellungen von Dienstleistungen, die unterschiedliche Attribute aufweisen, um merkmalsbezogene Entscheidungen für eine dieser Dienstleistungen zu erhalten und Teilnutzenwerte für die berücksichtigten Attribute zu bestimmen. Um die Präferenzen von onkologischen Rehabilitanden hinsichtlich berufsbezogener Therapiemodule zu untersuchen, wurde ein DCE im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Onkologie durchgeführt (Wienert et al., 2016).

Methoden

Die Daten des DCE wurden am Beginn einer cluster-randomisierten Multicenterstudie erhoben. Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter wurden eingeschlossen. Für das DCE wurden neun Entscheidungsszenarien mit je zwei Behandlungsalternativen generiert. Diese unterschieden sich in vier Attributen: Sozial- und Berufsberatung, psychosoziale berufsbezogene Gruppen, Arbeitsplatztraining und Wartezeit. Die Bewertung des attributspezifischen Nutzens der Behandlungsmodule erfolgte durch die Ermittlung der Wartebereitschaft in Wochen. Mittels eines Random-Effect Logit-Modells wurden die Teilnutzenwerte geschätzt.

Ergebnisse

Ausgewertet wurden Angaben von 464 Teilnehmern, für die 3.906 Entscheidungen vorlagen. Erwartungsgemäß wurden für die Behandlungsmodule positive Teilnutzenwerte und für die Wartezeit ein negativer Teilnutzenwert geschätzt. Signifikante Teilnutzenwerte zeigten sich für die Sozial- und Berufsberatung (β = 0,20; 95 % KI: 0,17 bis 0,23), das berufsbezogene Gruppenangebot (β = 0,21; 95 % KI: 0,19 bis 0,24), das Arbeitsplatztraining (β = 0,10; 95 % KI: 0,08 bis 0,11) und die Wartezeit (β = -0,05; 95 % KI: -0,06 bis -0,04). Die Wartebereitschaft für das untersuchte Programm (45 Minuten Sozial- und Berufsberatung, 4 Stunden berufsbezogene psychosoziale Gruppen, 6 Stunden Arbeitsplatztraining) betrug 37,4 Wochen (95 % KI: 30,2 bis 44,6). Die höchste Wartebereitschaft zeigte sich für das 4-stündige berufsbe-

zogene Gruppenangebot (β = 15,9 Wochen; 95 % KI: 12,6 bis 19,1), gefolgt von der 45-minütigen Sozial- und Berufsberatung (β = 11,0 Wochen; 95 % KI: 8,4 bis 13,6) und dem 6-stündigen Arbeitsplatztraining (β = 10,6 Wochen; 95 % KI: 8,0 bis 13,2).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Rehabilitanden mit Krebserkrankungen eine hohe Präferenz für berufsorientierte Rehabilitationsangebote haben, die direkt die berufliche Wiedereingliederung thematisieren. Die Teilnehmer wären für das in der Studie untersuchte Behandlungsprogramm bereit 37,4 Wochen an zusätzlicher Wartezeit in Kauf zu nehmen. Die höchste Wartebereitschaft bestand für das berufsbezogene Gruppenangebot zur Handlungsplanung des beruflichen Wiedereinstiegs und der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für Diskrepanzen von Fähigkeiten und Anforderungen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bethge, M. (2009): Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation: ein Discrete Choice Experiment. Gesundheitswesen, 71. 152-160.

Ryan, M., Gerard, K. (2003): Using discrete choice experiments to value health care programmes: current practice and future research reflections. Appl Health Econ Health Policy, 2. 55-64.

Ryan, M., Scott, D.A., Reeves, C., Bate, A., van Tellingen, E.R., Russell, E.M., Napper, M., Robb, C.M. (2001): Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. Health Technol Assess, 5. 1-186.

Wienert, J., Schwarz, B., Bethge, M. (2016): Effectiveness of work-related medical rehabilitation in cancer patients: study protocol of a cluster-randomized multicenter trial. BMC Cancer, 16. 544.

Früh- und Spättoxizitäten sowie sozialmedizinisch-relevante Folgestörungen bei Brustkrebs-Patienten – Auswertung von 5.800 Fällen während der AHB vs. Rehabilitation

Hass, H. (1), Seywald, M. (1), Zabieglinski, T. (1), Kunzmann, V. (2), Denzlinger, C. (3)

(1) Paracelsus-Klinik Scheidegg, (2) Universität Würzburg, (3) Marienhospital Stuttgart

Zielstellung

Mit einer Inzidenz von fast 70.000 Neuerkrankungen/Jahr ist das Mammakarzinom unverändert die häufigste onkologische Erkrankung bei Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Infolge der zunehmend individualisierten, multimodalen Therapie von Brustkrebs gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen, therapie-induzierten Folgestörungen bei den betroffenen Frauen. Die zunehmend verbesserten Langzeit-Prognose, das teils jungen Erkrankungsalters und die häufige Inzidenz der Erkrankung unterstreichen die zunehmende Bedeutung dieser teils chronischen Nebenwirkungen für die sozialmedizinische Beurteilung sowie die berufliche und soziale Teilhabe (Mols et al. 2014; Bradley et al. 2002; Kim et al. 2013).

Methoden

Im Rahmen dieser retrospektiven Analyse wurden 5800 Fälle von Brustkrebs-Patientinnen, welche von 2014-2017 zu einer onkologischen Anschlussrehabilitation (n=4195, 72,3%) bzw. einer onkologischen Rehabilitation (Routineverfahren; n=1605, 27,7%) in der Paracelsus-Klinik Scheidegg waren, ausgewertet. Insgesamt wurden so über 40 tumorbiologische und klinische Parameter, therapie-induzierte Nebenwirkungen sowie Früh- und Spätfolgestörungen der onkologischen Therapie und sozialmedizinische Faktoren analysiert.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter aller Patientinnen (n=5800) betrug 55,3±10,2 Jahre, 2490 Frauen waren in einem fest angestellten Arbeitsverhältnis (44,6%). 865 Frauen (14,9%) waren an einem sog. „triple negativen“ (HR(-)/Her2neu(-)) erkrankt, bei 830 (14,3%) Frauen ließ sich eine Her2+ Tumorerkrankung dokumentieren. 4105 (70,7%) Frauen hatten eine „klassische“ Hormonrezeptor-positive (ER(+)/PR(+)) Brustkrebserkrankung (s.a. Abbildung 1).

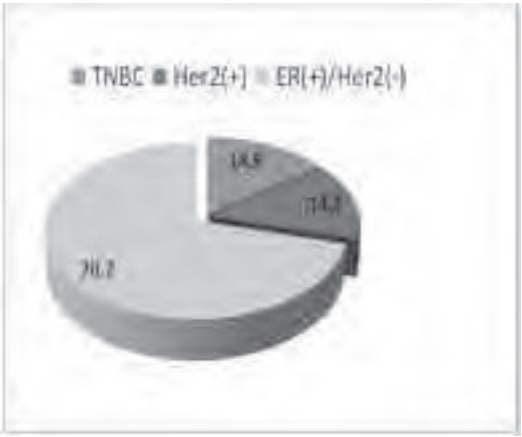

Abb. 1: Tumorbiologische Subgruppen-Analyse des Patientenkollektivs (n=5.800)

Bei 1.365 Frauen (23,5%) wurde eine komplette Brustentfernung (Ablatio), in 4.380 Fällen (75,5%) eine brusterhaltende Tumorresektion (BET) durchgeführt. In 59,9% (n=3.342) erfolgte neben der OP eine (neo)adjuvante oder palliative Chemotherapie, in 87,3% (n=5.065) wurde eine konsolidierende oder palliative Radiatio durchgeführt. In 270 Fällen (4,6%) erfolgte die Rehabilitation nach Rezidiv eines Mammakarzinoms, in 192 Fällen (3,3%) infolge metastasierter/palliativer Erkrankung.

Während bei den AHB-Patientinnen v.a. die Chemo-induzierten Frühtoxizitäten und Nebenwirkungen wie Leukopenie (4,9% vs. 2,1%; <0.0001), Anämie (6,8% vs. 4,8%; <0.0001) und Polyneuropathie (36,4% vs. 20%; <0.0001) signifikant häufiger dokumentiert wurden, ließ sich bei Patientinnen, welche zur onkologischen Rehabilitation oder zur Durchführung einer 2. Maßnahme kamen, signifikant häufiger ein chronisches Lymphödem (20% vs. 11,4%; <0.0001) sowie häufiger eine komplette Brustentfernung (Ablatio, 30% vs. 20,6%; <0.0001) nachweisen (s.a. Abbildung 2). Des Weiteren zeigte sich bei Patientinnen, welche eine onkologische Rehabilitation beantragt hatten gegenüber AHB-Patienten signifikant häufiger eine

Rezidiv- (5.6% vs. 2.9%; < 0.0001) oder Palliativsituation (5.7% vs. 1.5%; <0.0001). Gegenüber allen Patienten, welche eine AHB durchführten, waren Reha-Patienten signifikant häufiger im erwerbsfähigen Alter (<60 Jahre; 67% vs. 74%; <0.0001).

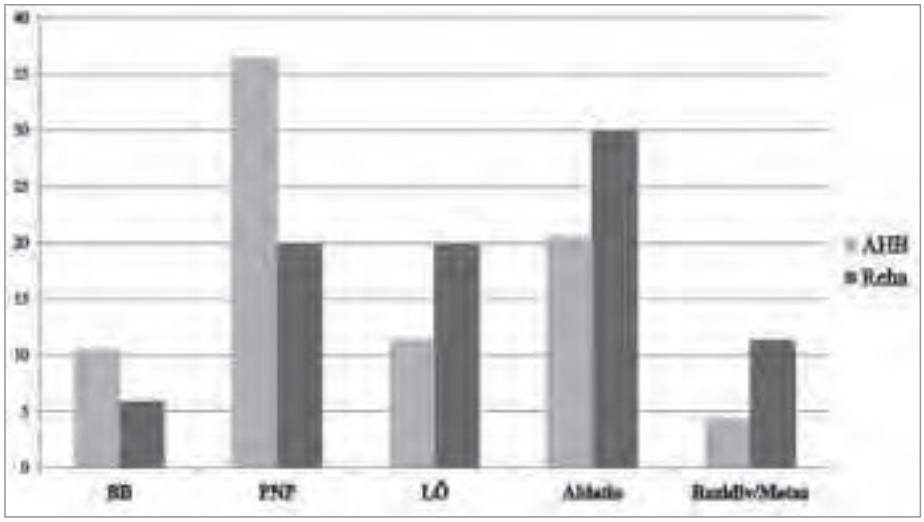

Abb. 2: Korrelation zwischen Früh- und Spättoxizitäten während der Anschlussrehabilitation vs. Reha

Fazit

Abhängig vom zeitlichen Verlauf lassen sich unterschiedliche rehabilitations-relevante Folgestörungen bei Brustkrebs-Patientinnen in der AHB oder Rehabilitation dokumentieren. Während zeitlich abhängig bei AHB-Patientinnen v.a. noch Nebenwirkungen durch die Chemotherapie wie Blutbildveränderungen und CTX-induzierte Polyneuropathie vorliegen, spielen bei Reha-Patientinnen v.a. operationsbedingte Störungen wie das postoperative Lymphödem und onkologisch eine häufig schlechtere Gesamtprognose (rezidiv/Metastasen) eine größere Rolle.

Die vorliegenden Daten belegen, dass Patienten, welche eine Rehabilitation beantragen (Erst- aber auch Wiederholungsmaßnahmen) teils signifikant häufiger chronische, therapieinduzierte Folgestörungen gegenüber AHB-Patienten aufweisen. Insbesondere das häufiger vorliegende Lymphödem unterstreicht – trotz modernerer Operationstechniken – unverändert dessen große Bedeutung in der onkologischen Rehabilitation (Ahmed et al. 2008). Auch in Anbetracht der häufig dokumentierten schlechteren Gesamtprognose unterstreichen die Notwendigkeit für individuelle Therapieangebote in der onkologischen Rehabilitation (z. B. psychoonkologische Beratungsangebote für chronisch-erkrankte Patienten).

Literatur

Mols F, Beijers T, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse L. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and its association with quality of life: a systematic review. Support Care Cancer. 2014 Aug;22(8):2261-9.

Bradley CJ, Bednarek HL, Neumark D. Breast cancer survival, work, and earnings. J Health Econ. 2002 Sep;21(5):757-79.

Kim M, Kim SW, Lee SU, Lee NK, Jung SY, Kim TH, Lee ES, Kang HS, Shin KH. A model to estimate the risk of breast cancer-related lymphedema: combinations of treatment-related factors of the number of dissected axillary nodes, adjuvant chemotherapy, and radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2013;86:498-503.

Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH, Folsom AR. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa Women's Health Study. J Clin Oncol. 2008;26:5689-96.

Das körperliche Aktivitäts- und Sitzverhalten von Personen mit COPD vor Beginn ihrer pneumologischen Rehabilitation

Geidl, W. (1), Carl, J. (1), Lehbert, N. (2), Wittmann, M. (2), Wagner, R. (2), Schultz, K. (2), Pfeifer, K. (1)

(1) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, (2) Klinik Bad Reichenhall

Zielstellung

Die Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils ist ein zentrales Anliegen der pneumologischen Rehabilitation. Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern wird Erwachsenen mit COPD empfohlen, mindestens 150 Minuten pro Woche mit moderater Intensität körperlich aktiv sein (Pfeifer et al. 2017). Zusätzlich scheint eine möglichst kurze tägliche Sitzzeit gesundheitsförderlich zu sein (Hill et al. 2015). Für Deutschland liegen bislang nur wenige objektive Daten zum Aktivitätsverhalten von Personen mit COPD vor. Ein Teilziel der STAR-Studie (Geidl et al. 2017) ist deshalb, das körperliche Aktivitätsverhalten vor Rehabilitationsbeginn zu erheben und zu klassifizieren.

Methoden

149 Personen trugen zwei Wochen vor Beginn der pneumologischen Rehabilitation sieben Tage lang einen triaxialen Beschleunigungsmesser (Actigraph wGT3X). Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) und Krankheitsschwere (GOLD) erhoben, Lebensqualität (CAT, SGRQ) und körperlicher Funktionsstatus (6-Min-Gehtest) gemessen. Basierend auf dem Ausmaß an Aktivität in mindestens moderat-intensiver Aktivität wurden drei Aktivitätsgruppen gebildet: inaktiv (<60min/Woche), etwas aktiv (60-149min/Woche) und ausreichend aktiv (≥150min/Woche). Zudem wurde auf der Basis kritischer Werte zum sedentären Verhalten (Engelen et al. 2017) eine Einteilung in weniger-sitzende (<8h/Tag) und vielsitzende (≥8h/Tag) Personen vorgenommen. Die resultierenden sechs Gruppen wurden mittels univariater Varianzanalysen und post-hoc-Tests (Bonferroni) hinsichtlich der Krankheitsschwere, der Lebensqualität und des körperlichen Funktionsstatus verglichen.

Ergebnisse

Von 97 Personen mit COPD (34,0% Frauen; Alter ø = 58,4 Jahre) lagen vollständig auswertbare Datensätze vor. Die angehenden Rehabilitanden waren im Schnitt pro Tag 32 Minuten (SD: 24) mindestens moderat-intensiv aktiv, tätigten 6101 Schritte (SD: 3294) und verbrachten 555 Minuten (SD: 101) im Sitzen. Tabelle 1 listet die Verteilung der Probanden auf die Aktivitätsgruppen und charakterisiert die Gruppen mittels zentraler demografischer und krankheitsbezogener Merkmale. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant im GOLD-Schweregrad ($p=.003$, $\eta^2=.176$), dem CAT ($p=.011$, $\eta^2=.132$) und dem 6-Min-Gehtest ($p<.001$, $\eta^2=.434$), jedoch nicht im SGRQ ($p=.14$; $\eta^2=.073$).

Tab. 1: Übersicht der Aktivitätsgruppen mit soziodemografischen und rankheitsbezogenen Daten

	Aktivitätsgruppen							
	Gruppe 1: inaktiv/ weniger sitzend	Gruppe 2: inaktiv/ viel sitzend	Gruppe 3: etwas aktiv/ weniger sitzend	Gruppe 4: etwas aktiv/ viel sitzend	Gruppe 5: ausreichend aktiv/ weniger sitzend	Gruppe 6: ausreichend aktiv/ viel sitzend	*p*-Value	Effect Size η^2
Allgemeine Charakteristika								
n	1 (1,0%)	15 (15,5%)	4 (4,1%)	25 (25,8%)	17 (17,5%)	35 (36,1%)		
Alter	55,0	63,3	58,8	58,8	57,2	56,6	.004	.156
Geschlecht, % männlich	0,0	53,3	100,0	68,0	47,1	77,1	.096 (χ^2)	(V = .287)
BMI	30,11	27,91	27,43	28,58	29,55	27,60	.927	(.010)
GOLD-Klassifikation	3,00	3,00	2,00	2,68	2,18	2,20	.003	.176
CAT	22,00	27,00	23,50	25,28	23,71	20,83	.011	.132
6-Min-Gehtest	489,0	340,1	447,5	393,6	529,4	497,6	<.001	.434
SGRQ Gesamt	72,89	42,47	43,48	49,18	54,91	52,44	.140	(.073)
Körperliche Aktivität								
Schritte/Tag	4646	2049	7826	4063	9668	7406	<.001	.613
Leichte Intensität (min/W)	185,9	124,7	291,8	185,7	297,6	218,5	<.001	.568
Moderate Intensität (min/W)	8,35	4,48	21,99	15,44	48,13	48,37	<.001	.582
Sitzverhalten								
Gesamt (min/W)	467,60	666,65	431,43	602,09	421,75	554,28	<.001	.623

Anm.: Die Gruppe inaktiv/weniger-sitzenden wurde aufgrund der geringen Größe nicht bei den Gruppenvergleichen berücksichtigt. Abkürzungen: min: Minuten, W: Woche, BMI: Body-Mass-Index, CAT: COPD Assessment Test, SGRQ: Saint Georges Respiratory Questionnaire.

Fazit

Fast die Hälfte der Personen mit COPD weist vor der Rehabilitation einen sitzenden, inaktiven Lebensstil auf. Dabei konnten substanzielle Zusammenhänge zwischen dem Aktivitätsverhalten mit Indikatoren der Krankheitsschwere, des körperlichen Funktionsstatus und der Lebensqualität festgestellt werden. Im weiteren Verlauf der STAR-Studie (Geidl et al., 2017) wird die körperliche Aktivität erneut sechs Wochen und sechs Monate nach der pneumologischen Rehabilitation gemessen, um Veränderungen des Aktivitätsverhaltens zu untersuchen.

Literatur

Engelen, L., Gale, J., Chau, J. Y., Hardy, L. L., Mackey, M., Johnson, N., Bauman, A. (2017). Who is at risk of chronic disease? Associations between risk profiles of physical activity, sitting and cardio-metabolic disease in Australian adults. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 41. 178-183.

Geidl, W., Semrau J., Streber, R.. Lehbert, N., Wingart, S., Pfeifer, K. (2017). Effects of a brief, pedometer-based behavioral intervention for individuals with COPD during inpatient pulmonary rehabilitation on 6-week and 6-month objectively measured physical activity: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 18. No. 396.

Hill, K., Gardiner, P., Cavalheri, V., Jenkins, S., Healy, G. (2015). Physical activity and sedentary behaviour: applying lessons to chronic obstructive pulmonary disease. Internal Medicine Journal, 45. 474-482.

Pfeifer, K., Geidl W. (2017). Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung. Gesundheitswesen, 79. S29-S35.

Eignet sich der Patient Health Questionnaire (PHQ-9/PHQ-2) zur Erfassung von Depression bei COPD-Rehabilitanden? Untersuchung zu Reliabilität und faktorieller Validität

Schuler, M. (1), Strohmayer, M. (1), Faller, H. (1), Wittmann, M. (2), Schultz, K. (2)

(1) Universität Würzburg, (2) Klinik Bad Reichenhall

Zielstellung

Depressionen sind eine der häufigsten komorbiden Erkrankungen bei COPD (Prävalenzschätzungen zwischen 15% und 40%, Matte et al., 2016) und zeigen negative Zusammenhänge mit Morbidität und Mortalität (Cuijpers et al., 2014). Eine frühzeitige Diagnostik ist daher angezeigt, zum Beispiel mittels Screeninginstrumenten wie dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9/PHQ-2). Der PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) erfasst Depressivität anhand der Diagnosekriterien des DSM-IV/ DSM-V, der PHQ-2 (Löwe et al., 2005) zieht nur die ersten beiden Items des PHQ-9 (Interessen-/Freudeverlust; Niedergeschlagenheit) heran. Werte ≥10 im PHQ-9 (≥3 im PHQ-2) zeigen klinisch relevante Depressivität an. Der PHQ-9 ist bislang noch nicht für COPD-Patienten validiert.

Die Diagnose von Depressionen bei Patienten mit chronischen Grunderkrankungen wird dadurch erschwert, dass Symptome der Grunderkrankungen (z. B. Dyspnoe) oder deren Behandlung vor allem somatische Symptome der Depression (z. B. Müdigkeit, Energielosigkeit, Konzentrationsprobleme) beeinflussen können. Dies kann zu fehlender Messinvarianz zwischen Patienten mit unterschiedlichem COPD-Schweregrad (z. B. unterschiedlichen Einteilungen nach GOLD) oder über die Zeit führen und ebenso die Übereinstimmung zwischen PHQ-9 und PHQ-2 beeinflussen. Daher sollen in dieser Studie faktorielle Validität, Messinvarianz (zwischen Geschlechtern, GOLD-Gruppen und über die Zeit) und Reliabilität des PHQ-9/PHQ-2 sowie die Übereinstimmungen zwischen PHQ-9 und PHQ-2 bestimmt werden.

Methoden

Diese Sekundäranalyse basiert auf Daten einer RCT (Schultz et al., under review) mit n=561 COPD-Rehabilitanden (34,8% weiblich, mittleres Alter 576 Jahre (SD=7,2), 50,6% GOLD 2, 39,3% GOLD 3, 10,2% GOLD 4). Die Rehabilitanden füllten Fragebögen – unter anderem den PHQ-9 – zu Beginn (T0), am Ende (T1) und 3/6/9/12 (T2/T3/T4/T5) Monate nach einer stationären pneumologischen Rehabilitation aus. Die faktorielle Validität wurde mittels konfirmatorischen Faktorenanalysen durch den Vergleich eines einfaktoriellen und eines zweifaktoriellen Messmodells geprüft. Die Messinvarianz wurde mittels Strukturgleichungsmodellen zwischen Geschlechtern und GOLD-Gruppen (GOLD2 vs. GOLD3+4) sowie über die Zeit geprüft. Die Reliabilität wurde über Composite Reliability Coefficient (CRC) geschätzt. Zur

Prüfung der Übereinstimmungen zwischen PHQ-9 und PHQ-2 wurden Kreuztabellen, Cohens Kappa, Yules Y sowie Positive Agreement und Negative Agreement berechnet.

Ergebnisse

Nach Freisetzung einer Residualkorrelation zwischen Item 3 (Schlafprobleme) und Item 4 (Energielosigkeit) erzielte ein einfaktorielles Modell akzeptable Modellfitwerte (chi²=77,17; df=26; p<0,001; CFI=0,960, RMSEA=0,059, SRMR=0,036). Ein zweifaktorielles Modell erzielte zwar leicht bessere Fit-Werte, wies aber eine sehr hohe Korrelation (r=0,92) zwischen den beiden latenten Faktoren auf, so dass für weitere Analysen das einfaktorielle Modell herangezogen wurde. Mindestens partielle skalare Invarianz dieses Modells konnte für die Vergleiche zwischen Geschlecht, GOLD und über die Zeit bestätigt werden. Der PHQ-9 wies zu T0, T1 und T2 signifikant mehr Patienten als klinisch relevant depressiv aus als der PHQ-2 (siehe Tabelle 1). Cohens Kappa variierte zwischen 0.64 (T0) und 0,79 (T3). Negative Agreement (NA=0,89-0,95) war zu allen Zeitpunkten höher als Positive Agreement (0,72-0,84). Die Reliabilitätsschätzungen sind sowohl für PHQ-9 (CRC=0,94) also auch PHQ-2 (CRC=0,89) hoch.

Tab. 1: Prozentualer Anteil [und 95% Konfidenzintervall] der Patienten mit klinisch relevanter Depression nach PHQ-9/PHQ-2 für T0-T5

	T0 (N=559)	**T1** (N=558)	**T2** (N=436)	**T3** (N=395)	**T4** (N=382)	**T5** (N=383)
PHQ-:	31,7 [27,9; 35,6]	17,0 [14,0; 20,3]	24,5 [20,6; 28,7]	22,8 [18,7; 26,8]	21,8% [17,8; 26,0]	24,1% [19,9; 28,6]
PHQ-2	26,2% [22,7; 29,9]	11,3% [8,8; 14,0]	20,2% [16,5; 24,1]	20,8% [16,7; 24,8]	20,7% [16,8; 24,9]	21,1% [17,2; 25,3]

Fazit

Die eindimensionale Struktur des PHQ-9 kann bei COPD-Patienten als weitgehend bestätigt angesehen werden. Die hohe Reliabilität und bestätigte Messinvarianz erlauben die inhaltliche Interpretierbarkeit von Vergleichen zwischen Gruppen und über die Zeit. Die nur geringeren Übereinstimmungen zwischen PHQ-9 und PHQ-2 zu Beginn und am Ende der Rehabilitation sind vor allem auf die höhere Anzahl von Patienten zurückzuführen, die durch den PHQ-9 als klinisch relevant depressiv ausgewiesen werden. Zukünftige Studien mit einem Goldstandard zur Depressionserfassung (z. B. klinisches Interview) sind zur Bestimmung der diagnostischen Validität von PHQ-9/PHQ-2 notwendig.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

Schultz, K., Krämer, B., Huber, V., Lehbert, N., Wingart, S., Stojanovic, D., Göhl, O., Jelusic, D., Wittmann, M., Alma, H., de Jong, C., van der Molen, T., Faller, H. & Schuler, M. (under review). Inspiratory muscle training does not improve clinical outcomes in 3-week COPD rehabilitation: Results from a randomized controlled trial.

Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J. & Penninx, B.W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. Am J Psychiatry 171, 453-462.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 16, 606-613.

Löwe, B., Kroenke, K., Grafe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). J Psychosom Res 58, 163-171.
Matte, D.L., Pizzichini, M.M.M., Hoepers, A.T.C., Diaz, A.P., Karloh, M., Dias, M. & Pizzichini, E. (2016). Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. Respir Med 117, 154-161.

Rauchen als Selbstbehandlung gegen depressive Symptomatik bei rauchenden COPD-Patienten

Mühlig, S. (1), Schultz, K. (2), Schuler, M. (3), Loth, F.G. (1), Eppert, M. (1), Paulick, J. (1)
(1) Technische Universität Chemnitz, (2) Klinik Bad Reichenhall, (3) Universität Würzburg

Zielstellung

Bei der tabakassoziierten Erkrankung COPD besteht eine ausgeprägte psychische Komorbidität mit affektiven Störungen. Die überdurchschnittliche Raucherquote bei depressiven Patienten (Ptn.) lässt sich u.a. darauf zurückführen, dass Nikotin antidepressive Effekte besitzt und von Patienten zur „Selbstbehandlung“ ihrer depressiven Symptome eingesetzt wird. Bislang ist empirisch ungeklärt, inwieweit die koinzidente depressive Symptomatik bei COPD-Ptn. deren Rauchverhalten verstärkt und den Rauchstopperfolg beeinträchtigt.

Methoden

Der Zusammenhang COPD-Rauchen-Depression wurde anhand einer unselegierten Stichprobe von N = 561 Ptn. einer pneumologischen Rehabilitationsklinik untersucht.

Ergebnisse

Diese Ptn.-Gruppe bestand zu 98% aus Jemalsrauchern (39% aktive und 59% Exraucher). Insgesamt 66% aller Ptn. zeigten erhöhte Depressivitätswerte (PHQ dim.): leichte Ausprägung (34,2%), mittlere Ausprägung (20,1%), schwere Ausprägung (11,4%). Bei 14% aller Ptn. wurde nach PHQ (kat.) eine Verdachtsdiagnose Depression festgestellt und bei ebenfalls 14% bestand eine entsprechende Vordiagnose in der Anamnese. Unter den aktuellen Rauchern fiel die Quote der Verdachtsdiagnosen (17% vs. 14%) deutlich und der Depressivitätswerte geringfügig (68% vs. 66%) höher aus als in der Gruppe der Exraucher. Bei den mittel- bis starken aktuellen Rauchern lag der Anteil der Ptn. mit Depressivität signifikant höher (45% vs. 31%). COPD-Ptn. mit einer kategorialen Verdachtsdiagnose Depression waren wesentlich häufiger aktuelle Raucher (46%) als Ptn. ohne Depressionsverdacht (38%). In gleicher Weise lag der Anteil aktueller Raucher unter COPD-Ptn. mit erhöhten Depressivitätswerten höher (40%) als bei Ptn. ohne depressive Symptomatik (36%).

Fazit

Die Resultate bestätigen den vermuteten Zusammenhang zwischen Rauchverhalten und Depressivität bei COPD-Patienten. Diese sollten systematischer psychodiagnostisch untersucht und antidepressiv behandelt werden, um den Rauchstopp zu erleichtern.

Literatur

Andreas, S. et al. (2014). Tabakentwöhnung bei COPD. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Tübingen: AWMF.

Goodwin, R. D., Lavoie, K. L., Lemeshow, A. R., Jenkins, E., Brown, E. S., & Fedoronko, D. A. (2012). Depression, Anxiety, and COPD: The Unexamined Role of Nicotine Dependence. Nicotine & Tobacco Research, 14(2), 176-183.

Mühlig, S., & Paulick, J. (2016). Psychische Rauchstoppbarrieren: Zum Zusammenhang von Rauchen und Depressionen bei COPD-Patienten. Der Pneumologe, 13(3), 174-180.

Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma bronchiale: Kurzzeitergebnisse der EPRA-RCT

Schultz, K. (1), Wittmann, M. (1), Wagner, R. (1), Lehbert, N. (1), Schwarzkopf, L. (2), Nowak, D. (3), Faller, H. (4), Schuler, M. (4)

(1) Klinik Bad Reichenhall, (2) Helmholtz Zentrum München,
(3) Klinikum der Universität München, (4) Universität Würzburg

Zielstellung

Bisher fehlen RCTs (Randomized Controlled Trial) aus der deutschen Rehabilitation, die belegen, dass die hierzulande übliche 3-wöchige stationäre Reha bessere Ergebnisse erzielt als die normale ambulante Versorgung (Reha versus keine Reha/usual care). Dies gilt unseres Wissens nach in Deutschland für fast alle Rehabilitationsindikationen, darunter auch für das Asthma bronchiale. RCTs zum Effektivitätsnachweis der pneumologischen Rehabilitation (PR) bei Asthma bronchiale wurden aber u.a. in der NVL Asthma angemahnt. Das Fehlen von deutschen Reha-RCTs wird zumeist mit den rechtlichen Rahmenbedingungen erklärt: Man könne Patienten mit einer bewilligten Rehabilitation nicht einer Kontrollgruppe ohne Rehabilitation zuweisen. In der EPRA-Studie (Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma bronchiale) wurde ein Wartegruppendesign gewählt, um auch unter den deutschen Rahmenbedingungen eine RCT zu ermöglichen (Schultz et al. 2017). Als primärer Outcomeparameter wurde die Veränderung der Asthmakontrolle (AC) im Vergleich zu einer noch nicht rehabilitierten Kontrollgruppe (usual care) gewählt. Die AC gilt in allen Asthma-Leitlinien (z. B. GINA 2017) als wichtigstes Ziel der Asthmabehandlung.

Methoden

6/2016 bis 7/2017 wurden 415 Patienten mit unkontrolliertem Asthma (ACT < 20 Pkt.) im Rahmen eines Wartegruppendesigns randomisiert entweder der Interventionsgruppe (IG, n=204) oder der Kontrollgruppe (KG, n=211) zugeteilt. Die IG wurde einen Monat nach Studieneinwilligung zur Rehabilitation aufgenommen, die KG erst nach 5 Monaten. Die AC (primärer Outcome) wurde mittels „Asthma Control Test (ACT)“ standardisiert gemessen, die asthmabezogene Lebensqualität (LQ), eine der sekundären Outcomes, mittels AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire).

Ergebnisse

s. Abb. 1a und b. Vom Studieneinschluss (T0) bis zum Ende der PR der IG (T2) verbesserten sich die AC [13,0(3,6) --> 21,1(3,7)] und die LQ [4,0(0,9) --> 5,6(1,0)] in der IG sowohl statistisch signifikant als auch klinisch relevant. Beide Verbesserungen waren insbesondere auch im „between-group-Vergleich“ mit der noch nicht rehabilitierten KG signifikant und klinisch relevant. Zwar verbesserten sich die Scores des ACT [13,1(3,8) --> 15,2(4,5)] und des AQLQ [3,9(0,9) --> 4,2(1,0)] auch in der KG in einem geringen Ausmaß, diese Veränderungen lagen aber im Mittel unterhalb der MCID (minimal clinically important difference), d.h. diese „Verbesserungen“ haben keine klinische Relevanz.

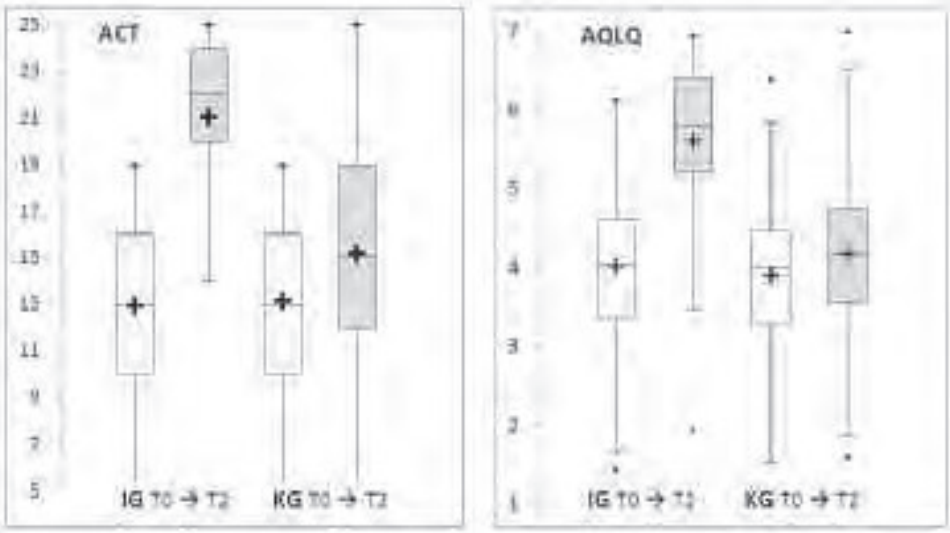

Abb. 1 a und b: Entwicklung der AC (IG ⊖ KG, jeweils n = 215) und der LQ vom Studieneinschluss (T0) bis zum Ende der Reha der IG (T2). ACT: Asthma Control Test (5☹ - 25☺). Werte ≥ 20 entsprechen einem kontrollierten Asthma. Die MCID (minimal clinically important difference) des ACT beträgt 3 Punkte. AQLQ = Asthma Quality of Life Questionnaire (1☹ - 7☺). MCID = 0,5. Verbesserungen ≥ 1,5 = starker Effekt. (Erste Auswertung der kompletten Rohdaten, noch keine Datenbereinigung, noch keine Imputation von missing data)

Fazit

Mittels des beschriebenen Wartegruppendesigns konnte somit erstmals auch unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen in Deutschland randomisiert und prospektiv die Kurzzeit-Effektivität einer 3-wöchigen stationären Rehabilitation im Vergleich mit einer (noch) nicht rehabilitierten Kontrollgruppe (usual care) belegt werden. Ein solches Wartegruppendesign erwies sich als durchführbar und wurde von den Rehabilitanden akzeptiert. Für die pneumologische Rehabilitation beim Asthma bronchiale konnte somit erstmals auf einem hohen Evidenzlevel belegt werden, dass eine 3-wöchigte stationäre Reha im Vergleich zu usual care zu einer statistisch signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung der Asthmakontrolle und der Lebensqualität führt.

Die Studie wurde nach positivem Votum des NRFB durch die DRV Bayern Süd finanziert.

Literatur

Schultz K, Seidl H, Jelusic D, Wagner R, Wittmann M, Faller H, Nowak D, Schuler M. Effectiveness of pulmonary rehabilitation for patients with asthma: study protocol of a randomized controlled trial (EPRA). BMC Pulm Med. 2017 Mar 9;17(1):49. doi: 10.1186/s12890-017-0389-3.

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2017. www.ginasthma.org.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma bronchiale, 2. Auflage 12/2009. www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma/pdf/nvl_asthma_lang.pd

Asthma-Selbstmanagement am Arbeitsplatz: Bedingungsfaktoren und Ansatzpunkte möglicher Interventionen – Eine qualitative Studie

Heinrichs, K. (1), Vu-Eickmann, P. (2), Hummel, S. (3), Gholami, J. (4), Loerbroks, A. (2)

(1) Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, (2) Universitätsklinikum Düsseldorf, (3) MEDIAN Klinik Heiligendamm, (4) Nordseeklinikum Borkum

Zielstellung

Asthma bronchiale kann Betroffene in ihrem alltäglichen Leben erheblich einschränken, mit einem effektiven Selbstmanagement aber gut kontrolliert werden (Kotses & Creer, 2010). Die Umsetzbarkeit dieses Selbstmanagements im Alltag – insbesondere im beruflichen – hängt von Kontextfaktoren ab (Mammen & Rhee, 2012). Die möglichen Bedingungsfaktoren erfolgreichen Asthma-Selbstmanagements am Arbeitsplatz sowie Ansatzpunkte möglicher Interventionen wurden in dieser Studie untersucht.

Methoden

Es wurden qualitative Einzelinterviews mit berufstätigen Personen mit Asthma geführt, die über zwei Rehabilitationskliniken rekrutiert wurden. Neben dem Interviewleitfaden diente ein Kurzfragebogen der Erfassung zusätzlicher Daten. Die verschriftlichten Gespräche wurden mithilfe der Analysesoftware MAXQDA und entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Die Auswertung der 27 geführten Interviews deutet an, dass vor allem psychosoziale Faktoren wie Unterstützung bzw. Konflikte am Arbeitsplatz und Handlungsspielräume das Selbstmanagement, z. B. die Auslöservermeidung oder den Umgang mit akuten Symptomen, beeinflussen. Die vorgeschlagenen Optimierungsmöglichkeiten bezogen sich schwerpunktmäßig auf Umgebungsfaktoren wie Frischluftzufuhr und Auslöservermeidung, schlossen aber den Wunsch nach mehr Rücksichtnahme und Unterstützung seitens der Kollegen und Vorgesetzten ein.

Fazit

Die Bedingungsfaktoren erfolgreichen Asthma-Selbstmanagements stellen sich sehr vielschichtig dar. Die vorgeschlagenen Optimierungsmöglichkeiten umfassen verhältnispräventive Maßnahmen genauso wie Unterstützungsangebote. Unsere Erkenntnisse können den Ausgangspunkt für quantitative Erhebungen und eine Überprüfung der beobachteten Zusammenhänge bilden mit dem möglichen langfristigen Ziel einer Interventionsentwicklung und -erprobung.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland.

Literatur

Kotses, H, & Creer, TL. (2010). Asthma self-management. In A. Harver & H. Kotses (Eds.), Asthma, health and society (pp. 117-139). New York: Springer.

Mammen, J., & Rhee, H. (2012). Adolescent asthma self-management: a concept analysis and operational definition. Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology. 25(4), 180-189.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.

Welche Patientengruppen nehmen eine Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen und somatoformen Störungen in Anspruch?

Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G.
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Zielstellung

Rehabilitationsmaßnahmen werden in den Leitlinien zur Behandlung von chronischen Rückenschmerzen und psychosomatischen Erkrankungen bereits in einem frühen Erkrankungsstadium empfohlen (Becker 2004, Schaefert 2014). Im Folgenden soll untersucht werden, bei welchen Patientengruppen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen tatsächlich erfolgt.

Methoden

Grundlage für die Analysen waren Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg. Für die Auswertungen stand ein anonymisierter Datensatz mit umfassenden Informationen zum rehabilitativen Versorgungsprozess sowie detaillierten Angaben zu Behandlungen im akutstationären und niedergelassenen Bereich für den Zeitraum von 2004 bis 2011 zur Verfügung.

Für die Auswertungen wurden zum einen 18- bis 63-jährige AOK-Versicherte ausgewählt, die zwischen 2005 und 2010 über mindestens drei Quartale aufgrund von Rückenschmerz (ICD-10: M42, M51, M53, M54) behandelt wurden. Ausschlusskriterien waren Operationen an der Wirbelsäule sowie schwerwiegende Erkrankungen (Krebserkrankungen, Schlaganfall etc.) und Versicherungslücken.

Zum anderen wurden sämtliche 18- bis 63-jährige AOK-Versicherte ausgewählt, die aufgrund von psychosomatischen Symptomen behandelt wurden und bei denen innerhalb eines Jahres eine somatoforme Störung (ICD-10 F45) diagnostiziert wurde. Ausschlusskriterien waren auch hier schwerwiegende Erkrankungen (Krebserkrankungen, Schlaganfall etc.) und Versicherungslücken.

Die Gruppeneinteilung in Rehabilitanden und Versicherte mit abgelehnten Anträgen erfolgte anhand der Bewilligung von Rehabilitationsanträgen. Versicherte, die keinen Rehabilitationsantrag stellten, jedoch häufig behandelt wurden und längere Zeit arbeitsunfähig waren, wurden als Unterinanspruchnehmer definiert.

Mittel logistischer Regression erfolgte ein Vergleich zwischen Rehabilitanden und Unterinanspruchnehmern, um Parameter zu identifizieren, die die Inanspruchnahme beeinflussen.

Ergebnisse

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen wurde indikationsübergreifend vom Alter der Patienten, der Staatsangehörigkeit, der Dauer der Erkrankung sowie der Anzahl der Behandlungen beim Hausarzt, der Anzahl psychotherapeutischer bzw. psychosomatischer Behandlungen beeinflusst.

Die Rehabilitation bei Rückenschmerzen wurde zudem von der Berufsgruppe, Komorbiditäten (Gelenkerkrankungen, Diabetes mellitus, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen) und der Anzahl der verordneten Heil- und Hilfsmittel, der Arbeitsunfähigkeitsdauer sowie den Kosten für Medikamente (schwache Opioide) im Quartal vor der Rehabilitation signifikant beeinflusst. Das Modell konnte die Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme von Reha zu 85,5% korrekt vorhersagen.

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei psychosomatischer Erkrankung wurde zusätzlich vom Geschlecht, der Versichertenart und Kosten für einschlägige Medikamente (z. B. Antidepressiva oder Schmerzmittel) im Quartal vor der Rehabilitation signifikant beeinflusst. Dieses Modell konnte die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zu 67,5% korrekt vorhersagen.

Mit einem steigenden Alter nahmen die Patienten seltener Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch. Deutsche Staatsangehörige nahmen häufiger Rehabilitationsmaßnahen in Anspruch. Mit der Dauer der Erkrankung stieg auch die Wahrscheinlichkeit, eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Entstanden in einem Quartal höheren Kosten für einschlägige Medikamente und fanden mehr Behandlungen im niedergelassenen Bereich (Hausarzt, Psychologe) statt, so sank die Wahrscheinlichkeit, im Folgequartal eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen.

Orthopädische Patienten, die in qualifizierten Tätigkeiten (z. B. kaufmännische oder Verwaltungsberufe oder Techniker) tätig waren, fanden häufiger den Weg in die Rehabilitation. Degenerative Gelenkerkrankungen und eine längere Arbeitsunfähigkeitsdauer führten zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Dagegen wirkten sich Diabetes mellitus und somatoforme Störungen hemmend auf die Inanspruchnahme von orthopädischen Rehabilitationsmaßnahmen aus. Fördernde Faktoren auf die Inanspruchnahme von orthopädischen Rehabilitationsmaßnahmen waren eine höhere Anzahl an Heil- und Hilfsmitteln im Quartal vor der Rehabilitation.

Männer nahmen seltener eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch als Frauen. Arbeitslosengeld-II-Bezieher, Krankengeldbezieher und sonstige Versicherungsarten (Rentner, Familienversicherte) nahmen häufiger eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch.

Fazit

Die Inanspruchnahme einer Rehabilitation wird sowohl von soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit) als auch von Komorbiditäten, Behandlungen sowie Medikamentenverordnungen beeinflusst. Mögliche Gründe für die geringere Rehabilitationsinanspruchnahme durch ausländische Patienten könnten u. a. Informationsdefizite oder Sprachbarrieren sein.

Rehabilitationsmaßnahmen wurden häufiger nach einer längeren Erkrankungsdauer in Anspruch genommen. Zum einen dauert es eine Weile, bis die Möglichkeiten im niedergelassenen Bereich ausgeschöpft werden. Zum anderen ist der Informationsstand bei niedergelassenen Ärzten, insbesondere bei Hausärzten hinsichtlich der Möglichkeiten einer Rehabilitation sehr unterschiedlich (Schubert 2012), so dass diese möglicherweise einen Rehabilitationsbedarf nicht erkennen oder die Maßnahme als letzte Möglichkeit zur Behandlung in Betracht ziehen.

Die sektorenübergreifende Analyse liefert wertvolle Hinweise, welche Patientengruppen den Weg in die Rehabilitation finden. Es scheint so, als würden Rehabilitationsmaßnahmen erst am Ende einer sehr langen Behandlungskaskade in Erwägung gezogen. Insofern könnten die hier identifizierten Einflussgrößen als Indikatoren für eine rechtzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen herangezogen werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg

Literatur

Becker, A., Chenot, J. F., Niebling, W., Kochen, M. M. (2004). Leitlinie „Kreuzschmerzen". Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 142(06), 716-719.

Schaefert, R., Henningsen, P., Häuser, W., Herrmann, M., Ronel, J., Matzat, J., Sattel, H., Hausteiner-Wiehle, C. (2014). Nichtspezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Psychotherapeut, 59(2), 155-174.

Schubert, M., Fiala, K., Grundke, S., Parthier, K., Behrens, J., Klement, A., Mau, W. (2012). Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten.

Kränkungs- und Ungerechtigkeitserleben als Problem in der psychosomatischen MBOR

Linden, M. (1), Noack, N. (1), Lieberei, B. (2)

(1) Charité Universitätsmedizin Berlin, (2) Psychosomatische Fachklinik Heinrich-Heine

Zielstellung

Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation klagen regelhaft über Belastungen durch Stress und negative Lebensereignisse. Von besonderer Bedeutung sind dabei soziale Belastungen, wie Konflikte am Arbeitsplatz, die auch unmittelbare Konsequenzen haben für die Arbeitsfähigkeit. In der klinischen Psychologie wie der Arbeitspsychologie gibt es eine zunehmende Forschung zum Thema der Kränkungserlebnisse durch Ungerechtigkeit, mangelnde Fairness, Diskriminierung, Herabwürdigung, Demütigung, Beleidigung oder Bloßstellung. Der Begriff „Kränkung" beschreibt dabei sowohl eine Handlung wie auch das subjektive Erleben. Kränkungserleben führt zu Gefühlen der Unterlegenheit, zur Beeinträhtigung des Selbstbewußtseins, zu Schamgefühlen, Herabgestimmtheit und vor allem zu Angst vor der Kränkungssituation, was unmitttelbar zur Vermeidung des Arbeitplatzes führen

kann. Mit Blick auf die medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) spielt die Erkennung und in der Folge dann auch die gezielte Behandlung dieser Belastungskonstellation daher eine große Rolle. Obwohl das Thema der interaktionellen und organisatorischen Ungerechtigkeit am Arbeitsplatz in der Arbeitspsychologie seit langem ein intensiv bearbeitetes Thema ist, hat es bislang in der medizinischen Rehabilitation kaum Beachtung gefunden.

Auf diesem Hintergrund wurde eine Erhebung durchgeführt, um erste Daten zur Häufigkeit und Relevanz von Kränkung und Ungerechtigkeitserleben bei psychosomatischen Rehabilitanden zu bekommen.

Methoden

In einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden 200 Patienten im Rahmen der routinemäßigen Eingangsuntersuchung gefragt: In den vergangenen Jahren hatte ich ein einschneidendes Lebensereignis zu verkraften, das (1) mich äußerst gekränkt oder verbittert hat und das (2) aus meiner Sicht äußerst ungerecht oder nicht fair war. Die Antwortmöglichkeiten waren: trifft nicht zu; trifft kaum zu; trifft teilweise zu; trifft zu oder trifft voll zu.

Die Patienten füllten desweiteren die PTED-Selbstbeurteilungsskala aus, die die Reaktion auf Kränkungserlebnisse erfasst, sowie die DLB-Skala, die subjective Belastungen in einem breiten Spektrum von Lebensbereichen mißt.

Die Patienten waren im Durchschnitt 50 Jahre alt (SD= 9.52), 71.8% waren Frauen, 38.6% hatten das Abitur, 58.3% waren verheiratet. Die vorrangigen Aufnahmediagnosen waren mit 64.9% affektive Störungen (F30-F39) and mit 28.7% Angst- und somatoforme Störungen (F40-F49:).

Ergebnisse

Wenn nur die Antworten “trifft zu” oder “trifft voll zu” berücksichtigt werden, dann bejahten 66.5% der Patienten, dass sie ein kränkendes Erlebnis hatten und 58.5%, dass sie dieses als ungerecht und unfair erlebt haben, bzw. 51.5% der Patienten beantworteten beide Items explizit mit ja.

Die Patienten, die von kränkenden Ungerechtigkeitserlebnissen berichteten, klagten signifikant häufiger über Probleme am Arbeitsplatz. Sie fühlten sich signifikant psychisch wie körperlich schlechter, mußten ständig über das Vorgefallene grübeln und klagten über Intrusionen. Vor allem gaben sie signifikant häufiger an, sich seitdem von sozialen Kontakten zurückgezogen zu haben und in ihren familiären und auch beruflichen Aktivitäten eingeschränkt zu sein und die kritische Situation nach Möglichkeit zu vermeiden.

Fazit

Das Erleben von Ungerechtigkeit, Diskriminierung, Kränkung, Demütigung, Beschämung oder Herabwürdigung scheint bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation, die ja wegen Problemen mit der Erwerbsfähgkeit und damit auch wegen arbeitsplatzbezogener Probleme in die psychosomatische Rehabilitation eingewiesen werden, bei jedem zweiten Patienten von Relevanz zu sein. Diese Patienten sind wesentlich in ihren Befinden beeinträchtigt, aber auch in der Gefahr, eine Rückkehr an den Arbeitsplatz phobisch zu vermeiden.

Da die Erlebnisse von Herabwürdigung immer auch mit Scham assoziiert sind, berichten die Patienten oft nicht spontan darüber, so dass in der medizinisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation dieses Thema von den Therapeuten diagnostisch und therapeutisch proaktiv angesprochen werden muß.

Literatur

Muschalla, B., Linden, M. (2014). Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie. Ein sozialmedizinisch relevantes Sonderproblem bei psychischen Erkrankungen. Psychotherapeutenjournal, 13, 315-316.

Muschalla, B., Fay, D., Linden, M. (2016). Self-reported workplace perception as indicators of work anxieties. Occupational Medicine, 66, 168-170.

Blended-Care: Wirksamkeit einer Online Selbsthilfe als add-on zur Behandlung depressiver Patienten in der stationären Psychotherapie

Siepmann, M.(1); Becker, J. (2), Hagen, K. (1), Knickenberg, R. (1), Zwerenz, R. (2), Beutel, M. E. (2)

(1) Psychosomatische Klinik Campus Bad Neustadt,
(2) Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Zielstellung

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten, oft chronisch verlaufenden psychischen Störungen. Nach wirksamen stationären Behandlungen kommt es oftmals nicht zu einer vollständigen Rückbildung der Symptomatik oder zu Rückfällen, wenn eine Anschlussbehandlung nicht verfügbar ist. Online-Selbsthilfeprogramme haben sich v.a. bei leichteren Depressionen als wirksam erwiesen. Bislang gibt es noch keine Befunde dazu, welche zusätzlichen Effekte eine Online Selbsthilfe in Kombination mit einer stationären Psychotherapie bei schweren und komplexen Depressionen bringt.

Methoden

Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie wurden N = 229 Patienten mit einer Depressionsdiagnose und einem Wert > 13 im BDI-II zu Beginn der stationären Psychotherapie nach Zustimmung zur Studienteilnahme zufällig einer von zwei Gruppen zugewiesen: Patienten der Interventionsgruppe (IG) konnten parallel zur stationären Psychotherapie mit dem Online-Selbsthilfeprogramm deprexis®24 beginnen und dieses auch über das Behandlungsende hinaus insgesamt 12 Wochen nutzen. Analog erhielten Patienten der Kontrollgruppe (KG) zusätzlich zur stationären Therapie 12 Wochen lang Zugang zu einer Online-Plattform mit relevanten Informationen zum Thema Depression (öffentlich zugängliche Informationen, wie z. B. Patientenleitlinien). Mit standardisierten Fragebögen wurden zu Beginn sowie am Ende der stationären Behandlung die Hauptzielgröße (BDI-II) als auch Nebenzielkriterien wie Depressivität (PHQ-9), generalisierte Angst (GAD-7), Selbstwerterleben (RSE), Lebensqualität (Eurohis-QoI) und dysfunktionale Kognitionen (DAS) erfasst.

Ergebnisse

Teilnehmer der IG hatten zum Ende der Behandlung statistisch signifikant niedrigere Depressionswerte als Teilnehmer der KG mit moderatem Effekt im Zwischengruppenvergleich zum Behandlungsende bei Kontrolle der Ausgangswerte als Kovariate (d = 0.47). Weitere signifikante Gruppenunterschiede konnten in den Merkmalen Ängstlichkeit (d = 0.33), Lebensqualität (d = 0.34), Selbstwerterleben (d = 0.38), nicht aber in den dysfunktionalen Kognitionen (d = 0.14) beobachtet werden.

Fazit

Die zusätzliche Teilnahme am Online Selbsthilfeprogramm deprexis®24 hat die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie zur Behandlung von depressiven Patienten bedeutsam erhöht. Diskutiert wird das Zusammenspiel von stationärer Psychotherapie und einer Onlineselbsthilfe.ehabilitation bei psychischen Störungen

Beruflich orientierte Interventionen in der Psychotherapie

Linden, M.

Charité Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Die medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation in somatischen und insbesondere psychosomatischen Rehabilitationskliniken bedarf nach Beendigung des staionären Rehamaßnahme eines Transfers und einer Verstetigung in der ambulanten Nachbetreuung. Hierbei kommt niedergelassenen Psychotherapeuten eine wichtige Rolle zu (Muschalla 2014). Nach einschlägigen Daten aus psychosomatischen Rehakliniken waren etwa 45% der Patienten vor der stationären Aufnahme bereits in einer Psychotherapie, 8% kamen auf Anregung eines Psychotherapeuten und bei 68% wurde nach der Reha eine Psychotherapie als Nachsorgemaßnahme empfohlen. Nach Befunden von Nübling et al. (2015) besteht bei 75% psychosomatischer Patienten und in den somatischen Indikationen bei 6% bis 10% die Indikation für eine Psychotherapie im Anschluss an den Aufenthalt. Bei 51% der Patienten in der Psychosomatik und 11% bis 14% in den somatischen Indikationen wird dann im Jahr danach auch eine Psychotherapie durchgeführt.

Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Rolle beruflich orientierte Maßnahmen in der Routine der Richtlinienpsychotherapie spielen.

Methoden

Es wurden 134 Fallberichte von Patienten im arbeitsfähigen Alter ausgewertet, die Anträgen auf Verhaltenstherapie nach den Psychotherapierichtlinien beilagen. Darin wird ausführlich auf etwa fünf Din-A-4-Seiten Stellung dazu genommen, was das Therapieproblem ist und was an Behandlung mit welchen Zielen geplant ist. Die Patienten waren zu 36,6% bis zu 35 Jahre alt, zu 40,2% 36 bis 49 und zu 23,2% 50 bis 63 Jahre. 75,4% waren Frauen, 25,4% hatten eine Hochschulausbildung. Unter Berücksichtigung von Erst- und Zweitdiagnosen litten 70% unter affektiven Störungen, 41% unter Angststörungen, 29% unter Persönlichkeitsstörungen,

25% unter reaktiven Störungen, jeweils 8% unter somatoformen Störungen und Eßstörungen, 5% unter Abhängigkeitserkrankungen und 4% unter hirnorganischen Störungen.

Ergebnisse

Bezogen auf alle Patienten ging die Initiative zur Richtlinienpsychotherapie in 7% von einer Rehaklinik und in 1,5% vom Betriebsarzt/Arbeitgeber aus. In 10% war es eine Akutklinik, in 7% ein Facharzt, in 10% ein Hausarzt. In 31% kamen die Patienten auf eigene Initiative und in 29% wurden dazu keine näheren Angaben gemacht.

13% der Patienten waren arbeitsunfähig, 15% arbeitslos, 7,5% in Frührente.

In 26,8% wurde als primärer Behandlungsanlass ein Arbeitsplatzproblem genannt. Unabhängig davon wurde in 17% über soziale Konflikte am Arbeitsplatz berichtet, in 18% über Überlastung am Arbeitsplatz, in 2% über einen unsicheren Arbeitsplatz und in 1,5 über eine arbeitsplatzbezogene PTSD.

In 10,4% wurden arbeitsbezogene Probleme als eines der Behandlungsziele genannt. In 7,4% wurden auch konkret anzustrebende arbeitsplatzbezogene Lösungen erwähnt, d.h. in 3,7% Schonung und Abstand von der Arbeit, in 1,5% Änderung des Arbeitsplatzes, in 1,5 Verhaltensänderungen am Arbeitsplatz und in 0,7% eine Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Fazit

Richtlinienpsychotherapie ist eine bedeutende Säule in der Behandlung von Patienten, die berufliche Probleme haben. Niedergelassene Psychotherapeuten sind wichtige Kooperationspartner von Reha-Kliniken. Ein relevanter Teil der Patienten in Richtlinienpsychotherapie sind MBOR-Fälle, d.h. sie haben Arbeitsplatzprobleme und damit eine gefährdete Erwerbsprognose. In etwa einem Drittel der Anträge auf Kostenübernahme wird dies in der Fallbeschreibung als Thema benannt. Explizite arbeitsbezogene Therapieziele und Interventionen sind jedoch deutlich seltener (Linden 2017). Die Psychotherapeuten scheinen eher auf der Funktions-/Symptom-Ebene und weniger auf der Ebene der Fähigkeiten zu arbeiten, obwohl eine nach ICF-Kriterien erweiterte Fallsicht sich gerade in der Psychotherapie anbietet (Muschalla 2014, Linden et al., 2014). Es scheint angezeigt, dass teilhabeorientierte Behandlungskonzepte mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird in der psychotherapeutischen Forschung, Praxis und insbesondere auch Ausbildung.

Literatur

Linden M, Baron S, Muschalla B, Ostholt-Corsten M (2014): Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie, und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Huber, Bern.

Muschalla B (2014): Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. Verhaltenstherapie, 24, 48-55

Nübling R et al (2015). Psychische Beeinträchtigung und Empfehlung sowie Inanspruchnahme von Psychotherapie nach medizinischer Rehabilitation – weitere Ergebnisse der „Reha-QM-Outcome-Studie“. DRV-Schriften, 107, 315-318.

Linden M (2015): Teilhabe am Arbeitsleben in der Richtlinienverhaltenstherapie. Ergebnisse einer Auswertung von Therapieantragsberichten. Psychotherapeut 7, 62: 371-375.

RPK als Prototyp der Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen: Aktuelle Bundesdaten für psychisch erkrankte Menschen

Kauffeldt, S. (1), Wirtz, G. (2)

(1) RPK am Hesselkamp; (2) SRH RPK Karlsbad GmbH

Zielstellung

Die Erbringung von Rehabilitationsleistungen für den Indikationsbereich der schweren psychiatrischen Erkrankungsbilder (Psychosen, schwere Depression, Persönlichkeitsstörungen) ist nach wie vor eine große Herausforderung. Gleichzeitig existiert schon seit nunmehr fast 30 Jahren das Konzept der RPK-Maßnahme, die in einer einzigartigen Form medizinische und berufliche Rehabilitationsziele miteinander vereint und nahtlos durchführbar ist. Erste empirische Ergebnisse aus dem Jahr 2010 wurden berichtet (Stengler et al., 2015). Nun ist es an der Zeit, einen Blick auf die aktuellen Daten zu werfen und evtl. Trends und Erkenntnisse abzuleiten. Gibt es den „typischen" RPK-Teilnehmer? Ist RPK nur für junge Psychose-Betroffene geeignet? Was macht eine erfolgreiche RPK-Maßnahme aus? Wie stabil ist die Ergebnisqualität zu bewerten?

Methoden

Grundlage der Daten ist die jährlich bundesweite erhobene Basisdokumentation (Zeitraum 2015 und 2016: N = 2800) mit Hilfe eines Fragebogens, der durchführungsobjektiv über ein Manual geleitet soziodemographische, klinische, sowie zu drei Zeitpunkten (Aufnahme-, Entlassungszeitpunkt, sowie 12 Monate-Katamnese) Verlaufsdaten erhebt. Die Auswertung erfolgt Excel-/SPSS-basiert und ergibt aggregierte Summendaten jeder Einzeleinrichtung.

Ergebnisse

Mit der Finanzierung von knapp zwei Dritteln aller Maßnahmen ist die Deutsche Rentenversicherung einer der zentralen Leistungsträger im RPK-Segment. Zudem lässt sich festhalten, dass die Teilnehmenden einer RPK-Maßnahme in der Regel von einer schweren psychischen Erkrankung mit weitreichenden Konsequenzen und einem erhöhten Beeinträchtigungsrisiko betroffen sind. Dies verdeutlicht nicht zuletzt die Maßnahmedauer von über 200 Tagen je Reha-Phase. Der Diagnose-Pool setzt sich aus den Segmenten F2, F3, F4 und F6 zusammen. Zu Beginn der Maßnahme stehen gut 50% der Teilnehmende dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. Weitere 29% sind noch offiziell Arbeit suchend, obwohl häufig Langzeit-AU vorliegt. Zum Ende der RPK-Maßnahme sind 36% auf dem Arbeitsmarkt integriert oder in Schule, Studium. Bezogen auf die Teilnehmenden, die aus einer LTA-Maßnahme kommen, trifft dies sogar auf zwei Drittel (67%) zu. Für 12% der Teilnehmer einer med. Phase geht es auf den beschützenden Arbeitsmarkt. Weitere 14% der Gesamtgruppe sind arbeitsuchend.

Die Ergebnisse der Katamnese ein Jahr nach Entlassung verdeutlichen, dass zwei Drittel der Teilnehmenden, die eine RPK-Maßnahme mit LTA beendet haben, ihren Job noch innehaben. Bei der überwiegenden Mehrzahl resultierte dieser Job aus einem vorhergehenden Praktikum, das noch zu RPK-Zeiten initiiert wurde. Dies verdeutlicht die wichtige Funktion der beruflichen Reha-Phase in Bezug auf das längerfristige Fußfassen auf dem Arbeitsmarkt. Bei Teilnehmenden, die nach der medizinischen Phase die Maßnahme beendeten, fällt der noch

arbeitende Anteil mit lediglich einem Drittel deutlich niedriger aus. Ebenfalls auffällig ist der hohe Anteil der EM-Rentenempfänger nach dem alleinigen Durchlaufen einer medizinischen Maßnahme. In der Gesamtschau wird deutlich, dass der Effekt einer RPK-Maßnahme nicht nur kurzfristig anhält, sondern auch ein Jahr nach der Entlassung deutlich abbildbar ist.

Fazit

Das RPK-Konzept stellt ein wichtiges Angebot für eine Teilgruppe der DRV-Versicherten dar. Zugeschnitten auf die Bedürfnisse von Betroffenen, die schon längerfristig durch eine schwere psychiatrische Störung aus dem Tätigkeitsalltag verdrängt wurden, schafft die auf längere Zeiträume ausgelegte Maßnahme den notwendigen Rahmen, sich unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren die essentiellen Teilhaberessourcen „zurückzuerobern" und in die Arbeitswelt zurückzukehren. RPK steht für Realitätsnähe, Praxisbezug durch regionale Vernetzung und individuelle Klärung. Insbesondere der LTA-Phase mit dem Langzeitpraktikum kommt für die schlussendliche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die größte Bedeutung zu.

Literatur

Stengler, K.; Kauffeldt, S.; Theißing, A.; Bräuning-Edelmann, M. & Becker, T. (2015). Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland. Nervenarzt (86, S. 603-608)

Evaluation der Psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse der Hersfelder Katamnesestudie

Peters, M., Schulz, H., Lindner, J.
Klinik am Hainberg

Zielstellung

Zwar liegen zahlreiche Befunde zur Effektivität der Psychosomatischen Rehabilitation vor (Steffanowski 2007), dennoch stellt sich aufgrund der dynamischen Entwicklung dieses Versorgungsfeldes immer wieder neu die Aufgabe, die Behandlungsergebnisse zu überprüfen, und zwar nicht nur am Ende der Behandlung, sondern auch insbesondere zur Katamnese. Eine zunehmend relevantere Behandlungsgruppe stellen dabei ältere Rehabilitanden dar. Eine besondere Herausforderung ist zudem durch die Gründung zahlreicher akutpsychosomatischer Abteilungen entstanden. In der Hersfelder Katamnesestudie wurden die Behandlungsergebnisse an einer sehr großen Stichprobe, die in einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik erhoben wurde, überprüft und mit den Ergebnissen einer Stichprobe verglichen, die in einer akutpsychosomatischen Klinik erhoben wurde.

Methoden

Methodik: Erhoben wurde eine konsekutive Ausgangsstichprobe von insgesamt 1050 Patienten, wovon 800 Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitationsklinik und 250 Patienten in einer akutpsychosomatischen Klinik befragt wurden (beide Kliniken sind im gleichen Haus untergebracht). Neben soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten wurde der

HEALTH-49 als Erhebungsinstrument eingesetzt (Rabung et al. 2007). Die Datenerhebung erfolgte bei Aufnahme, bei Entlassung und in einer 6-Monats-Katamnese. Ergänzend wurden für die Symptombelastung Auswertungen nach Altersquartilen (Rehabilitationsklinik) bzw. Altersterzilen (Akutklinik) durchgeführt, wobei die Gruppe 58 Jahre und älter in beiden Angebotsformen im Fokus stand. Die primäre inferenzstatistische Auswertung erfolgte mittels zweifaktorieller multivariater Varianzanalyse mit Messwiederholung und geplanten Kontrasten der Werte zur Entlassung und zur Katamnese jeweils im Vergleich zu denen zur Aufnahme. Als Effektstärken wurde das partielle eta2 sowie Cohen's d berechnet.

Ergebnisse

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale fanden sich zwischen beiden Kliniktypen kaum Unterschiede, in den Diagnosen standen Depressionen in der Akutklinik (81% Erstdiagnose) sehr viel deutlicher im Vordergrund als in der Rehabilitationsklinik (33% Erstdiagnose). Die in der Akutklinik behandelten Patienten sind geringfügig höher symptomatisch belastet, das psychische Wohlbefinden und die Selbstwirksamkeit sind etwas stärker eingeschränkt. Im Hinblick auf die Veränderungen zur Baseline wurden für den Entlassungszeitpunkt durchwegs Mittelwertsunterschiede mit mittlerer bis großer Effektstärke gefunden; der höchste Unterschied fand sich in der Skala psychisches Wohlbefinden sowie Aktivitäten und Partizipation in der Rehabilitationsklinik, in der Akutklinik fielen die Mittelwertsunterschiede etwas niedriger aus. Zum Katamnesezeitpunkt liegen in den Skalen des HEALTH-49 ebenfalls mittlere (Symptombelastung, interaktionelle Probleme) bis hohe Effektstärken (Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation) im Vergleich zur Aufnahme vor. Auch in den katamnestischen Effektstärken unterscheiden sich beide Kliniken nur wenig, es finden sich in allen Skalen dabei etwas höhere Effektstärken in der Rehabilitationsstichprobe.

Die ergänzende Auswertung nach Altersgruppen hinsichtlich der Symptombelastung ergibt sowohl zur Entlassung als auch zur Katamnese in beiden Kliniken keine statistisch signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe.

Fazit

Die Erwartung, dass Patienten einer akutpsychosomatischen Abteilung symptomatisch stärker belastet, fand nur eine leichte Bestätigung. Vorläufig lässt sich schließen, dass die Unterschiede geringer ausgeprägt sind als vermutet. Dennoch ist nicht ausgeschlossen, dass sich in anderen Variablen (z. B. Strukturniveau) solche Unterschiede finden lassen. Besonders erfreulich sind die mittleren bzw. sogar hohen Effektstärken in zentralen Outcomebereichen zur Katamnese. Die sehr hohen Effektstärken in der Skala Psychisches Wohlbefinden, in der neben direkten Behandlungseffekten auch ein Milieueffekt sich wiederspiegelt, könnten die konzeptuelle Ausrichtung der Klinik bestätigen, welche der aktiven Milieugestaltung besondere Aufmerksamkeit schenkt. Unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten wird damit die Bedeutung untermauert, eine Station als 'sicheren Ort' zu konzipieren, um damit eine Basis für nachhaltige psychotherapeutische Veränderungen zu schaffen.

Literatur

Rabung S, Harfst T, Kawski S, Koch U, Wittchen HU (2009). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis. Z Psychosom Med Psychother. 55(2):162-79.

Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, Wittmann WM, Nübling R (2007). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Bern (Huber).

Prävalenz des Erwachsenen-ADHS bei alkoholabhängigen Patienten in stationärer Entwöhnung

Weber, T. (1), Luderer, M. (2), Sick, C. (1), Kaplan-Wickel, N. (1), Richter, A. (1), Reinhard, I. (2), Kiefer, F. (2)

(1) MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, (2) Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Zielstellung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter ist eine häufige, aber unterdiagnostizierte Störung bei alkoholabhängigen Patienten (Huntley et al. 2012). Ein unbehandeltes ADHS erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeitserkrankung (Wilens & Morrison 2011). Zudem beeinträchtigt ein ADHS den Behandlungserfolg bei Abhängigkeitserkrankungen und führt zu vermehrten Therapieabbrüchen (Arias et al. 2008, Wilens & Morrison 2011). Während die ADHS im Erwachsenenalter 2,5% der Allgemeinbevölkerung betrifft (Simon et al. 2009), ist sie weitaus häufiger bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit, wobei die Prävalenzraten aus bisherigen Studien uneinheitlich sind und zwischen 7.5-21.3% schwanken (Daigre et al. 2015, Johann et al. 2003, van de Glind et al. 2014).

Jedoch gibt es bis heute keine Prävalenzuntersuchungen bei Alkoholabhängigen in der Entwöhnungsbehandlung. Eine Bestätigung der hohen Prävalenzraten bei alkoholabhängigen Patienten ohne vordiagnostizierte Erwachsenen-ADHS, würde die Entwicklung einer standardisierten ADHS-Diagnostik und spezifischen Behandlung dieser Komorbidität durch Entwöhnungseinrichtungen erfordern.

Ziel der Studie war die Erwachsenen-ADHS-Prävalenz bei abstinenten, alkoholabhängigen Patienten in der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim während einer stationären Entwöhnungsbehandlung (8-16 Wochen) zu ermitteln.

Methoden

Bei allen Studienpatienten wurde nach einer Aufenthaltsdauer von 4 Wochen ein strukturiertes, klinisches Interview zur Diagnostik einer Kindheits- und Erwachsenen-ADHS anhand der DSM-IV-Kriterien durchgeführt (DIVA2.0). Um sicherzustellen, dass eine Diagnosestellung durch DIVA nicht zu einer Über-Diagnose der ADHS führte, musste die Verdachtsdiagnose durch zwei unabhängige Psychiater bestätigt werden. Um sicherzustellen, dass eine Diagnosestellung durch DIVA nicht zu einer Unter-Diagnose der ADHS führt, wurde der diagnostische Schwellenwert für eine weitere ADHS-Abklärung unterhalb der DSM-IV und DSM-5 Kriterien gelegt, sodass alle DIVA-Resultate mit ≥4 Symptomen in mindestens einem Bereich im Erwachsenenalter oder mit ≥5 Symptomen in mindestens einem Bereich während der Kindheit weiter abgeklärt wurde. Somit waren persistierende ADHS-Symptome seit der Kindheit keine Voraussetzung für eine weitere Abklärung. Falls keine einheitliche Diagnose durch

die beiden Psychiater gestellt wurde, wurde die ADHS-Diagnose abgelehnt. Nur Studienteilnehmer, die den gesamten Prüfplan durchlaufen hatten, wurden in die Analyse miteinbezogen (per protocol Analyse). Der Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Mannheim (2015-633N-MA) und die DRV zugestimmt.

Ergebnisse

Der Studieneinschluss fand von 02-11/16 statt. 488 von 624 neu aufgenommen alkoholabhängigen Patienten willigten in die Studie ein (78.2%). 36 wurden aus der Studie ausgeschlossen, da der DIVA nicht durchgeführt werden konnte, sodass bei 452 Patienten ein DIVA erfolgte. 37 Patienten mit verdächtigen DIVA-Ergebnissen wurden nicht wie vorgesehen durch einen der beiden Psychiater untersucht. Somit durchliefen 415 der 488 Patienten (85%) den vollständigen Prüfplan und kamen in die Auswertung. 85 Patienten (20.5%) wiesen eine ADHS-Diagnose auf. Nur bei 5 Patienten (5.9%) war diese aus Vordiagnosen bekannt.

Rückfälle waren selten, traten jedoch signifikant häufiger bei ADHS-Patienten auf (10.6 % vs. 4.4 %; p=0.036). Patienten mit ADHS waren signifikant jünger bei Aufnahme (41.4 vs. 49.3 Jahre; p<0.001) bei gleicher Dauer der Alkoholabhängigkeit (13.1 vs. 13.5 Jahre; p=0.681). ADHS-Patienten wiesen zudem eine signifikant schwerere Alkoholabhängigkeit anhand der Alcohol dependence scale (ADS) und des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) auf (ADS: 18.6 vs. 12.7; p<0.001, AUDIT: 28.5 vs. 25.0; p< 0.001). ADHS-Patienten begannen früher mit dem Tabakkonsum (16.2 vs. 18.1 years, p=0.010) und wiesen häufiger einer Tabakabhängigkeit auf (80.0 % vs. 69.3 %, p=0.052). Zudem beschrieben sie signifikant häufiger eine komorbide Konsumstörung von illegalen Substanzen (32.9 % vs. 11.6 %; p<0.001) und eine höhere Rate eines intravenösen Drogenkonsums in der Vergangenheit (7.1% vs. 1.6%, p=0.014).

Fazit

Trotz des konservativen Studiendesigns mit insgesamt drei geforderten diagnostischen Interviews zur ADHS-Diagnosestellung, die über einen Zeitraum von mehreren Wochen durchgeführt wurden, zeigten sich in dieser Studie eine hohe Erwachsenen-ADHS-Prävalenzrate von 20,5% bei abstinenten, alkoholabhängigen Patienten in einer stationären Entwöhnungseinrichtung. Diese Patienten waren in allen untersuchten Parametern stärker beeinträchtigt als die Vergleichsgruppe. Nur bei 6% dieser Patienten war ein ADHS vorbekannt.

Dies sollte dazu führen, dass eine standardisierte ADHS-Diagnostik bei allen in die stationäre Entwöhnung aufgenommenen alkoholabhängigen Patienten implementiert wird und dass schon während des Aufenthaltes eine kombinierte Behandlung aus Pharmako- und Psychotherapie erfolgt, um den Behandlungserfolg beider komorbiden Störungen zu verbessern.

Literatur

Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, et al. (2008): Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. Addictive behaviors, 33 (9): 1199-207.

Daigre C, Roncero C, Rodriguez-Cintas L, Ortega L, Lligona A, Fuentes S, et al. (2015): Adult ADHD screening in alcohol-dependent patients using the Wender-Utah Rating Scale and the adult ADHD Self-Report Scale. Journal of attention disorders, 19 (4): 328-34.

Huntley, Z., Maltezos, S., Williams, C., Morinan, A., Hammon, A., Ball, D. et al. (2012): Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units. BMC Psychiatr, 12: 223.

Johann M, Bobbe G, Putzhammer A, Wodarz N. (2003): Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor). Alcohol Clin Exp Res, 27 (10): 1527-34.

Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2009;194(3):204-11.

van de Glind G, Konstenius M, Koeter MW, van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier PJ, Kaye S, et al. (2014): Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. Drug and alcohol dependence, 134: 158-66.

Wilens, T. E., Morrison, N. R. (2011): The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Current opinion in psychiatry, 24 (4): 280-5.

Intersession-Prozesse bei Psychotherapie in stationärer psychiatrischer Rehabilitation und Zusammenhänge mit der Therapiezielerreichung

Jansche, A. (1), Senft, B. (2),Spiel, G. (3)

(1) Reha-Klinik für seelische Gesundheit, (2) statistix, Methodische Beratung und Evaluation, Klagenfurt (3) pro mente: kinder jugend familie, Klagenfurt

Zielstellung

Medizinisch-psychiatrische Rehabilitation hat in Österreich eine vergleichsweise junge Geschichte und Ergebnisse liegen bisher primär zu Symptomreduktion und Lebensqualität vor. Innerhalb der Reha-Behandlung stellt Psychotherapie einen erheblichen Anteil der Interventionen im 6-wöchtigen Setting dar, je Patient sind sechs Einzelgespräche und 17 Gruppensitzungen vorgesehen.

Bei Intersession-Prozessen (ISP) geht es um Gedanken, Erinnerungen, Gefühle und Phantasien zwischen den Sitzungen zur Therapiesitzung selbst und zum Therapeuten (Hartmann et al., 2011). Das sind wichtige Indikatoren für das Übertragen und Nutzen der therapeutischen Erfahrung im täglichen Leben. Hartmnann et al 2011 fanden Zusammenhänge zwischen positiven Emotionen und der therapeutischen Allianz, ähnlich wie Owen et al. (2011), die auch mit der Arbeit an Therapiezielen Zusammenhänge fanden. Pomnitz et al. (2016) fanden bei stationären Gruppentherapien in Reha-Kliniken signifikant stärkere Intersession-Prozesse als in psychosomatischen oder psychiatrischen und höhere Ausprägungen beim Wiederaufleben-lassen und bei negativen Emotionen bei Frauen.

Ziel der Untersuchung war die Beschreibung der Intersession-Prozesse an einer psychiatrischen stationären Reha-Stichrobe in Österreich mit Analyse nach soziodemographischen Daten. Weiters sollte der Zusammenhang zwischen den Intersession-Prozessen und der individuellen Erfolgseinschätzung und Zielerreichung geprüft werden.

Methoden

Die ISP wurden mit dem Intersession-Fragebogen (ISF) (Hartmann et al., 2003) erhoben. Der Fragebogen besteht aus 47 Items in fünf Bereichen und acht Skalen und ist auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten. Bereich A: Intensität, Bereich B: Situativer Kontext (affektiv geladene Komponente, Vor-/unterbewusste Verarbeitung des ISP), Bereich C: Wiederauflebenlassen der Therapie, Anwenden der Therapie, Beziehungsphantasien, Bereich D: Emotionaler Gehalt (positive Emotionen, negative Emotionen), Bereich E: Sozialer Austausch über die Therapie. Eine Bezugstherapeutin (VT) hat in Therapiewoche 2 den ISF zur Einschätzung der Intersession-Prozesse nach dem Einzelgespräch vorgelegt. Die Zielerreichung wurde am Ende der Behandlung im Rahmen der standardisierten Evaluation erfragt. 117 Patienten (63% weiblich) mit einem Durchschnittsalter von 46,9 Jahren (SD=9,5) wurden eingeschlossen (51% affektive Störungen F3, 43% Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, 6% sonstige Diagnosen). 34% waren berufstätig, 33% arbeitslos und 23% sonstige (pensioniert, Reha-Geld)

Ergebnisse

Die Ausprägungen der Reha-Klientel in Klagenfurt waren beinahe ident mit jenen der Reha-Patienten von Pomnitz et al. (2016) an einer deutschen Stichprobe. Es zeigten sich keinerlei Unterschiede in den ISP nach Geschlecht oder Diagnosegruppen und keine nennenswerten Zusammenhänge mit dem Alter.

In den 24 Stunden nach dem letzten Einzelgespräch haben 40% bis zu einer halben Stunde, 34% bis zu einer Stunde und 26% länger über die Therapie oder die Therapeutin nachgedacht. 60% haben oft darüber nachgedacht, wie sie mit einem Problem fertig werden können. 44% haben manchmal und 21% oft oder sehr oft über die Beziehung zur Therapeutin nachgedacht. Beim Gedanken an das letzte Einzelgespräch waren 59% oft oder sehr oft zuversichtlich und 54% erleichtert. ⅓ war oft oder sehr oft traurig und 9% verletzt.

Mit stärkeren positiven Emotionen ging eine bessere Therapiezielerreichung einher, mit stärkeren negativen Emotionen eine geringere Zielerreichung. Auch höhere Werte in den Skalen Inhalte, Beziehungsphantasien sowie vor-/unterbewusste Verarbeitung gehen mit einer geringeren, selbst eingeschätzten Zielerreichung einher. Auch die Beurteilung des gesamten Behandlungserfolgs korreliert in der gleichen Richtung mit den positiven und negativen Emotionen. Der eigene Anteil am Reha-Erfolg wird kritischer bewertet, wenn die Skalen Inhalte, Wiederauflebenlassen, Beziehungsphantasien und negative Emotionen höher ausgeprägt sind. Die Zusammenhänge waren überwiegend schwach ausgeprägt aber von der Tendenz her einheitlich.

Fazit

Wie von Hartmann et al. (2011) postuliert, bewährt sich die Erfassung von Intersession-Prozessen im Sinne eines Monitorings des Verlaufs der Therapie und der therapeutischen Allianz. Während positive Emotionen die Wahrscheinlichkeit für die Zielerreichung erhöhen stellen negative Emotionen ein Risiko für eine Verschlechterung dar.

Auch wenn die Settings in Österreich und Deutschland nicht direkt vergleichbar sind, zeigten sich doch ähnliche Ausprägungen. Die Spezifika des stationären Settings mit den kurzen

Intervallen zwischen den Sitzungen und der höheren Therapiedichte (auch anderer Behandlungsformen im Gruppen- und Einzelsetting) können dabei neue Aspekte des therapeutischen Prozesses ans Tageslicht bringen. Diese Studie soll weitere Anregungen für die Psychotherapieforschung im Bereich der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation liefern.

Literatur

Hartmann, A., Orlinsky, D., Geller, J. D., & Zeeck, A. (2003). Der Intersession-Session-Fragebogen (ISF) - Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapierelevanten Prozessen zwischen Sitzungen. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 53, 67-75.

Hartmann, A., Orlinsky, D., & Zeeck, A. (2011). The structure of intersession experience in psychotherapy and its relation to the therapeutic alliance. Journal of clinical psychology, 67(10), 1044-1063. https://doi.org/10.1002/jclp.20826

Owen, J., Quirk, K., Hilsenroth, M. J., & Rodolfa, E. (2012). Working through: In-session processes that promote between-session thoughts and activities. Journal of Counseling Psychology, 59(1), 161-167. https://doi.org/10.1037/a0023616

Pomnitz, F., Strauß, B., Wünsch-Leiteritz, W., Leiteritz, A., Schreiber-Willnow, K., Dobersch, J.,. Subic-Wrana, C. (2016). Was erleben Patienten in stationärer Psychotherapie zwischen den Gruppentherapie-Sitzungen? Eine Erprobung des Inter-Session-Fragebogens in der Klinik. PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 66(01), 21-30. https://doi.org/10.1055/s-0035-1569269

Co-Therapeutische Weiterbildung von Pflegekräften in der Psychosomatischen Rehabilitation

Rundel, M. (1), Fittig, E. (2), Becker, S. (3), Körner, M. (3)

(1) Celenus Kliniken GmbH, Offenburg, (2) Celenus Klinik Carolabad Chemnitz,
(3) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Zielstellung

Die Aufgaben von Gesundheits- und Krankenpflegern in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich qualitativ und quantitativ von denen in der Akutmedizin. Neben vergleichbaren pflegerischen Tätigkeiten wie bspw. dem Richten und Verteilen von Medikamenten sind Pflegekräfte häufig die ersten Ansprechpartner für Patienten in medizinischen und psychologischen Krisensituationen. Nicht selten beginnen Gesundheits- und Krankenpfleger eine Tätigkeit in einer psychosomatischen Klinik, ohne über ausreichend spezifisches Wissen und Fähigkeiten zu verfügen. Dies kann zu einer Überforderung und Frustration der Mitarbeiter führen (Frömmig-Ohmke, 2001).

Ziele der Weiterbildung „Co-Therapie“ liegen einerseits in der Vermittlung von Wissen über die verschiedenen Störungsbilder und andererseits in der Erweiterung von Handlungskompetenzen. Hier stehen bspw. Übungen zur Gesprächsführung oder Deeskalationstechniken im Vordergrund, um sich im Umgang mit psychisch erkrankten Patienten sicherer zu fühlen. Da-

durch wird eine Erhöhung sowohl der Mitarbeiter- als auch der Patientenzufriedenheit erwartet. Darüber hinaus soll die Rolle im Reha-Team gefestigt und somit zur Aufwertung der Berufsgruppe insgesamt beigetragen werden.

Das CELENUS Curriculum "Co-Therapie" beinhaltet insgesamt 80 Unterrichtseinheiten, die auf vier zweitägige Blöcke und über ein Jahr verteilt sind.

Methoden

In der vorliegenden Arbeit sollen die Inhalte des Weiterbildungscurriculums vorgestellt und Ergebnisse einer Basiserhebung dargestellt werden. Diese Prä-Befragung sollte einerseits Hinweise liefern, ob die inhaltliche Konzeption der Weiterbildung dem Bedarf der Pflegekräfte entspricht. Andererseits sollen damit Vergleichsdaten für einen Prä-Post-Vergleich zur Abbildung von Trainingseffekten zur Verfügung stehen.

Hierzu wurde vor der Durchführung der Schulung den Pflegekräften in n=11 Psychosomatischen Kliniken ein Fragebogen ausgehändigt. Dieser enthielt Items im Wesentlichen aus den Instrumenten “Hospital Nurse Perceptions of their Behavioral Health Care Competency” (Rutledge, Wickman, Drake, Winokur, & Loucks, 2012), “Mental Health Problems Perception Questionnaire” (Lauder, Reynolds, Reilly, & Angus, 2000) und “Teampuls” (Wiedemann, Watzdorf, & Richter, 2001) sowie selbst formulierte Items. Es wurden die Skalen “Kompetenzen im Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen”, „Rolle der Pflegekraft im Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen“ sowie „Arbeit im Team“ gebildet. Die Items sind jeweils auf einer Likert- Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft vollkommen zu) zu bewerten.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen n=66 Mitarbeiter aus 7 Kliniken an der Befragung teil. Die Ergebnisse zeigen über die Kliniken hinweg auf Skalenebene mittlere bis hohe Selbsteinschätzungen der Kompetenzen (M= 3,87, SD=0,63; Cronbachs Alpha=0,68), der Rolle als Pflegekraft (M=4,15, SD=0,49; Cronbachs Alpha=0,74) sowie der Teamarbeit (M=3,79, SD=0,78; Cronbachs Alpha=0,84). Bei Betrachtung der Einzelitems zeigen sich jedoch z.T. auffällige Werte. So erreichen Items wie „Ich bin in der Lage, das Suizidrisiko bei Patienten zu beurteilen“ (M=3,27, SD=0,98) oder „Ich kann Deeskalationstechniken und Krisenkommunikation anwenden, um aggressives Verhalten abzuwenden“ mit einem Mittelwert von 3,31 (SD=0,85) eine vergleichsweise ebenso niedrige Ausprägungen wie „Ich kann geeignete Pflegeinterventionen für psychische Störungen wie Depression, Bipolare Störung und Psychose durchführen“ (M=3,39, SD=0,82). Die Antworten streuen bei einzelnen Items mit z.T. über einer Standardabweichung.

Fazit

Die im Durchschnitt mittleren bis hohen Ausprägungen in der Selbsteinschätzung lassen auf eine grundsätzlich solide eingeschätzte Fachkompetenz schließen. Während dabei die höchste Item-Ausprägung („Ich interessiere mich für die Entstehung psychischer Probleme und deren Behandlung“) den Wunsch nach Kompetenzerweiterung zeigt, wird durch eine vergleichsweise niedere Selbsteinschätzungen bspw. bei der Erkennung von Suizidrisiko oder in der Anwendung von Deeskalationstechniken aber auch deutlicher Schulungs- bzw. Trainingsbedarf deutlich. Die hohe Streuung zeigt zudem eine auffällige Heterogenität in der

Selbsteinschätzung. Hier könnte die Weiterbildung zur Erreichung eines homogenen Kompetenzniveaus beitragen.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse aus der Basiserhebung die Konzeption der Weiterbildung. Die Postmessung, die Kursevaluation, die kontinuierlich stattfindende Patientenbefragung sowie eine geplante Mitarbeiterbefragung werden Aussagen über die Effekte der Intervention sowie hinsichtlich einer Veränderung der Patientenzufriedenheit ermöglichen.

Literatur

Frömmig-Ohmke, R. (2000). Kompetenzerwerb in der Psychosomatik. Die Schwester / Der Pfleger, 39. 1991-1997.

Lauder, W., Reynolds, W., Reilly, V., & Angus, N. (2000). The development and testing of the Mental Health Problems Perception Questionnaire. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7(3), 221-226. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00270.

Rutledge, D. N., Wickman, M., Drake, D., Winokur, E., & Loucks, J. (2012). Instrument validation: hospital nurse perceptions of their Behavioral Health Care Competency. Journal of Advanced Nursing, 68(12), 2756-2765. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648. 2012. 06025.

Wiedemann, J., Watzdorf, E., & Richter, P. (2001). TeamPuls-Internetgestützte Teamdiagnose (2. Auflage). Dresden: Technische Universität, Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie.

Organisationsentwicklung in der psychosomatischen Rehabilitation – Die Rolle von Therapiestandards und Prozessoptimierung

Pfeiffer, W. (1), Buss, U. (1), Bassler, M. (1, 2)

(1) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld (2) Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung (ISRV), Hochschule Nordhausen

Zielstellung

Mit den Reha-Therapiestandards Depression hat erstmals eine formale Behandlungsleitlinie Einzug in die psychosomatische Rehabilitation gehalten (DRV Bund, 2016). Angesichts knapper Ressourcen gewinnen in der Rehabilitation zugleich Projekte der Prozessoptimierung zunehmend an Bedeutung (Bundesministerium des Innern, 2016). Beides soll die Qualitätserfassung, die bislang auf zwei subjektiven Beurteilungen des Rehabilitanden im Rückblick auf die Reha-Maßnahme (Zufriedenheit und Erfolg) sowie auf der Auswertung der Behandlungsberichte (peer-review-Verfahren) beruht, um weitere objektive Maße ergänzen. Es resultieren erhebliche Konsequenzen für die Therapiegestaltung in der Rehabilitation, die durch Vorgaben, Reglementierung und damit Verlust an Entscheidungsspielraum für die Therapien, ferner auch durch eine hochstrukturierte Verplanung der therapeutisch Handelnden gekennzeichnet sind.

Methoden

Diese Entwicklung wird kritisch reflektiert. So muss eine Geschäftsprozessoptimierung, die nur in abstrakter Weise den Aufgabenvollzug, so wie er in den Therapiequotierungen der

Reha-Therapiestandards Depression niedergelegt ist, in den Blick nimmt, zu kurz greifen. Als methodisches Erfordernis werden die Belange aller beteiligten Referenzgruppen – Patienten, Kostenträger, Therapeuten – herausgearbeitet (Helbig, 2003) und auf ihre Konsistenz und Kompatibilität hinterfragt.

In einem zweiten Schritt wird die bisherige Entwicklung in Kontrast gesetzt zu modernen Konzepten der Organisationsentwicklung, die - jenseits der Formalisierung - als Impulsgeber für Ergebnisqualität, Stresslimitierung und Mitarbeitergesundheit gelten können (Bakker, 2015; Bakker & Woerkom, 2017). Zu prüfen sind ferner die Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit Patienten (Freund et al., 2012, Bakker 2017, Maio 2011).

Ergebnisse

Risiken und Begrenzungen bisher angewandter Methodik in Versorgungsplanung und Prozessoptimierung lassen sich aufzeigen. In der Sprache der Prozessoptimierung gefasst, bleiben unzureichend berücksichtigt:

- Die Bedarfslage der Kunden, d.h. der Patienten in ihrer je individuellen Problemlage, die sich nicht spezifisch in einer ICD-Diagnose fassen lässt.
- Die Qualitäts- und Ergebnisanforderungen der Auftraggeber, d.h. der Kostenträger, die sich nicht in der Erfüllung von Reha-Therapiestandards erschöpfen können.
- Die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter, die allein für den Erfolg der Reha-Maßnahme sorgen können.

Die aktuellen Befunde der Organisationspsychologie verweisen auf Erfordernisse der konzeptuellen Erweiterung. Für die Therapeuten lassen sich aus der Self-determination theory geeignete Rahmenbedingungen für erfolgreiches Handeln ableiten (Bakker & Woerkom, 2017).

Fazit

Therapiestandards und Strategien der Prozessoptimierung werden als Instrumente der Bedarfs- und Versorgungsplanung sowie der Qualitätskontrolle herangezogen. In ihrer Anwendung bleibt jeweils kritisch zu prüfen, inwieweit diese Instrumente dem Aufgabenbereich der psychosomatischen Rehabilitation gerecht werden.

Literatur

Bakker A.B. (2015): A Job Demands-Resources Approach to Public Service Motivation. Public Administration Review, 75, 723-732.

Bakker A.B. (2017): Job crafting among health care professionals: The role of work engagement. J. Nurs. Manag., 1-11, DOI: 10.1111/jonm.12551.

Bakker A.B. & Woerkom M van (2017): Flow at Work: a Self-Determination Perspective. Occupational Health Science, DOI 10.1007/s41542-017.

Bundesministerium des Innern/ Bundesverwaltungsamt (Hrsg.). (2016): Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung. Darin: 4. Geschäftsprozessoptimierung, S. 121-132 .

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. Berlin.

Freund N., Diestel S. & Schmidt K.-H. (2012): Kontrollspielräume als protektive Ressource bei Emotionsarbeit. Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie, 56, 143-151.

Helbig R. (2003): Prozessorientierte Unternehmungsführung: Eine Konzeption mit Konsequenzen für Unternehmen und Branchen. Heidelberg (Physica-Verlag, Springer Verlag).
Maio G. (2011): Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 10, S. 132-138.

Konzept „Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren (PAULI)“ – Optimierungspotenziale!?

Ritter, S. (1), Kaluscha, R. (1), Herrmann, E. (2), Vieregge, U. (2), Krischak, G. (1)
(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm,
(2) medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG, Gelsenkirchen

Zielstellung

Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland liegt bei rund 28% (Jacobi et al. 2014). Dabei weisen Betroffene eine hohe Krankheitslast auf. Dennoch nehmen laut Selbstangaben weniger als ein Viertel der betroffenen Frauen und rund 12% der betroffenen Männer einen psychosozialen Dienst in Anspruch (Mack et al. 2014). Im Regelfall warten die Betroffenen im Mittel mehr als zweieinhalb Monate auf eine Behandlung beim niedergelassenen Psychotherapeuten (Walendzik et al. 2011; BPtK Bundespsychotherapeutenkammer 2011). In der Studie von Huckert et al. (2012) erlebten 23% der Patienten während der Wartezeit eine Verschlechterung ihrer Symptomatik.

Intervention

Das PAULI-Konzept (Psychosomatik auffangen, unterstützen, leiten und integrieren) setzt an dieser Stelle an, d. h. möglichst frühzeitig und wohnortnah behandeln, um Symptomverschlechterungen und eine Chronifizierung zu vermeiden. Das Ziel ist zunächst die Reduktion psychosomatischer Symptome und damit verbunden die berufliche Reintegration. In Abbildung 1 ist der Therapieablauf schematisch dargestellt. Die Identifikation und der Zugang der Patienten zum Programm erfolgt über die jeweilige Krankenkasse, derzeit steht dieses Programm den Versicherten der AOK Nordwest, DAK und Knappschaft offen, wobei diese teilweise durch den Medizinischen Dienst Unterstützung erhalten. Die sechswöchige Behandlung umfasst 20 Therapieeinheiten, die im Rahmen einer festen Gruppe stattfinden und unter anderem Gesprächspsychotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ressourcentraining, Sozialberatung und ärztliche Beratung beinhalten.

Die erste Therapiephase dient der weiteren Weichenstellung und soll Aufschluss über die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation geben. Besteht beim Patienten Rehabilitationsbedarf, stellt das Ziel der weiteren Behandlung die psychische Stabilisierung sowie die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit dar. Ist keine Rehabilitation erforderlich, unterstützt die weitere Behandlung die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Nach Abschluss der Therapie werden Empfehlungen für Anschlussmaßnahmen (z. B. ambulante Psychotherapie) ausgesprochen oder ein möglichst nahtloser Übergang zur medizinischen Rehabilitation angestrebt.

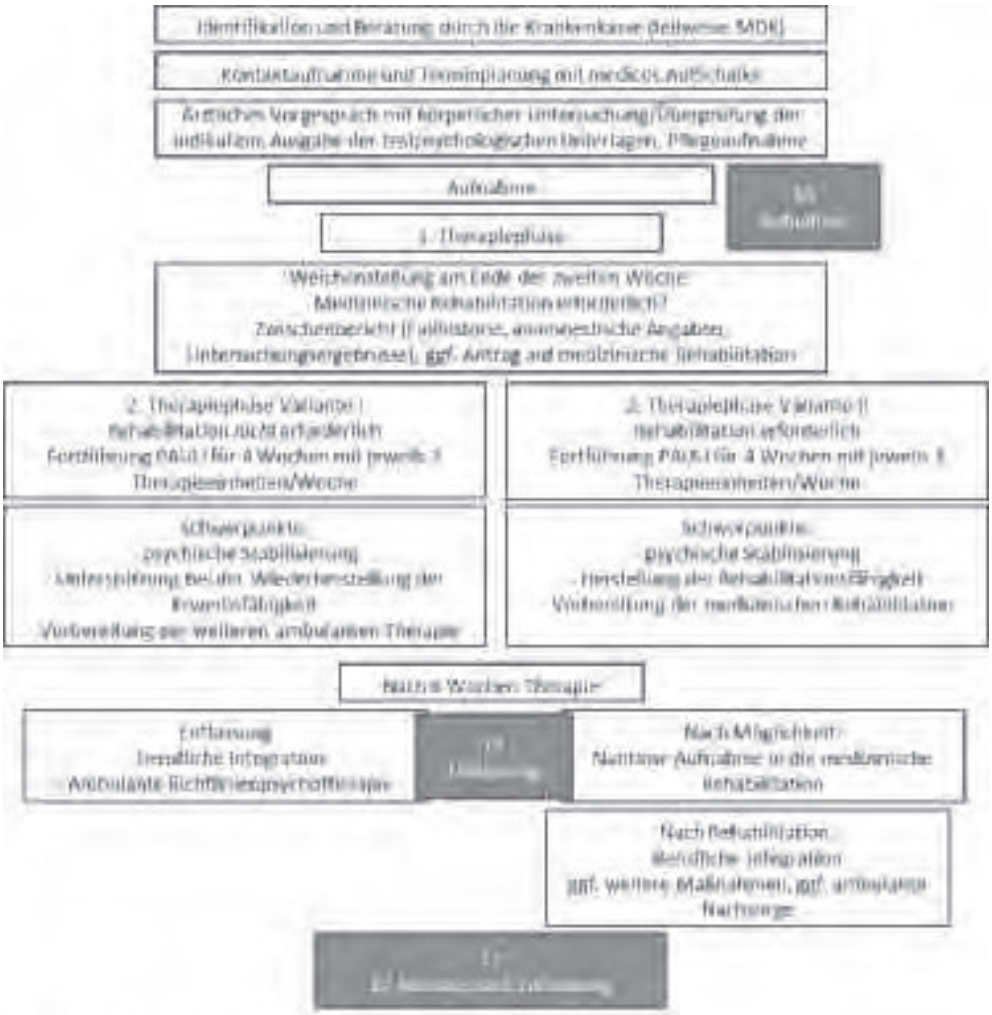

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Therapieablaufs von PAULI

PAULI-Evaluation

Das PAULI-Behandlungsprogramm wird anhand zweier Komponenten evaluiert. Zum einen werden die Behandlungsverläufe der PAULI-Teilnehmer mit denen einer ähnlichen historischen Vergleichsgruppe mittels Routinedaten von Krankenkassen verglichen. Zum anderen wird eine prospektive Datenerhebung anhand eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs stattfinden.

Ziele der Studie bestehen einerseits darin, Optimierungs- und Weiterentwicklungspotenziale des PAULI-Programms auf Basis der Fragebogenangaben zu identifizieren (formative Evaluation). Andererseits soll der Nutzen des neuen Behandlungskonzeptes untersucht werden.

Zur Evaluation werden bereits vorliegende Instrumente zu drei verschiedenen Messzeitpunkten eingesetzt: zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und ein Jahr nach Beendigung der Behandlung.

Fazit

Zunächst erfolgt die Rekrutierung von 150 Patienten. Dafür ist ein zeitlicher Rahmen von etwa einem Jahr vorgesehen. Zwischenanalysen sollen Aufschluss über mögliche Modifikationspotentiale ergeben. Nach Beendigung der Rekrutierung erfolgt die vollständige Datenanalyse, die voraussichtlich im ersten Quartal 2019 abgeschlossen sein wird. Dabei wird unter anderem der subjektive Nutzen des Patienten durch die PAULI-Behandlung, der Gesundheitszustand sowie die Anwendbarkeit des Erlernten im Alltag und Beruf beleuchtet. Zudem erfolgen vergleichende Analysen von Arbeitsunfähigkeitszeiten, Dauer des Krankengeldbezuges, Erwerbsstatus bzw. Bezug von Sozialleistungen sowie der Erkrankungsdauer und des Behandlungsaufwandes durch niedergelassene Ärzte sowie Krankenhäuser einschließlich der Verordnung von Medikamenten anhand der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten, anonymisierten Behandlungsdaten.

Literatur

BPtK Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK.

Huckert, T. F.; Hank, P.; Krampen, G. (2012): Veränderungen in der Symptombelastung während der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 62 (8), S. 301-309.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: International journal of methods in psychiatric research 23 (3), S. 304-319.

Mack, S.; Jacobi, F.; Gerschler, A.; Strehle, J.; Höfler, M.; Busch, M. A. et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: International journal of methods in psychiatric research 23 (3), S. 289-303.

Walendzik, A.; Rabe-Menssen, C.; Lux, G.; Wasem, J.; Jahn, R. (2011): Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010.

Die langfristige Veränderung von schmerzbezogenen Kognitionen in Abhängigkeit vom Chronifizierungsstadium bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen

Köpnick, A. (1), Herbold, D. (2), Roßband, H. (3), Geigner, B. (4), Beddies, A. (5), Hampel, P. (1)

(1) Europa-Universität Flensburg, (2) Paracelsus-Klinik an der Gande, (3) Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf, (4) Rehabilitationsklinik Auental, Bad Steben, (5) Rehabilitationsklinik Göhren

Zielstellung

Im Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen nehmen schmerzbezogene Kognitionen eine entscheidende Rolle ein. Auf Grundlage des ‚Avoidance-Endurance'-Modells wird der Chronifizierungsprozess dabei maßgeblich von Angst-Vermeidungs-Überzeugungen („fear-avoidance-beliefs") oder die an die eigene Person gerichteten Durchhalteappelle („thought suppression") beeinflusst (Hasenbring, Chehadi, Titze & Kreddig, 2014; Scholich, Hallner, Wittenberg, Rusu & Hasenbring, 2011). Ein maladaptives Schmerzverhalten in Form von Schonungs- und Vermeidungsverhalten sowie die Entwicklung einer depressiven Symptomatik können als Konsequenz auftreten (Seekatz, Meng, Bengel & Faller, 2016) und erfordern daher bei der Behandlung von chronischen unspezifischen Rückenschmerzen eine multimodale Schmerztherapie mit biopsychosozialem Ansatz.

Die vorliegende Studie zielte darauf ab, den langfristigen Einfluss des Chronifizierungsstadiums und des kombinierten Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debora (Mohr, Korsch, Roch & Hampel, 2017) auf die Schmerzkognitionen im Vergleich zur Standardbehandlung ohne Depressionspräventionsmodule zu ermitteln.

Methoden

Zur Erfassung der Schmerzkognitionen wurde im Rahmen einer prospektiven Kontrollgruppenstudie mit Cluster-Block-Randomisierung ein Subtest des Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) herangezogen, der den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Rückenschmerzen misst. Zudem wurden ausgewählte Subtests des Avoidance-Endurance Questionnaire (AEQ) eingesetzt. Die Erhebungszeitpunkte bezogen sich auf den Rehabilitationsbeginn (t0), -ende (t1) sowie 6 Monate (t2) und 12 Monate (t3) nach einer verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme. Es wurden dreifaktorielle multi- und univariate Varianzanalysen und angeschlossene post-hoc-Tests durchgeführt. Die Daten wurden mittels per protocol-Analysen ausgewertet und schlossen N=525 Rehabilitanden (n=428 Frauen; Alter M=53.35 Jahre, SD=6.22) ein. Das Signifikanzniveau wurde auf $p<.05$ festgelegt.

Ergebnisse

Für den Subtest ‚Aktivität' (FABQ) ergaben sich die signifikanten Haupteffekte „Zeit" und „Chronifizierungsstadium". Demnach profitierten die Rehabilitanden kurz- und mittelfristig, jedoch nicht langfristig von der Rehabilitation (s. Tab. 1). Zudem zeigten post-hoc-Tests, dass sich Rehabilitanden im Stadium III im Vergleich zu denen im Stadium I signifikant eher vorstellten, dass körperliche Aktivität und Rückenschmerzen zusammenhängen (s. Tab. 2).

Für den Subtest ‚Thought' Suppression des AEQ konnte lediglich ein signifikanter Haupteffekt „Zeit" festgestellt werden. Die Rehabilitanden zeigten 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation signifikant geringere Werte in der gedanklichen Unterdrückung im Vergleich zu Rehabilitationsbeginn.

Für die ausgewählten Subskalen des AEQ waren multivariat die Haupteffekte „Zeit" und „Chronifizierungsstadium" signifikant. Auf univariater Ebene zeigten sich in allen Subskalen sowie dem Endurance Gesamtscore signifikante Zeiteffekte, mit signifikanten kurz-, mittel- und langfristigen Verbesserungen im Vergleich zu Rehabilitationsbeginn. Darüber hinaus war auf univariater Ebene festzustellen, dass das Chronifizierungsstadium einen signifikanten Einfluss auf die Subskalen ‚Meiden sozial', ‚Meiden körperlich' und ‚Humor/Ablenkung' ausübte. Im Vergleich zwischen den Stadien II und III wurde deutlich, dass die Rehabilitanden im höheren Chronifizierungsstadium signifikant höhere Werte in der Vermeidung sozialer und körperlicher Aktivitäten sowie geringere Werte im Subtest Humor/Ablenkung aufwiesen.

Tab. 1: Übersicht der durchgeführten Bonferroni-adjustierten Post-hoc-Tests für den Haupteffekt „Zeit" (N=525).

Subskala		Durchgeführte paarweise Vergleiche für den Haupteffekt „Zeit"					
		t0 vs. t1	t0 vs. t2	t0 vs. t3	t1 vs. t2	t1 vs. t3	t2 vs. t3
Aktivität (FABQ)	p	< .001	.012	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	d	-0.19	-0.13	-0.11	0.06	0.08	0.02
Thought Suppression (AEQ)	p	n.s.	< .001	.001	n.s.	n.s.	n.s.
	d	-0.09	-0.17	-0.17	-0.08	-0.08	0.00
Meiden sozial (AEQ)	p	< .001	< .001	< .001	n.s.	n.s.	n.s.
	d	-0.14	-0.17	-0.16	-0.03	-0.03	0.00
Meiden körperlich (AEQ)	p	.001	.021	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	d	-0.13	-0.10	-0.09	0.03	0.05	0.01
Humor/Ablenkung (AEQ)	p	< .001	< .001	.038	n.s.	< .001	n.s.
	d	0.28	0.18	0.11	-0.10	-0.18	-0.08
Pain Persistence (AEQ)	p	n.s.	.006	.024	n.s.	n.s.	n.s.
	d	-0.09	-0.13	-0.12	-0.04	-0.03	0.01
Endurance Gesamtscore (AEQ)	p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.028	n.s.
	d	0.08	0.00	-0.03	-0.08	-0.11	-0.03

Fazit

Die vier Depressionspräventionsmodule hatten keinen zusätzlichen Einfluss auf die schmerzbezogenen Kognitionen im langfristigen Verlauf. Dies könnte auf den bereits erfolgreich etablierten biopsychosozialen Ansatz in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO) zurückzuführen sein, der an sich die Schmerzkognitionen bedeutsam verändert.

Die Rehabilitanden im Chronifizierungsstadium III zeigten insgesamt schlechtere Summenwerte in den Angst-Vermeidungs-Kognitionen auf und waren somit stärker betroffen. Es ist anzunehmen, dass diese hoch chronifizierten Rehabilitanden durch intensivere psychologische Behandlungen unterstützt werden müssen, die jedoch eher im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation durchgeführt werden. Debora sollte demnach als Modul auch in diesem Setting implementiert und evaluiert werden. Insgesamt ist eine Optimierung der Zu-

weisung erforderlich, wobei in der orthopädischen Rehabilitation keine psychische Komorbidität vorliegen sollte, in der VMO geringe Ausprägungen und in der Psychosomatik manifestierte Störungen bestehen sollten.

Literatur

Hasenbring, M., Chehadi, O., Titze, C. & Kreddig, N. (2014): Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. Pain Management, 4, 5. 363-374.

Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017): Debora - Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention. Berlin: Springer.

Scholich, S. L., Hallner, D., Wittenberg, R. H., Rusu, A. C. & Hasenbring, M. (2011): Schmerzverarbeitungspattern bei chronischen Rückenschmerzen Pilotstudie. Der Einfluss von „Avoidance-Endurance“-Modell-Pattern auf die Lebensqualität, Schmerzintensität und Beeinträchtigung. Schmerz, 25. 184-190.

Seekatz, B., Meng, K., Bengel, J. & Faller, H. (2016): Is there a role of depressive symptoms in the fear-avoidance model? A structural equation approach. Psychology, Health & Medicine, 21, 6, 663-674.

Fächerübergreifende psychokardiologische Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie

Uhlig, J. (1), Langner, P. (2), Rademacher, W. (2), Langheim, E. (2), Köllner, V. (2)
(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin,
(2) Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund,Teltow

Zielstellung

Im Sinne der Collaborative Care wird zunehmend eine integrative Versorgung von kardiologischen Patienten mit einer komorbiden psychischen Störung empfohlen (Herrmann-Lingen, 2015). Dem stand in der Rehabilitation bisher die formale Vorgabe entgegen, zwischen einer kardiologischen oder psychosomatischen Rehabilitation entscheiden zu müssen, in der jeweils nur ein Problembereich des Rehabilitanden im Fokus stehen konnte. Auf den Langzeitverlauf wirken sich aber beide Aspekte der Erkrankung gleichermaßen aus. Orientiert an den Empfehlungen des Positionspapers der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Bedeutung psychosozialer Faktoren (Ladwig et al., 2013) wurde im Herbst 2016 eine psychokardiologische Station im Reha-Zentrum Seehof der DRV-Bund eröffnet. Dort werden kardiologische Patienten mit komorbider psychischer Erkrankung in einem interdisziplinären Team aus Kardiologen und Psychosomatikern betreut. Ziel des Projektes ist, das Therapieoutcome hinsichtlich Symptomschwere, Aktivitätsniveau und Teilhabe am Arbeitsleben zu verbessern. Im Rahmen einer Pilotstudie wurden erste Daten zur Entwicklung von Symptombelastung und Patientenzufriedenheit erhoben. Ziel der vorliegenden Studie ist es, erste Erkenntnisse über die Effektivität der psychokardiologischen Versorgung gegenüber einem monodisziplinären psychosomatischen Therapiekonzept zu gewinnen.

Methoden

In einer klinisch kontrollierten, nicht randomisierten Studie wurden Daten im Rahmen der Routinediagnostik erhoben. Untersucht wurden stationäre Rehabilitanden der Psychokardiologie (PK: N=50; 34% weiblich; Alter 55±8,1) und einer Vergleichsstichprobe aus der Psychosomatik (PSO: N=40; 45% weiblich; Alter 56±6,8), wobei diese Patienten ebenfalls an einer komorbiden kardiologischen Erkrankung litten. Die Patienten wurden jeweils zu Beginn (T0) und zum Ende ihres Therapieaufenthalts (T1) mittels Fragebogentestung (Herzangstfragebogen (HAF; Einsle et al., 2009), HADS, SCL-90) untersucht. Zum Zeitpunkt T1 wurde zusätzlich der PAF (Patientenzufriedenheit) erhoben. Die Daten der Katamnese nach 6 Monaten liegen derzeit noch nicht vor.

Ergebnisse

Beide Gruppen unterscheiden sich zum Zeitpunkt T0 nicht in den Ausgangwerten der Symptombelastung. Im HADS und im Gesamtwert der Herzangst zeigt sich in beiden Patientengruppen ein starker Rückgang von Depression und Angst (partielles $\eta 2$ jeweils > 0.2 / vgl. Cohen's d > 1.0). Dies gilt auch für die durchschnittliche psychische Belastung, gemessen mit

dem GSI des SCL-90 (η^2 jeweils > 0.4 / vgl. d > 1.0). Im HAF zeigt sich, dass in der PK die herzbezogene Vermeidung stärker rückläufig ist (η^2=0,2 / vgl. d=1.0), als in der PSO (η^2=0.05 /vgl. d=0.47). Dementgegen findet sich eine stärkere Abnahme von herzbezogener Aufmerksamkeit bei den Patienten der PSO (η^2=0.27 /vgl. d=1.21; PK: η2=0.07 / vgl. d=0.57). Beim PAF zeigen sich eine Überlegenheit der PK bezüglich der Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Symptome (t(62.8)=2.96, p=0.004, PK>PSO) und der Ernährungsberatung (t(84)=3.53, p=0.001, PK>PSO).

Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die psychokardiologische Rehabilitation hinsichtlich allgemeiner Psychopathologie einen vergleichbaren Effekt hat, wie das psychosomatische Standardvorgehen. Herzbezogene Vermeidung geht im PK-Setting allerdings stärker zurück. Das könnte durch umfassendes Herzkreislauftraining und vermehrte therapeutische Konfrontation mit dysfunktionalem Herzangstverhalten bedingt sein. Dabei reduziert sich die herzbezogene Aufmerksamkeit jedoch vergleichsweise gering. Dies könnte mit der intensiveren thematischen Konfrontation im PK-Setting erklärt werden. Im PAF zeigt sich, dass die PK-Patienten durch die intensivere kardiologische Betreuung mit der ärztlichen Behandlung zufriedener sind.

Es konnten erste Erkenntnisse zur praktischen Umsetzung der Collaborative Care in der Schnittstelle zwischen Kardiologie und Psychosomatik gewonnen und Hinweise auf differentielle Effekte in störungsspezifisch relevanten Bereichen gefunden werden. Offen ist, wie nachhaltig die gefundenen Effekte sind und wie sich das interdisziplinäre Setting auf sozialmedizinische und kardiologische Parameter auswirkt. Dies soll in einer prospektiv angelegten Folgestudie, die auch funktionelle kardiologische Parameter miterfasst, untersucht werden.

Literatur

Einsle F, Köllner V, Herzberg PY, Bernardy K, Nitschke M, Bley S, Hoyer J. Psychometrische Analysen zum Herzangstfragebogen. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 2009; 30: 439-457.

Herrmann-Lingen, C. Integrierte Psychokardiologie. Aktuel Kardiol 2015; 4: 370-374.

Ladwig KH, Lederbogen F, Albus; Angermann C, Borggrefe M, Fischer D, Fritzsche K, Haass M,·Jordan J, Jünger J, Kindermann I, Köllner V, Kuhn B, Scherer M, Seyfarth M, Völler H, Waller C, Herrmann-Lingen C. Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie Update 2013. Kardiologe 2013 7: 7-27.

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) – Prävalenz, komorbide Diagnosen und Symptombelastung in der psychosomatischen Rehabilitation

Brenner, L. (1), Wagner, B. (2), Köllner, V. (3)

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (2) MSB Medical School Berlin,
(3) Rehazentrum Seehof der Deutsche Rentenversicherung Bund, Teltow

Zielstellung

Mit der ICD-11 wird die diagnostische Kategorie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) neu eingeführt, um dieses klinisch häufig beobachtete polysymptomatische Störungsbild adäquat erfassen zu können. Zur Diagnostik wurden bereits klinische Kriterien und Screeninginstrumente entwickelt. Bisher fehlen Daten zur Prävalenz und Bedeutung der kPTBS in der psychosomatischen Rehabilitation. Ziel dieser Pilotstudie ist es, erste Screening-Daten zur Prävalenz dieses Störungsbildes in der Psychosomatischen Rehabilitation und seines Einflusses auf den sozialmedizinischen Verlauf zu erfassen.

Methoden

Untersucht wurden im Rahmen der Eingangsdiagnostik bisher 208 konsekutive Patienten (76.4% Frauen, Alter 51.32 ± 8.76 Jahre) bei Aufnahme in eine Psychosomatische Rehaklinik mittels SCL-90-R, der Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R) und dem Screeninginstrument zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS; Dorr et al., 2016). Die allgemeine Symptombelastung wurde mittels SCL-90 erfasst. Ebenfalls wurden die klinischen Diagnosen bei Entlassung erhoben.

Ergebnisse

Von den 208 Testpersonen geben 185 (88.94%) an, mindestens eine traumatische Erfahrung in ihrem Leben selbst oder als Zeuge erlebt zu haben. Von diesen erfüllten 53 (25.48%) die diagnostischen Kriterien für eine einfache PTBS in der IES-R. Bei einem Cutoff von 81 (Verdacht) erwiesen sich hiervon 28, bei einem Cutoff von 115 16 (hoher Verdacht) und bei einem Cutoff von 133 (dringender Verdacht) 11 als positiv für das Vorliegen einer kPTBS. Nach Durchführung einer einfaktoriellen ANOVA zeigte sich hinsichtlich der Symptombelastung in der SCL-90 (GSI) ein signifikanter Unterschied ($F(2,205) = 57.16$ $p < .001$ $\eta^2 = 0.36$). Ein Bonferroni-korrigierter post-hoc Test zeigte signifikante Unterschiede ($p < .001$) zwischen allen Gruppen (keine PTBS 0,98 ± ,59; einfache PTBS 1,46 ± ,55; kPTBS 2,27 ± ,68). Die Durchführung einer weiteren einfaktoriellen ANOVA zeigte signifikante Unterschiede für die Anzahl an erhaltenen F-Diagnosen bei Entlassung ($F(2,205) = 7.80$ $p = .001$ $\eta^2 = 0.07$). Ein Bonferroni-korrigierter post-hoc Test zeigte einen signifikanten Unterschied ($p < .001$) zwischen der Gruppe Verdacht auf kPTBS und der Gruppe ohne PTBS (keine PTBS 2.00 ± .90; einfache PTBS 2.24 ± 1.01; kPTBS 2.75 ± 1.04). Patienten mit kPTBS (82,1%) wurden signifikant häufiger arbeitsunfähig entlassen als Patienten mit PTBS (56,0%) oder ohne Traumafolgestörung (44,5%). Sie wurden signifikant häufiger (28,6%) mit einem Leistungsvermögen <3 Stunden für den allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt als Rehabilitanden mit PTBS (8%) oder ohne Traumafolgestörung (4,5%).

Fazit

Bei 13.5 % der Probanden ergab sich der Verdacht auf eine kPTBS. Bei Patienten mit kPTBS scheint es sich erwartungsgemäß um eine hinsichtlich Symptombelastung und Komorbidität besonders hoch belastete Subgruppe zu handeln. Dies wirkte sich gravierend auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung aus, wobei diese verblindet für die Ergebnisse des Screenings gestellt wurde. Bei Patienten mit kPTBS wurden sechsmal häufiger ein aufgehobenes Leistungsvermögen festgestellt, sodass diese als sozialmedizinische Hochrisikogruppe anzusehen sind, die möglicherweise längerfristig angelegter Interventionen (z. B. Casemanagement) bedürfen, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Einschränkend ist festzustellen, dass hier nur Screeningverfahren eingesetzt wurden. Weitere Studien mit strukturierter Diagnostik zur therapeutischen Beeinflussbarkeit und zur sozialmedizinischen Bedeutung der kPTBS erscheinen sinnvoll.

Literatur

Dorr, F., Firus, C., Kramer, R., & Bengel, J. (2016). Entwicklung und Prüfung eines Screenings zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (SkPTBS). Psychother Psych Med, 66(11), 441-448.

Hecker, T., & Maercker, A. (2015). Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Psychotherapeut, 60(6), 547-562.

Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. Diagnostica, 40, 344-362.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., . Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry, 12(3), 198-206.

Einführung der ICD-11: Erste Ergebnisse der Deutschen Validierungsstudie

Köllner, V. (1), Hofmann, T. (2), Riesbeck, M. (3), Lotzin, A. (4), Schäfer, I. (4), Gaebel, W. (5)

(1) Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow, (2) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (3) LVR-Klinikum Düsseldorf, (4) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (5) Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zielstellung

2018 soll die ICD-11 von der WHO verabschiedet und in den kommenden Jahren in den Mitgliedsländern eingeführt werden und in der Folge auch in der Rehabilitation neben der ICF als Klassifikationssystem zum Einsatz kommen (Gaebel et al., 2017; Reed et al, 2016). Zur Vorbereitung wurden 2017 in zahlreichen Ländern Validierungsstudien durchgeführt, um die Validität der diagnostischen Kriterien und die Praktikabilität der Codierung zu erproben. An der Deutschen Validierungsstudie im Bereich psychische und psychosomatische Erkrankungen war auch die DGPPR als Reha-Fachgesellschaft beteiligt, um die Eignung für die

Rehabilitation mit prüfen zu können. Erste Ergebnisse der Validierungsstudie sollen hier dargestellt werden.

Methoden

An der deutschen Validierungsstudie nahmen 319 Ärzte aus den Bereichen Psychiatrie und/oder Psychosomatik sowie Psychologen (Alter 49,1 ±10,5 Jahre, mittlere Berufserfahrung 13,6 ±9,2 Jahre) teil und beurteilten randomisiert zugeteilte Fallvignetten nach ICD-10 bzw. -11 - Kriterien bzw. codierten kurze Fallbeschreibungen in beiden Diagnose-Systemen (N = 187).

Ergebnisse

Die Anzahl korrekt gestellter Diagnosen war über alle Fallvignetten hinweg nach ICD-11 signifikant höher als im ICD-10-System ($p = .02$). Im Bereich der Somatisierungsstörungen (ICD 11: Bodily Distress Disorder) war ICD 11 hochsignifikant überlegen ($p < .001$). Bei der Codierung gab es bei der Panikstörung, der Anorexia nervosa, den Somatisierungsstörungen (F45.0 und F45.1), der in der ICD-11 neu eingeführten komplexen PTBS (Köllner & Maercker 2011; Maercker et al., 2013) und der ebenfalls neu eingeführten „prolonged grief disorder“ höhere Konsistenzwerte für die ICD-11.

Fazit

Die Ergebnisse sprechen für eine gute Validität und Praktikabilität der ICD-11 im Bereich der für die Psychosomatik relevanten Störungsbilder. Dies wird sich auch in der Rehabilitation eher positiv auswirken. Im Beitrag werden die spezifischen Ergebnisse für Störungsbilder im Bereich Psychosomatischen Rehabilitation dargestellt und Implikationen der ICD-11 für unser Fachgebiet diskutiert. Deutlich wird auch, dass die ICD-11 ähnlich wie die ICD-10 in der Rehabilitation durch die ICF-Perspektive ergänzt werden muss, um Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe erfassen zu können.

Literatur

Gaebel W, Zielasek J, Reed GM (2017) Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. Psychiatr Pol. 2017 Apr 30;51(2):169-195.

Köllner V, Maercker M. Das diagnostische Spektrum der Traumafolgestörungen. Bedeutung für die Therapie, praktisches Vorgehen und Ausblick auf mögliche Änderungen in ICD-11 und DSM-V. Trauma & Gewalt 2011; 5: 236-247

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., . Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry, 12(3), 198-206.

Reed GM, First MB, Elena Medina-Mora M, Gureje O, Pike KM, Saxena S. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association. 2016;15(2):112-3.

Veränderung von Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern in der Psychosomatischen Rehabilitation

Käfer, M. (1), Wittmann, C. (2), Neu, R. (3), Köllner, V. (4)

(1) MediClin Bliestal Kliniken, Blieskastel, (2) Medizinische Fakultät, Universität des Saarlandes, Saarbrücken, (3) Universität Trier, (4) Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Zielstellung

Ziel der medizinisch-beruflichen Orientierung in der psychosomatischen Rehabilitation ist es, dysfunktionale Interaktionen zwischen psychischer Erkrankung und der Arbeitswirklichkeit der Rehabilitanden zu minimieren und die psychische Gesundheit stabilisierende Fertigkeiten in der Arbeitswelt zu fördern. Hier soll im Rahmen eines Pilotprojekts untersucht werden, ob und in welcher Weise sich arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster in der Rehabilitation verändern lassen und ob sich ein Zusammenhang mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz zeigt.

Methoden

476 Rehabilitanden (71,8% weiblich, Alter 50,5 ±7,6 Jahre) wurden am Beginn und am Ende einer Psychosomatischen Rehabilitation mit dem Fragebogen zu Arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern (AVEM; Schaarschmidt, 2006; Beierlein et al., 2016) untersucht. Es erfolgte eine Auswertung nach den 4 Mustern G (Gesund), S (Schonung), A (Überengagement) und B (Burnout).

Ergebnisse

Zu T0 waren die Muster B (53,78 ± 38,5) und A (32,54 ±35,6) am stärksten ausgeprägt vor Muster S (10,2 ±24,2) und G (3,38 ±10,8). Zu T1 kam es zu einer signifikanten Reduktion von Muster A (d =.47) sowie zu einer Zunahme der Muster S (d = .45) und G (d = .2), letzteres war aber auch zu T1 noch mit Abstand am geringsten ausgeprägt. Muster B blieb unverändert. Rehabilitanden aus Pflegeberufen wiesen zu T0 eine besonders niedrige Ausprägung des Musters S auf. Rehabilitanden, die arbeitsunfähig entlassen wurden, hatten ein signifikant niedriger ausgeprägtes Muster S als arbeitsfähige Entlassene.

Fazit

Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation haben erwartungsgemäß hohe Ausprägungen der dysfunktionalen AVEM-Muster A und B, wobei sich Muster A zugunsten des protektiven Musters S im Therapieverlauf deutlich reduzierte. Ein hohes Muster S zu T0 war mit einer günstigen Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung verknüpft, was mit aktuellen Daten zur positiven prognostischen Bedeutung einer stärkeren Selbstfürsorge-Orientierung hinsichtlich return to work korrespondiert. Die Befunde sprechen für eine therapeutische Beinflussbarkeit zumindest des dysfunktionalen Musters A. Dieser Befund ist relevant vor dem Hintergrund der Forderung nach einer stärkeren Leistungs- und Trainingsorientierung auch in der Psychosomatik (Köllner & Gissendanner, 2015). Möglicherweise sind auch differentielle Konzepte für Rehabilitanden mit dysfunktional reduzierter bzw. erhöhter Leistungsmotivation sinnvoll, analog zum Avoidance/Endurance-Modell (Hasenbring et al., 2012)

in der Schmerztherapie. Offen bleibt die Frage, wie nachhaltig diese Veränderungen sind und welchen Einfluss sie auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit haben.

Literatur

Beierlein, V. Köllner V, Neu R, Schulz H: Ein Verfahren zur Überblicksmessung und zum Screening dreier Dimensionen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster in der psychosomatischen Rehabilitation – Vorschlag für eine Kurzform AVEM-3D. Die Rehabilitation 2016; 55: 348-356

Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, et al. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. Pain 2012; 153: 211-217.

Köllner V, Stock Gissendanner S. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg.): Psychosomatische Rehabilitation. Stuttgart, Schattauer, 2015, S. 293-305

Schaarschmidt, U. (2006). AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn. S. 59-82.

Wasilewski J, Otto J, Linden M. Zunahme der Selbstpflege statt der Widerstandsbereitschaft bei Belastungen: Haupt- oder Nebenwirkung in der medizinisch beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation? Psychother Psychosom Med Psychol, 2017 (efirst) DOI: 10.1055/s-0043-118656.

Schlafstörungen im Hinblick auf Aktivität und Teilhabe

Pritschow, F. (1), Linden, M. (1), Ihle, W. (2), Köllner, V. (3)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Universität Potsdam, (3) Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Zielstellung

Schlafstörungen sind mit einer gesteigerten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen assoziiert. Es entstehen folglich hohe volkswirtschaftliche Kosten, zum einen direkt, z. B. durch Medikamente oder Psychotherapie, zum anderen auch indirekt durch Fehltage am Arbeitsplatz, verminderte Leistung am Arbeitsplatz oder Frühberentung (Riemann et al., 2017). Schlafstörungen beeinträchtigen nicht nur die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, sondern haben damit einhergehend unmittelbar negativen Einfluss auf die Lebensqualität sowie auf das Funktionsniveau der Betroffenen. Dennoch werden in der medizinischen Rehabilitation, ungeachtet der hohen Prävalenz und der nachgewiesenen Relevanz, Schlafstörungen bei der Behandlung mitunter immer noch übergangen (Linden, 2015). In der psychosomatischen Rehabilitation liegt der schlussendliche Fokus auf der Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation im Sinne der ICF bei chronischen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, wobei die Teilhabe am Erwerbsleben ein bedeutendes Ziel der Maßnahme darstellt.

Methoden

168 Patienten (70,8 % Frauen, Alter 50.2, SD = 8.8) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden bei Aufnahme (T1) sowie bei Entlassung (T2) sowohl mit dem Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI; Backhaus et al., 2002) als auch den Insomnie Schweregrad Index (ISI-G; Gerber et al., 2016) untersucht. Neben einer klinischen Begutachtung über die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, wurde bei Entlassung zusätzlich das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in der Selbstbeurteilung (Mini-ICF-APP-S) erhoben.

Ergebnisse

Sowohl im PSQI als auch im ISI-G erreichten über 84 % bei Aufnahme sowie über 63 % bei Entlassung einen Wert, der mindestens auf ein unterschwelliges Schlafproblem hinweist. Im Vergleich zu 51.2 % der Patienten, die zu Beginn eine milde oder starke Insomnie aufwiesen, ist dies am Ende noch bei 30.3 % der Fall. Klinisch war nur bei zwei der Probanden eine Insomnie diagnostiziert worden.

Es konnten schwache bis mittelstarke Zusammenhänge zwischen Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme und Schlafstörungen (ISI-G Kendall-Tau B = .330, $p < .001$; PSQI Kendall-Tau B = .279, $p < .001$) sowie zwischen der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Entlassung und Schlafstörungen (ISI-G Kendall-Tau B = .220, $p < .005$; PSQI Kendall-Tau B = .213, $p < .005$) gefunden werden. Darüber hinaus gibt es schwache bis mittelstarke Korrelationen zwischen sämtlichen Fähigkeitsdimensionen und Schlafstörungen (ISI-G Kendall-Tau B mindestens ≥ .239 bis .474, $p < .001$).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation stark belastet mit klinisch relevanten Schlafproblemen sind. Zwar nehmen die Schlafbeschwerden zum Ende der Rehabilitation ab, nichtsdestotrotz hat eine hohe Anzahl an Patienten weiterhin bedeutsame Schlafstörungen, die mit dem Ausmaß der Fähigkeitseinschränkungen und einer negativen Erwerbsprognose korrelieren. Auffällig ist, dass eine Insomie nur sehr selten diagnostiziert und im Behandlungsplan berücksichtigt wurde. Der Vergleich zwischen dem ISI-G und dem PSQI zeigt, dass beide zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommen. Nach den vorliegenden Ergebnissen kann der ISI-G als Screeningverfahren zu Insomniebeschwerden mit nur 7 Items valide angewandt werden. Weitere Studien müssen zeigen, bei welchem Anteil der Rehabilitanden die Schlafstörungen eine eigene Krankheitsentität darstellen und nicht nur Symptom einer anderen psychischen Störung sind. Hieraus ließe sich dann der Bedarf nach spezifischen Interventionen ableiten.

Literatur

Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). Test–retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. Journal of psychosomatic research, 53(3), 737-740.

Gerber, M., Lang, C., Lemola, S., Colledge, F., Kalak, N., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U, & Brand, S. (2016). Validation of the German version of the insomnia severity index in adolescents, young adults and adult workers: results from three cross-sectional studies. BMC psychiatry, 16(1), 174.

Linden, M. (2015). Institutionelle Prävalenz und Kontext schwerer Schlafstörungen bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 65(07), 268-272.

Riemann, D., Baum, E., Cohrs, S., Crönlein, T.,Hajak, G., Hertenstein, E., Klose, P., Langhorst, J., Mayer, G., Nissen, C., Pollmächer, T., Rabstein, S., Schlarb, A., Sitter, H., Weeß, H.-G., Wetter, T., & Spiegelhalder, K. (2017). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Somnologie, 21(1), 2-44.

Mobbing - eine besondere berufliche Problemlage in der medizinischen Rehabilitation?

Kessemeier, F. (1), Petermann, F. (1), Stöckler, C. (1), Bassler, M. (2), Kobelt, A. (3)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,

(2) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld,

(3) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

Zielstellung

Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit sowie eine negative subjektive Erwerbsprognose stellen die wichtigsten Kriterien für eine intensivierte Bearbeitung beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation dar. Es wurden jedoch weitere sozialmedizinische und berufliche Problemlagen identifiziert, die besonderer Berücksichtigung bedürfen, worunter auch Mobbing gezählt werden sollte (Kobelt, 2006; Kobelt et al., 2009).

Die vorliegende Arbeit soll klären, ob Mobbing mit ähnlichen Depressions- und arbeitsmotivationalen Veränderungen einhergeht wie bekannte besondere berufliche Problemlagen (BBPL). Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

Unterscheiden sich Patienten mit verschiedenen Kombinationen aus BBPL und Mobbing hinsichtlich soziodemographischer Parameter? Gibt es Gruppenunterschiede hinsichtlich ihrer psychosozialen Gesundheit? Unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Arbeitsmotivation?

Methoden

Für die Überprüfung der Fragestellungen kamen Fragebögen aus dem Routineassessment Psychosomatik (RAP; Nübling et al., 2015) zum Einsatz. Für die vorliegende Studie wurden aus der Basisdokumentation die zu Aufnahme erfassten Assessments Trierer Mobbing Kurzskala (TMKS; Klusemann et al., 2008), das Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation (DIAMO; Ranft et al., 2009) und die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49; Rabung et al., 2009) eingesetzt. Die Gesamtstichprobe wurde in vier Untergruppen unterteilt: „Patienten ohne Mobbing und ohne BBPL (oMoB)“ (n=2.641), „Patienten ohne Mobbing und mit BBPL (oMmB)“ (n=4.440), „Patienten mit Mobbing und ohne BBPL (mMoB)“ (n=288) und „Patienten mit Mobbing und mit BBPL (mMmB)“ (n=1.103).

Ergebnisse

Die Patienten (n=8.472) waren im Durchschnitt M=47.69 (SD=9.10) Jahre alt und etwas häufiger männlich (51.9%). 16.4% aller Patienten waren von Mobbing betroffen.

Während in der Gruppe „oMoB“ der Frauenanteil überwiegt (51.3%), sind in den anderen Gruppen, insbesondere in der Gruppe „mMoB“ mehr Männer (57.3%) ($\chi 2$=17.949, df=3, p<.001). In den beiden Gruppen mit BBPL wiesen Patienten etwas häufiger einen Migrationshintergrund auf als in den Gruppen ohne BBPL ($\chi 2$=24.022, df=3, p<.001). Mobbingbetroffene waren häufiger ledig und seltener verheiratet oder zusammenlebend ($\chi 2$=71.462, df=12, p<.001). Rehabilitanden mit Mobbingerleben und ohne BBPL hatten seltener Haupt- oder Volksschulabschluss und häufiger Abitur ($\chi 2$=109.885, df=18, p<.001).

Die Prüfung auf Mittelwertunterschiede hinsichtlich Arbeitsmotivation (Motivationales Selbstbild, Motivationale Handlungsentwürfe, Motivationale Passung) und psychische Beschwerden (Depressivität, Phobische Ängste) erfolgte mittels MANOVAs, ANOVAs und t-Tests (Tab. 1 und Tab. 2).

Tab. 1: Ergebnisse der Prüfung auf Mittelwertunterschiede in ausgewählten Skalen von DIAMO.

	oMoB (1)	oMmB (2)	mMoB (3)	mMmB (4)	Teststatistik					
	n=2641	*n*=4440	*n*=288	*n*=1103	ANOVA		post-hoc-Analysen			Effekt-größe
Skalen des DIAMO	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*	*F* (df_1/df_2)	*p*	Vergleich	*t*	*p*	*d*
Motivationales Selbstbild	97.66 (14.81)	93.09 (15.73)	90.31 (16.40)	88.19 (16.27)	110.054 (3, 8468)	<.001	(1) - (2)	12.274^{v}	<.001	0.302
							(1) - (3)	7.914	<.001	0.491
							(1) - (4)	16.656^{v}	<.001	0.711
							(2) - (3)	2.898	.004	-
							(2) - (4)	9.185	<.001	0.309
							(3) - (4)	1.962	.005	-
Motivationale Handlungsentwürfe	41.36 (7.07)	39.35 (7.21)	38.13 (7.83)	37.92 (7.79)	76.065 (3, 8468)	<.001	(1) - (2)	11.469	<.001	0.282
							(1) - (3)	6.710^{v}	<.001	0.416
							(1) - (4)	12.671^{v}	<.001	0.454
							(2) - (3)	2.752	.006	-
							(2) - (4)	5.525^{v}	<.001	0.186
							(3) - (4)	0.414	.679	-
Motivationale Passung	52.12 (9.38)	45.38 (9.38)	41.73 (8.34)	37.70 (8.49)	707.305 (3, 8468)	<.001	(1) - (2)	29.258	<.001	0.719
							(1) - (3)	19.826^{v}	<.001	1.230
							(1) - (4)	45.934^{v}	<.001	1.647
							(2) - (3)	7.149^{v}	<.001	0.435
							(2) - (4)	26.331^{v}	<.001	0.886
							(3) - (4)	7.192	<.001	0.476

Anm.: oMoB= ohne Mobbing & ohne BBPL; oMmB= ohne Mobbing & mit BBPL; mMoB= mit Mobbing & ohne BBPL; mMmB=mit Mobbing & mit BBPL; v=t-Wert bei Varianzheterogenität

Tab. 2: Ergebnisse der Prüfung auf Mittelwertunterschiede in ausgewählten Skalen von HEALTH-49.

Skalen des HEALTH-49	oMoB (1) *n*=2641	oMmB (2) *n*=4440	mMoB (3) *n*=288	mMmB (4) *n*=1103	Teststatistik					
					ANOVA		post-hoc-Analysen			Effekt-größe
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*	*F* (df_1/df_2)	*p*	Vergleich	*t*	*p*	*d*
Depressivität	1.38 (0.95)	1.82 (0.98)	2.07 (2.28)	2.28 (0.94)	260.869 (3, 8468)	<.001	(1) - (2)	-18.497	<.001	0.455
							(1) - (3)	-11.846	<.001	0.735
							(1) - (4)	-26.640	<.001	0.955
							(2) - (3)	-4.291	<.001	0.261
							(2) - (4)	-14.483[v]	<.001	0.487
							(3) - (4)	-3.333	.001	0.221
Phobische Ängste	0.70 (0.85)	1.10 (1.05)	1.26 (1.03)	1.45 (1.13)	170.975 (3, 8468)	<.001	(1) - (2)	-17.363[v]	<.001	0.427
							(1) - (3)	-8.751[v]	<.001	0.543
							(1) - (4)	-19.782[v]	<.001	0.709
							(2) - (3)	-2.438	.015	-
							(2) - (4)	-9.401[v]	<.001	0.316
							(3) - (4)	-2.832[v]	.005	0.187

Anm.: oMoB= ohne Mobbing & ohne BBPL; oMmB= ohne Mobbing & mit BBPL; mMoB= mit Mobbing & ohne BBPL; mMmB=mit Mobbing & mit BBPL; v=t-Wert bei Varianzheterogenität

Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Mobbing - zusätzlich zu anderen BBPL - sowohl die psychische Belastung als auch die Arbeitsmotivation von Rehabilitanden beeinflusst. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Mobbing stärker als bisher als eine berufliche Belastung verstanden werden sollte. Für die klinische Praxis legen diese Ergebnisse nahe, dass in der Therapie von Mobbingbetroffenen eine Bearbeitung der primär sozialen arbeitsbezogenen Probleme nicht ausreichend ist. Auch Einstellungen zur Arbeit sowie arbeitsbezogene Dispositionen und verhaltensorientierte Aspekte der Motivation sollten berücksichtigt werden.

Interessenkonflikte: Der Co-Autor A. Kobelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Literatur

Klusemann, J., Nikolaides, A., Brunn, M., Schwickerath, J. & Kneip, V. (2008). Trierer Mobbing-Kurz-Skala (TMKS). Validierung eines Screening-Instrumentes zur diagnostischen Erfassung von Mobbing am Arbeitsplatz. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 82, 323-334.

Kobelt, A. (2006). Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 3, 224-231.

Kobelt, A., Pfeiffer, W., Winkler, M., Bauer, V., Gutenbrunner, C. & Petermann, F. (2009). Sind Mobbingbetroffene eine besondere Patientengruppe in der psychosomatischen Rehabilitation? Rehabilitation, 48, 312-320.

Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt, A. & Bassler, M. (2015). Routine-Assessment in der psychosomatischen Rehabilitation - Behandlungsergebnisse auf der Grundlage eines EDV-gestützten Routine-Assessment-System. DRV-Schriften, 107, 336-338.

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49). Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55, 162-179.

Ranft, A., Fiedler, R., Greitemann, B. & Heuft, G. (2009) Optimierung und Konstruktvalidierung des Diagnostikinstruments für Arbeitsmotivation (DIAMO). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 59, 21-30.

Hilfreiche therapeutische Beziehung bei sozialmedizinisch auffälligen Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation

Henn, J. (1), Nübling, R. (1), Kriz, D. (1), Schmidt, J. (1), Kaiser, U. (1), Kobelt, A. (2), Bassler, M. (3)

(1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,
(2) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,
(3) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld

Zielstellung

Die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist ein zentraler Wirkfaktor in der Psychotherapie. Sie trägt maßgeblich zum Erfolg oder auch zum Misserfolg einer Therapie bei (Orlinsiky, Grawe et. al., 1994). Bestimmte Patientenmerkmale erleichtern oder erschweren den Aufbau der Therapiebeziehung und bestimmen potentiell das Therapieergebnis (vgl. Strauß, 2015). Für die psychosomatische Rehabilitation könnte die sozialmedizinische Auffälligkeit von Rehabilitanden mit dem Aufbau einer hilfreichen therapeutischen und dem erzielten Therapieerfolg zusammenhängen.

Anhand der Stichprobe einer Arbeiterrentenversicherung soll u.a. überprüft werden, ob es sozialmedizinisch auffälligen Rehabilitanden schwerer fällt, eine therapeutische Beziehung einzugehen, und wie sich dies auf die subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs bzw. Behandlungsergebnisses aus Rehabilitandensicht auswirkt.

Methoden

Methodische Grundlage bildet das Routine-Assessment Psychosomatik (RAP, Nübling et al., in Vorbereitung). Es enthält vorwiegend lizenzfreie Verfahren, u.a. die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte der psychosozialen Gesundheit (HEALTH49), sowie Screening-Instrument Arbeit und Beruf (SIBAR), welches zur Identifikation sozialmedizinisch auffälliger Rehabilitanden genutzt wurde. Zur Erfassung der therapeutischen Beziehung wurde der Helping Alliance Questionnaire (HAQ, Bassler & Nübling, 2015, Nübling et al., 2017) und für den Therapieerfolg die BESS–Kurzskala verwendet (Schmidt et al. 2008).

Betrachtet werden N_{max} = 1.304 erwerbstätige Rehabilitanden (48,5% weiblich, Durchschnittsalter 47,2 Jahre (SD=9,3), 41,5% Hauptschulabschluss, 56% Arbeiter, 42,1% Affektive Störungen (F3)), aus zwei Psychosomatischen Kliniken der DRV Braunschweig-Hannover, für die SIBAR-Werte und HAQ- Werte vorliegen.

Ergebnisse

Der Anteil der Patienten, die einen sozialmedizinisch auffälligen SIBAR-Wert ≥ 8 und damit ein erhöhtes Frühberentungsrisiko aufweisen, lag bei 24,1%, das SIBAR Skalenmittel in der Gesamtstichprobe lag bei M=4,84 (SD=4,23). Rehabilitanden mit erhöhtem Frühberentungsrisiko unterscheiden sich in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung signifikant

von denen ohne Risiko. So ergeben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Therapeutischen Beziehung (Helping Alliance bei Aufnahme, t (1.302)= 6.68, p<.001, d=.37 und Entlassung, t (1.302) = 7.41, p <.001, d = .76.) sowie auch in der Bewertung des Therapieerfolgs (BESS Kurzskala, t (1.269)= -13.20, p<.001, d=.74). Dabei schätzen sozialmedizinisch auffällige Rehabilitanden sowohl den Therapieerfolg (SIBAR < 8: MW = 1,97 (SD = 0.81); SIBAR ≥ 8: MW = 2.62 (SD =0.73), niedrige Werte entsprechen guter Bewertung) als auch die Therapeutische Beziehung etwas schlechter ein (vgl. Abb.1). Jedoch wird der Therapieerfolg in beiden Gruppen umso besser eingeschätzt, je besser die Therapeutische Beziehung ist (vgl. Tab. 1).

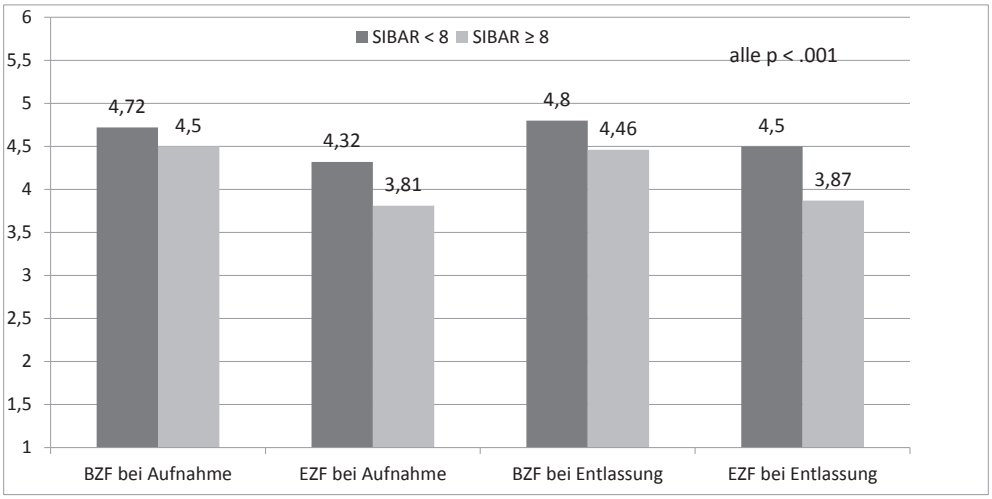

Abb. 1: Mittelwertunterschiede HAQ Skalen Erfolgszufriedenheit (EZF) und Beziehungszufriedenheit (BZF) zwischen sozialmedizinisch auffälligen (SIBAR ≥ 8) und unauffälligen (SIBAR < 8) Patienten. Itemmittelwerte der Skalen

Tab. 1: Zusammenhang zwischen Therapeutischer Beziehung (HAQ) und Therapieerfolg (BESS) bei Aufnahme und Entlassung für sozialmedizinisch auffällige (SIBAR ≥ 8) und unauffälligen (SIBAR < 8) Patienten. Angaben/Einschätzungen der Patienten

	n	HAQ (A) vs. BESS	HAQ (E) vs. BESS
SIBAR ≥ 8	304	*r* =- .545	*r* = - .645
SIBAR < 8	967	*r* = - .411	*r* = - .485

Anm.: (A): Aufnahme (E): Entlassung; BESS: Entlassung, negative Korrelation durch Polung der BESS-Skala bedingt

Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es sozialmedizinisch auffälligen Rehabilitanden (und vielleicht auch ihren Therapeuten) schwerer fällt, eine hilfreiche therapeutische Beziehung aufzubauen. Dennoch besteht sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung ein starker Zusammenhang zwischen der wahrgenommen hilfreichen Therapiebeziehung und dem subjektiven Therapieergebnis. Die Zusammenhänge sind sogar bei den sozialmedizinisch auffälligen Rehabilitanden höher, was als Hinweis darauf gesehen werden kann, dass bei ihnen die therapeutische Beziehung eine besondere Bedeutung hat und diese ggf. noch stärker in den Fokus der Behandlung rücken sollte.

Interessenkonflikte: Der Co-Autor A. Kobelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig- Hannover.

Literatur

Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons.

Bassler, M. & Nübling, R. (2015): HAQ – Helping Alliance Questionnaire, In: Geue, K., Strauß, B. & Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostischen Verfahren in der Psychotherapie (S. 246-249). Göttingen, Hogrefe.

Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt A. & Bassler, M. (in Vorb.). Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) – Konzept, Implementierung und Ergebnisse eines Dokumentationssystems für die psychosomatische Rehabilitation. Prävention & Rehabilitation.

Nübling, R., Kraft, M., Henn, J., Kriz, D., Lutz, W., Schmidt, J., Wittmann, W.W. & Bassler, M. (2017): Psychometrische Überprüfung des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) in unterschiedlichen Versorgungssettings. Psychother Psych Med PPmP eFirst-Online-publikation: https://doi.org/10.1055/s-0043-111083.

Schmidt, J., Nübling, R., Steffanowski, A., Kriz, D. & Wittmann, W.W. (2008). Die Kurzskala BESS zur direkten Veränderungsmessung - Zusammenfassende Befunde aus mehreren Studien. DRV-Schriften, Band 77 (S. 101-103). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Strauß, B. (2015). Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz – Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. Psychotherapeut. 60:389-396. DOI 10.1007/s00278-015-0044-5.

Einfluss von Bindungsmerkmalen auf das Erleben von Gruppensitzungen im Rahmen der Intensiven Rehabilitativen Nachsorge (IRENA)

Weber, R. (1), Langens, T. (2), Schonnebeck, M. (2)

(1) Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln,
(2) Psychosomatische Tagesklinik Köln am Hansaring, Köln

Zielstellung

Intensivierte Reha-Nachsorge-Programme (IRENA) sind bundesweit weit verbreitet und haben einen festen Platz im Bereich der Reha-Massnahmen eingenommen. Sie wurden eingeführt um die während der psychosomatischen Rehabilitation erreichten Behandlungsergebnisse zu sichern und einen nachhaltigen und überprüfbaren Transfer des Gelernten in den Alltag zu unterstützen. Das gesicherte Wissen über das Zustandekommen der erzielten Effekte ist jedoch vergleichsweise gering.

Methoden

Es wird über die Ergebnisse einer naturalistischen Studie berichtet, die über einen Zeitraum von einem Jahr durchgeführt wurde. Neben einem Fragebogen zur Symptomausprägung (Klinisch Psychologische Diagnostik; KPD-38) kamen das IIP-32 (Inventar Interpersoneller

Probleme) und der Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartungen (BFKE) zum Beginn der Maßnahme zum Einsatz. Der KPD-38 wurde den Teilnehmern zusätzlich nach Abschluss der 10. und der 25. Sitzung noch einmal vorgelegt. Darüber hinaus wurde der gruppentherapeutische Prozess mit der deutschen Version des Therapeutic Factors Inventory (TFI) und dem Gruppenfragebogen (GQ-D) untersucht.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 288 Patienten (in 23 geschlossenen Gruppen) in die Studie eingeschlossen. 72 Patienten (25,0%) beendeten die Maßnahme vorzeitig. 27 Gruppenmitglieder (9,4%) lehnten die Beteiligung an der Studie ab.

Im Korrelationsmodell kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen der symptomatischen Belastung zu Beginn der Maßnahme (KPD-38) und den Skalen des BFKE gezeigt werden (Akzeptanzprobleme Öffnungsbereitschaft, Zuwendungsbedürfnis Vergleichbare Korrelationen zeigten sich sowohl im Verlauf (10. Sitzung); als auch zum Ende des Nachsorgeprogramms (25. Sitzung). Hinsichtlich des Gruppenerlebens und hier insbesondere der Erfassung von Beziehungsfaktoren, zeigte sich in Multilevel-Regressionsmodellen, dass das Ausmaß zur Selbstöffnung mit einem höheren Wahrnehmungslevel von Kohäsion und Engagement (positiv bonding relationship - Verbundenheit) einhergeht. Gleichermaßen ist die Bereitschaft zur Selbstöffnung mit dem Erleben einer positiven Arbeitsatmosphäre (positiv working relationship) assoziiert.

Fazit

Die Bindungsorganisation eines Individuums scheint im Rahmen der rehabilitativen Nachsorgegruppen eine ebenso wichtige Bedeutung zu haben wie in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Weitere Analysen zum Zusammenhang zwischen Bindung, Verlauf und dem Ergebnis der Gruppenintervention werden berichtet und diskutiert.

Literatur

Bormann, B., Burlingame, G.M., Strauß, B. (2011): Der Gruppenfragebogen: Die deutsche Version des Group Questionnaire (GQ-D) - Ein Instrument zur Messung von therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. Psychotherapeut, 56(4), 297-309.

Höger D. (1999): Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. Psychotherapeut, 44: 159-166.

Percevic, R., Gallas, C., Wolf, M., Haug, S., Hünerfauth, T., Schwarz, M. & Kordy, H. (2005). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38). Entwicklung, Normierung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. Diagnostica, 51 (3), 134-144.

Thomas, A., Brähler, E., Strauß, B. (2011): IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. Diagnostica. 57: 68-83.

Weber, R. (2017) Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie - Übersetzung und initiale Validierung des Therapeutic Factors Inventory (in Vorbereitung).

Bindungsstile in IRENA-Gruppen: Zusammenhänge zwischen Gruppenzusammensetzung und Verbundenheit

Langens, T. (1), Schonnebeck, M. (1), Weber, R. (2)

(1) Psychosomatische Tagesklinik Köln am Hansaring, Köln, (2) Universitätsklinikum Köln

Zielstellung

In therapeutischen Gruppen treffen Menschen mit unterschiedlichen Bindungsstilen aufeinander. Aus theoretischer Perspektive ist zu erwarten, dass die Beziehungsgestaltung einzelner Gruppenmitglieder sowohl von ihrem individuellen Bindungsstil als auch von der Zusammensetzung der Gruppe – dem Anteil sicher gebundener vs. vermeidender oder ambivalenter Teilnehmern in dieser Gruppe – beeinflusst wird. In einer explorativen Datenanalyse untersuchen wir den Zusammenhang zwischen dem individuellen Bindungsstil und der Zusammensetzung der Gruppe mit der Verbundenheit zur Gruppe am Ende der Therapie in IRENA-Nachsorgegruppen.

Methoden

In 23 IRENA-Nachsorgegruppen wurde zu Beginn der Therapie der Bindungsstil mithilfe des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen (BFKE, Höger, 1999) erhoben; Patienten wurden anhand der Skalenwerte einem von 5 empirisch ermittelten Clustern (sicher gebunden, partiell sicher gebunden, vermeidend-verschlossen, ambivalent-klammernd, ambivalent-verschlossen) zugeordnet. Nach der ersten und zum Abschluss der Gruppe in der 25. Sitzung wurden die wahrgenommenen therapeutischen Beziehungen zur Gruppe mit dem Gruppenfragebogen (GQ-D, Bormann, Burlingame & Strauß, 2011) erfasst. Von den anfänglich 288 Teilnehmern konnten von 131 Daten zu allen Messzeitpunkten erhoben werden.

Ergebnisse

In hierarchischen Regressionsanalysen wurde die Verbundenheit zur Gruppe zum Abschluss durch (1) die anfängliche Verbundenheit, (2) den Bindungsstil des Teilnehmers (dummykodiert), (3) den Anteil von Teilnehmern mit einem spezifischen Bindungsstil (z. B. Anteil partiell-sicher gebundener Teilnehmer in der jeweiligen Gruppe) und (4) die Interaktionsterme von 3 und 4 vorhergesagt. Für den Anteil partiell-sicher gebundener Teilnehmer ergab sich eine signifikante Interaktion ($\Delta F(4, 120) = 3.58$, $p < .01$) mit dem individuellen Bindungsstil. Post-hoc Analysen zeigten, dass für ambivalent-anklammernde Teilnehmer ein positiver Zusammenhang ($r = .63$, $p < .05$) zwischen dem Anteil partiell-sicher gebundener Gruppenmitglieder und der abschließenden Verbundenheit bestand; dagegen zeigte sich für vermeidend-verschlossene Teilnehmer ein negativer Zusammenhang ($r = -.45$, $p < .01$) zwischen dem Anteil partiell-sicher gebundener Gruppenmitglieder und der abschließenden Verbundenheit. Für die verbleibenden Bindungsstile war die Verbundenheit zum Abschluss unabhängig von dem Anteil partiell-sicher gebundener Gruppenmitglieder.

Fazit

Die Befunde weisen auf die Bedeutung von Komplementarität (vs. Konkordanz) von Bindungsstilen in Gruppen hin. Neben der Planung weiterer kontrollierter Studien zur Weiterführung der Fragestellung werden therapeutische Interventionen zur Utilisation unterschiedlicher Gruppenzusammensetzungen erörtert.

Literatur

Pollak E., Wiegand-Grefe S., Höger, D: The Bielefeld Attachment Questionnaires: Overview and Empirical Results of an Alternative Approach to Assess Attachment. Psychotherapy Reserach 2008; 18(2): 179-190.

Reha-Erfolg und negative Antwortverzerrung in der Symptomschilderung. Eine Analyse mit Strukturgleichungsmodellen

Kaminski, A., Pfeiffer, W., Bassler, M.

Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld

Zielstellung

In der Literatur zum Rehabilitationserfolg ist der Einfluss arbeitsbezogener Variablen – Arbeitsunfähigkeitszeiten, geringe Schulbildung – auf den Reha-Erfolg gut belegt (z. B. Oster, Müller und Wietersheim, 2009). Wenig empirisches Wissen besteht über den Zusammenhang von Symptombelastung und Reha-Erfolg unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Beschwerdenauthentizität. Ziel dieser explorativen Studie ist die Untersuchung dreier hypothetischer Modelle über den Zusammenhang zwischen Symptomschwere und Reha-Erfolg unter Einbezug der Beschwerdenvalidierung.

Methoden

Die Analyse erfolgte anhand einer fortlaufend erhobenen, nicht-selegierten Patientenstichprobe (n=4003) des Rehazentrums Oberharz. Es wurde eine konfirmatorische Analyse dreier Strukturgleichungsmodelle (Muthen und Muthen, 2007) vorgenommen. Als exogene latente Variable wurde der BDI-II-Summenscore erhoben. Als moderierende latente Variable diente die “negative Antworttendenz“, ermittelt mit dem SFSS als dichotomer Variable (Cut-Off-Wertes von > 16). Die endogenen latenten Variablen wurden einerseits anhand einer Mittelwertdifferenz des ISR-Gesamtscores (Reha-Anfang vs. -Ende), andererseits anhand der Beantwortung zweier Items zur Selbst- und Fremdeinschätzung des Reha-Erfolges aus der testpsychologischen Basisdokumentation gemessen.

Ergebnisse

Alle drei Modelle weisen eine gute Passung zwischen Hypothese und den vorliegenden Daten auf (siehe Tabelle 1).

Die Analyse des ersten Modells (Reha-Erfolg gemessen als ISR-Mittelwertunterschied) weist einen signifikanten Gruppenunterschied auf. Demnach profitieren Patienten im Sinne einer

Symptomentlastung von der Reha, wenn keine negative Antworttendenz vorliegt. Dieser Effekt steigt signifikant, je höher die Symptombelastung zu Beginn der Reha angegeben wird.

Darüber hinaus zeigt sich für die Analyse des zweiten und dritten Modells ebenfalls ein signifikanter Gruppenunterschied. Im Gegensatz zum ersten Modell unterscheiden sich die beiden Gruppen jedoch nicht in ihrer Wirkrichtung, sondern in dem Ausmaß der Steigung. Patienten mit einer höheren Symptombelastung zu Beginn der Reha, unabhängig von ihrer Gruppenzugehörigkeit, werden jeweils vom Therapeuten und in der Selbsteinschätzung als „erfolgloser" zum Ende der Reha eingeschätzt. Diese Einschätzung erfolgt jedoch ausgeprägter, wenn eine negative Antworttendenz vorliegt.

Tab. 1: Statistische Analyse der drei Strukturgleichungsmodelle

	Group	Estimate	SE	p	WALD	Chi-Square	RMSEA	TLI/CLI
ISR	0	0.119	0.021	<.01	22.273 (1, <.01)	0 (0, <.01)	0 (<.01)	1.00
	1	-0.047	0.026	0.073				
Selbst	0	0.191	0.020	<.01	7.338 (1, <.01)	0 (0, <.01)	0 (<.01)	1.00
	1	0.264	0.024	<.01				
Fremd	0	0.174	0.024	<.01	8.454 (1, <.01)	0 (0, <.01)	0 (<.01)	1.00
	1	0.253	0.029	<.01				

Anm.: SE= Standard Error, WALD = Prüfung der Gruppenunterschiede; Chi-Square, RMSEA, TLI/CLI = Prüfung der Modellpassung

Fazit

Die vorliegende Studie unterstützt den klinischen Eindruck einer gesonderten, eher schwierigen Patientengruppe, die durch eine negative Antwortverzerrung in der Symptomschilderung charakterisiert ist. Anhand der Analyse konnte gezeigt werden, dass die hypothetischen Modelle als passend anzusehen sind und Patienten mit einer negativen Antworttendenz einen ungünstigeren Reha-Verlauf nehmen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Unterstützung der Diagnostik, sowie der sozialmedizinischen Begutachtung durch den Einbezug der Beschwerdenvalidierung unentbehrlich.

Literatur

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2007). Mplus. Statistical analysis with latent variables. Version, 3.

Oster, J., Müller, G., & von Wietersheim, J. (2009). „Wer profitiert?"–Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48(02), 95-102.

Zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit in der Psychosomatischen Rehabilitation

Schulz, H. (1), Lindner, J. (2), Peters, M. (2)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld

Zielstellung

Mentalisierungsfähigkeit ist heute eines der zentralen Konstrukte der modernen psychodynamischen Psychotherapie, die Fähigkeit zu mentalisieren gilt als wesentliches Merkmal psychischer Gesundheit. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass diese basale Fähigkeit bei psychischen Störungen eingeschränkt ist. Die vorgestellte Studie befasst sich mit der Frage, ob die Mentalisierungsfähigkeit im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation sowohl zum Entlassungszeitpunkt als auch katamnestisch verbessern lässt.

Methoden

In der Hersfelder Katamnesestudie wurde u.a. die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit während der psychosomatischen Rehabilitation überprüft. Erhebungsinstrument war der Mentalisierungsfragebogen (MZQ, Hausberg et al. 2012), der vier Skalen (Refusing self-reflection, Emotional awareness, Psychic equivalence mode, Regulation of affect) enthält, die zusätzlich zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden können. Höhere Punktwerte entsprechen dabei jeweils einem höheren Ausmaß der Mentalisierungsfähigkeit. Es stand eine Ausgangstichprobe von 800 konsekutiven Patienten einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik zur Verfügung, die zu drei Messzeitpunkten befragt wurde: Aufnahme, Entlassung, 6-Montas-Katamnese. Neben dem MZQ wurden soziodemographische und krankheitsbezogene Daten sowie der HEALTH-49 erhoben (Rabung et al. 2007). Ergänzend wurden für die Skalen des MZQ Auswertungen nach Altersquartilen (Rehabilitationsklinik) durchgeführt, wobei die Gruppe 58 Jahre und älter im Fokus stand. Die primäre inferenzstatistische Auswertung erfolgte mittels zweifaktorieller multivariater Varianzanalyse mit Messwiederholung und geplanten Kontrasten der Werte zur Entlassung und zur Katamnese jeweils im Vergleich zu denen zur Aufnahme. Als Effektstärken wurde das partielle eta2 sowie Cohen's d berechnet.

Ergebnisse

In den vier Skalen des MZQ zeigten sich in allen vier Skalen sowie dem Gesamtwert zur Entlassung hin signifikant höhere Werte im Vergleich zur Aufnahme. Die Unterschiede sind mit Ausnahme der Skala Emotional awareness von kleiner Effektstärke. Im Vergleich von Katamnese und Aufnahme finden sich ebenfalls in allem Skalen sowie im Gesamtwert signifikant höhere Werte zur Katamnese. Mit Ausnahme der Skala Refusing self-reflection sind die Unterscheide von kleiner bis annähernd mittlerer Effektstärke und fallen insgesamt höher aus als im Vergleich von Entlassung und Aufnahme. Die ergänzende Auswertung nach Altersgruppen ergibt sowohl zur Entlassung als auch zur Katamnese keine statistisch signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe in den Skalen des MZQ.

Fazit

Den vorliegenden Ergebnissen zufolge gelingt es, in der Psychosomatischen Rehabilitation einen Prozess zur Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit in Gang zu setzen, der sich auch nach der Entlassung noch fortsetzt. Limitierend ist darauf hinzuweisen, dass keine Kontrollgruppe einbezogen wurde, wodurch eine kausale Interpretation eingeschränkt ist. Die mentalisierungsbezogene Psychotherapie geht davon aus, dass eine sichere Bindung Voraussetzung für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist und somit auch Ziel sein sollte, die therapeutische Beziehung in Richtung einer sicheren Bindung (‚secure enough base') zu entwickeln (Holmes 2012). Übertragen würde dies bedeuten, dass es Ziel sein sollte, die Psychosomatische Klinik bzw. eine Station auch als sicheren Ort zu konzipieren, um damit eine Voraussetzung für die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit zu schaffen (Schultz-Venrath 2013).

Förderung: Damp-Stiftung

Literatur

Hausberg MC, Schulz H, Piegler T, Happach CG, Klöpper M, Brütt AL, Sammet I, Andreas S (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). Psychotherapy Research, 22(6), 699-709.

Holmes J (2012). Sichere Bindung und Psychodynamische Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rabung S, Harfst T, Kawski S, Koch U, Wittchen HU (2009). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis. Z Psychosom Med Psychother. 55(2):162-79.

Schultz-Venrath, U (2013). Lehrbuch Mentalisieren. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fördert Mentales Kontrastieren berufsbezogene Ziele in der medizinischen Rehabilitation?

Kessemeier, F. (1), Stöckler, C. (1), Petermann, F. (1), Bassler, M. (2), Kobelt, A. (3)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld,
(3) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

Zielstellung

Die Förderung von Motivation zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ist Aufgabe und Herausforderung für verschiedene Professionen in der medizinischen Rehabilitation. Außerhalb der medizinischen Rehabilitation zeigte Mentales Kontrastieren mit Wenn-Dann-Planung (Mental Contrasting with Implementation Intentions; MCII) gute Ergebnisse bei der Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (vgl. Oettingen & Gollwitzer, 2010) sowohl bei gesunden, wie auch bei psychisch erkrankten Menschen (Fritzsche et al., 2016; Sailer et al., 2015). MCII ist eine Strategie zur Zielerreichung: Neben einer realistischen und konkreten Zielformulierung steht die Betrachtung und Bearbeitung von Hindernissen sowie die konkrete

Formulierung eines Wenn-Dann-Plans im Fokus der Intervention. Insbesondere durch die Bearbeitung der Hindernisse und eine vorausschauende Planung soll die Zielerreichung gefördert werden.

Ein wichtiges Ziel medizinischer Rehabilitation ist die Rückkehr ins Erwerbsleben. Fragestellungen der vorliegenden Arbeit sind:

1. Priorisieren Rehabilitanden, die an einer MCII-Intervention teilgenommen haben, häufiger Therapieziele mit Berufsbezug als wichtigstes Ziel?
2. Sind Patienten, die an einer MCII-Intervention teilnahmen, bei Entlassung aus der Rehabilitation häufiger arbeitsfähig?

Methoden

Mit n=101 Patienten der psychosomatischen Abteilung des Rehazentrum Oberharz wurde eine modularisierte, 90-minütige MCII-Intervention im Gruppensetting durchgeführt. Die Intervention fand in der ersten Woche nach Anreise statt. Zur Überprüfung der Intervention wurden insgesamt drei Messzeitpunkte erfasst. Unmittelbar nach der Intervention wurde den Patienten unter anderem ein Fragebogen zu Therapiezielen ausgehändigt. Die Kontrollgruppe bestand aus n=152 Rehabilitanden derselben Abteilung.

Ergebnisse

1. Insgesamt liegen aus der Experimentalgruppe n=83 und aus der Kontrollgruppe n= 129 Angaben über Therapieziele vor. Die Therapieziele wurden einer von 14 Kategorien zugeordnet, wovon eine Kategorie arbeitsbezogene Therapieziele abbildet (angelehnt an Buchholz & Kohlmann, 2013). 14.7% (n=19) Patienten der Kontrollgruppe und 26.5% (n=22) Patienten der Experimentalgruppe nannten als wichtigstes Therapieziel ein arbeitsbezogenes Ziel. Die Chance, ein arbeitsbezogenes Therapieziel zu nennen, war für die Experimentalgruppe höher als für die Kontrollgruppe (OR=2.088 ;95%-KI=[1.048, 4.159]).
2. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zum Entlassungszeitpunkt, in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit, ist in Tab. 1 dargestellt. Der statistische Zusammenhang ist jedoch nicht signifikant (χ^2=5.722, df =3, p=.126).

Tab. 1: Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zum Entlassungszeitpunkt.

	voll arbeitsfähig n (%)	eingeschränkt arbeitsfähig n (%)	kaum arbeitsfähig n (%)	überhaupt nicht arbeitsfähig n (%)
Kontrollgruppe	38 (26.4)	56 (38.9)	20 (13.9)	30 (20.8)
Experimentalgruppe	30 (30.9)	43 (44.3)	15 (15.5)	9 (9.3)
Gesamt	68 (28.2)	99 (41.1)	35 (14.5)	39 (16.2)

Fazit

Erste Ergebnisse zum Einsatz von MCII in der Rehabilitation psychosomatischer Patienten weisen darauf hin, dass sich diese Intervention eignet, um arbeitsbezogene Therapieziele zu fördern. Dies stellt eine gute Voraussetzung dar, um im Konsens mit dem Patienten auf eine arbeitsfähige Entlassung und einen langfristigen Return to Work hinzuarbeiten. Ein direkter

Zusammenhang von MCII und der subjektiven Arbeitsfähigkeit zum Entlassungszeitpunkt wurde nicht gefunden.

Interessenkonflikte: Der Co-Auror A. Kobelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Literatur

Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2013). Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation - Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. Rehabilitation, 52, 75-85.

Fritzsche, A., Schlier, B., Oettingen, G. & Lincoln, T. (2016). Mental Contrasting with Implementation Intentions Increases Goal-Attainment in Individuals with Mild to Moderate Depression. Cogn Ther Res, 40, 557-564.

Oettingen, G. & Gollwitzer, P. M. (2010). Strategies of Setting and Implementing Goals. In: J. E. Maddux et al. (Hrsg). Social psychological foundations of clinical psychology (S. 114-135). New York: Guilford.

Sailer, P., Wieber, F., Pröpster, K., Stoewer, S., Nischk, D., Volk, F. & Odenwald, M. (2015). A brief intervention to improve exercising in patients with schizophrenia: controlled pilot study with mental contrasting and implementation intentions (MCII). BMC Psychiatry, 15, 211.

Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Förderung der Selbstregulation bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz

Glattacker, M., Heyduck, K., Jakob, T.
Universitätsklinikum Freiburg

Zielstellung

Psychosoziale Variablen werden auf einer breiten Evidenzbasis (Pincus & McCracken, 2013) in zahlreichen Leitlinien als Risikofaktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen (CLBP) betont, und psychologische Interventionen sind dementsprechend ein zentraler Bestandteil multimodaler multidisziplinärer (Rehabilitations-)Programme für diese Patienten (Reese & Mittag, 2013a). Die Evidenzlage hinsichtlich der Effektivität psychologischer Interventionen bei CLBP ist jedoch weniger stark ausgeprägt, wofür verschiedene Gründe diskutiert werden, so z. B. eher global gehaltene Empfehlungen in Leitlinien (Reese & Mittag, 2013a), eine z.T. unzureichende theoretische Fundierung entsprechender Interventionen und eine erhebliche Überlappung interventionell zu adressierender Konstrukte wie z. B. fear avoidance beliefs, Katastrophisierung, Depression oder Selbstwirksamkeit (Pincus & McCracken, 2013). Ein Konstrukt, welches sich auch bei mehrfaktorieller Betrachtung als bedeutsamer Prädiktor rückenschmerzbezogener Outcomes herauskristallisiert hat, sind die subjektiven Krankheitskonzepte von Patienten (Foster et al., 2010), die im sog. Common Sense-Selbstregulationsmodell (CSM) neben dem „Bewältigungsverhalten“ als Kernstück patientenseitiger Selbstregulation gelten.

Im vorliegenden Beitrag wird die Entwicklung und Evaluation einer auf dem CSM basierenden Rückenschmerz-Intervention vorgestellt, deren Ziel es war, durch die Adressierung und ggf. Adaptation der zentralen Bestimmungsstücke des CSM (der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und des Bewältigungsverhaltens) das Selbstmanagement der Rehabilitanden zu unterstützen.

Methoden

Die SELF-Intervention wurde auf der Basis einer in einem Vorgängerprojekt entwickelten und evaluierten Intervention (Glattacker et al., 2012) in Zusammenarbeit mit elf PraktikerInnen aus zwei orthopädischen Reha-Einrichtungen (weiter-)entwickelt, in einem Manual und Schulungskonzept detailliert dokumentiert, in zwei orthopädischen Reha-Einrichtungen implementiert und patienten- und behandlerseitig qualitativ und quantitativ evaluiert.

Primäre Evaluationskriterien waren zunächst - mit Blick auf eine mögliche Implementierbarkeit der Intervention in die Routine - die Zufriedenheit mit und die subjektiv wahrgenommene Förderung der Patientenorientierung durch die Intervention, die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit krankheits- und behandlungsbezogenen Informationen sowie Veränderungen im subjektiven Krankheitskonzept. Deren Operationalisierung erfolgte mithilfe des Illness

Perception Questionnaire-Revised, der Satisfaction with Information about Medicines (Illness/Reha) Scale sowie mittels eigenentwickelten Skalen.

Die quantitative Evaluation bezog N=41 Rehabilitanden und N=10 Behandler (Ärzte und Psychologen) zu zwei Messzeitpunkten (Reha-Beginn und Reha-Ende) ein. Die statistischen Auswertungen umfassten t-Tests für abhängige Stichproben und deskriptive Statistik.

Ergebnisse

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den während der Intervention adressierten Aspekten (z. B. den Komponenten des Krankheits- und Behandlungskonzepts sowie der Krankheitsbewältigung) war mit Mittelwerten zwischen 1,7 und 2,4 (auf einer 6-stufigen Skala) hoch. Die Förderung der Patientenorientierung durch die Intervention wurde bzgl. aller 14 diesbezüglicher Aspekte (z. B. „Mein Arzt/Psychologe hat mich nach meinen persönlichen Ansichten und Vorstellungen zur Rehabilitation gefragt“ oder „Ich habe mich im Gespräch mit meinem Arzt/Psychologen ernst genommen gefühlt) jeweils von einem sehr hohen Prozentsatz der Rehabilitanden (ca. 80%) bejaht. Zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende zeigten sich signifikante Veränderungen im subjektiven Krankheitskonzept der Rehabilitanden (mit geringer bis mittlerer Effektstärke): Bei Reha-Ende nahmen die Rehabilitanden weniger Konsequenzen durch die Rückenschmerzen wahr, sie bewerteten die Rückenschmerzen stärker als persönlich kontrollierbar, hatten ein besseres subjektives Krankheitsverständnis und waren emotional weniger durch die Schmerzen belastet. Die Zufriedenheit mit rückenschmerz- und reha-bezogenen Informationen verbesserte sich mit einer Effektstärke von .71 bzw. .74 signifikant. Die Behandler bewerteten insgesamt N=40 durchgeführte Interventionen im Hinblick auf verschiedene Aspekte (z. B. „Die Intervention hat den Patienten motiviert, neue Strategien im Umgang mit seiner Erkrankung auszuprobieren“) positiv.

Fazit

Die vorliegenden Befunde zur Evaluation der SELF-Intervention basieren auf einer relativ geringen Stichprobe. Dennoch zeigen sie, dass die Intervention auf Seiten der Rehabilitanden und Behandler auf Akzeptanz stößt und aus Sicht beider Gruppen zur Stärkung der Patientenorientierung geeignet ist. Hinweise auf eine Veränderung der subjektiven Konzepte der Rückenschmerzpatienten sowie auf eine Verbesserung deren Informationszufriedenheit liegen vor, sollten jedoch anhand geeigneter Designs (kontrollierte Studie) und durch Erweiterung auf weitere Outcomes überprüft werden.

In der Zusammenschau der hier berichteten und in der Literatur publizierten Ergebnisse könnte eine auf dem CSM basierende Intervention wie die beschriebene SELF-Intervention ein guter Ansatzpunkt sein, psychologisches Handeln (vgl. Reese & Mittag, 2013b) im Kontext übergreifender Ansätze wie z. B. kognitiv-verhaltenstherapeutischer Schmerzbewältigungstrainings zu konkretisieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Foster, N.E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K.M., Main, C.J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. PAIN, 148(3), 398-406.

Pincus, T. & McCracken, LM. (2013). Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. Best Pract Res Clin Rheumat, 27(5), 625-635.
Glattacker, M., Heyduck, K. & Meffert, C. (2012). Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information - evaluation of an intervention for patients with chronic back pain. Patient Educ Couns, 86, 378-389.
Reese, C. & Mittag, O. (2013a). Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. Int J Rehabil Res, 36(1), 6-12.
Reese, C. & Mittag, O. (2013b). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. Das Gesundheitswesen, 75, 832-837.

Veränderung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit und arbeitsbezogener Outcomes bei der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen

Roch, S., Köpnick, A., Hampel, P.
Europa-Universität Flensburg

Zielstellung

Chronische Rückenschmerzen weisen hohe Prävalenzen auf und werden häufig von psychischen Komorbiditäten begleitet (Demyttenaere et al., 2007). Dabei scheint die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit und deren Veränderung während einer Rehabilitation mit dem Rehabilitationserfolg zusammenzuhängen (Mangels et al., 2009). Ein weiteres wichtiges Kriterium für den Rehabilitationserfolg ist die subjektive Arbeitsfähigkeit, wie sie durch den Work Ability Index (WAI; Hasselhorn, Freude, 2007) abgebildet wird.

Ziel dieser Studie war die Evaluation der langfristigen Effekte des störungsspezifischen Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debora (Interventionsgruppe, IG; Mohr et al., 2017) auf die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit sowie arbeitsbezogene Outcomes im Vergleich zur alleinigen Schmerzkompetenzgruppe ohne Depressionspräventionstraining (Kontrollgruppe, KG).

Methoden

Zur Datenerhebung wurde der Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS) und für die subjektive Arbeitsfähigkeit der WAI eingesetzt. Zusätzlich wurden die Arbeitsunfähigkeits-Zeiten (AU-Zeiten), dichotomisiert in weniger und mehr als 2 Wochen AU-Zeiten, ausgewertet. Die Daten wurden zu Rehabilitationsbeginn (t0), -ende (t1) sowie 6 Monate (t2) und 12 Monate (t3) nach der Rehabilitation erhoben.

Der FESS und WAI wurden uni- bzw. multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung unterzogen, die als unabhängige Variablen die experimentelle Bedingung (IG vs. KG), den Depressivitätsgrad (hoch vs. niedrig, bestimmt mittels Allgemeiner Depressionsskala) und die Zeit (t0, t1, t2 und t3) enthielten. Anschließend wurden Bonferroni-korrigierte paarweise

Vergleiche durchgeführt. Effekte auf die AU-Zeiten wurden mittels Friedman Rangvarianzanalysen getrennt für die Interventions- und Kontrollgruppe sowie Wilcoxon-Rang-Tests berechnet. Analysen wurden zunächst per protocol mit N=583 (n=477 Frauen; Alter M=53.3 Jahre, SD=6.1) durchgeführt und die Ergebnisse mit multiplen Imputationen überprüft (N=1225). Für die Effektstärken der paarweisen Vergleiche wurden Cohens d berechnet. Berichtet werden klinisch relevante Effekte (eta-Quadrat>.01 bzw. d>.20). Das Signifikanzniveau wurde auf p<.05 festgelegt.

Ergebnisse

Die signifikante Interaktion Depressivitätsgrad und Zeit für den FESS (F(2.8, 1552.0)=6.62, p<.001, eta-Quadrat=.012) legt einen besseren Rehabilitationserfolg bei hohem Depressivitätsgrad nahe. Mittelfristig verbesserten sich Rehabilitanden mit niedrigem Depressivitätsgrad mit kleiner (d=.275) und Rehabilitanden mit hohem Depressivitätsgrad mit mittlerer Effektstärke (d=.532). Die langfristige Verbesserung war nur bei hohem Depressivitätsgrad klinisch relevant (d=.440). Der signifikante Haupteffekt Depressivitätsgrad (p<.001, eta-Quadrat=.094) für den WAI-körperlich untermauert eine geringere körperliche Arbeitsfähigkeit bei hoher Depressivität. Für den WAI-psychisch ergab sich eine Interaktion von experimenteller Bedingung und Zeit (F(1.9, 1096.3)=9.07, p<.001, eta-Quadrat=.016). Hier zeigten sich mittelfristig ein kleiner Effekt in der KG (d=.310) und ein mittlerer Effekt in der IG (d=.578) sowie eine langfristige Verbesserung in der IG (d=.553). Zudem wurde der Ausgangslageneffekt zugunsten der IG umgekehrt (t0: KG>IG mit d=.168 und t3: KG<IG mit d=.170). Der signifikante Haupteffekt für den Depressivitätsgrad (p<.001, eta-Quadrat=.157) unterstützt erneut eine geringere psychische Arbeitsfähigkeit bei hohem Depressivitätsgrad. Zusätzlich lieferten die Auswertungen der AU-Zeiten Hinweise auf die Überlegenheit der IG, da sich in der IG mehr Verbesserungen und weniger Verschlechterungen als in der KG zeigten.

Fazit

Obwohl beide Trainingsversionen gleichermaßen effektiv die Depressivität und Ängstlichkeit verbesserten (Roch, Hampel, 2017), zeigten sich in der vorliegenden Auswertung Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit auf arbeitsbezogene Outcomes. Somit spricht die Evaluation für eine kombinierte Durchführung des Trainings. Zudem zeigte sich, neben den Haupteffekten des Depressivitätsgrades, bei der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit eine Interaktion mit dem Depressivitätsgrad, was die Relevanz der psychischen Komorbiditäten betont.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C. et al. (2007): Mental disorders among persons with chronic back or neck pain. Results from the World Mental Health Surveys. Pain, 129. 332-342.

Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index - ein Leitfaden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Mangels, M., Schwarz, S., Sohr, G., Holme, M., Rief, W. (2009): Der Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS). Diagnostica, 55. 84-93.

Mohr, B., Korsch, S., Roch, S., Hampel, P. (2017): Debora - Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention. Berlin: Springer.
Roch, S., Hampel, P. (2017): Kurz- und mittelfristige Wirksamkeit einer störungsspezifischen primären und sekundären Prävention von komorbider Depressivität bei chronischen Rückenschmerzen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 67. 352-361.

Wirkprozesse einer Internet- und Mobile-basierten Akzeptanz- und Commitment-Therapie für chronische Schmerzen (ACTonPain)

Lin, J. (1), Paganini, S. (2),
Klatt, K. (3), Baumeister, H. (4)
(1) King's College London, (2) Institut für Psychologie, Universität Freiburg,
(3) Sozialforschungsstelle Dortmund / TU Dortmund,
(4) Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm

Zielstellung

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) ist wirksam bei der Behandlung von chronischen Schmerzen. Internet- und Mobile-basierte Interventionen (IMIs) können chronische Schmerzen wirksam behandeln. Allerdings befinden sich die Effektstärken von Schmerzinterventionen meist im kleinen bis mittleren Bereich (Turk et al., 2011). Um die Wirksamkeit von Behandlungen zu verbessern, ist es entscheidend, Wirkprozesse aus Basis der theoretischen Annahmen der Behandlungen zu untersuchen. Im Rahmen der ACT ist die psychologische Flexibilität als übergreifender Mechanismus der Veränderung konzipiert. Dabei kann die psychologische Flexibilität als das Annehmen von unangenehmen und unveränderbaren Empfindungen wie Schmerzen sowie als ein werteorientiertes Leben im offenen Kontakt mit Gedanken und Gefühlen beschrieben werden. In einer dreiarmigen, randomisiert kontrollierten Studie zu einer begleiteten und unbegleitenen ACT-basierten Online-Intervention für chronische Schmerzen (ACTonPain) wurde die Wirksamkeit (Lin et al., 2017) sowie die Kosteneffektivität (Paganini et al., in Arbeit) des Programms aufgezeigt. Diese Studie untersuchte die Rolle der psychologischen Flexibilität als Wirkprozess von ACTonPain.

Methoden

Wir führten Sekundäranalysen mit Vor- und Nachbehandlungsdaten basierend auf 302 erwachsenen Personen mit chronischem Schmerz durch. Diese wurden randomisiert den Gruppen ACTonPain begleitet/unbegleitet (n=100/101) oder der Wartelistenkontrollgruppe (WLC, n=101) zugewiesen. Die Messzeitpunkte fanden vor der Randomisierung (T0) sowie nach neun Wochen (Post-Treatment, T1) und sechs Monaten (Follow-up, T2) statt. Das primäre Endpunkt war Schmerzbeeinträchtigung. Die sekundären Endpunkte umfassten körperliche und emotionale Funktionalität, Schmerzintensität und Lebensqualität. Es wurde ein Strukturgleichungsmodell (SEM) mit einem Bias-korrigierten Bootstrap-Ansatz durchgeführt, um den indirekten Effekt der Behandlung durch Veränderungen der psychologischen Flexibilität vor und nach der Behandlung (T0-T1) auf alle Endpunkte zu T2 zu untersuchen.

Die psychologische Flexibilität wurde als latente Variable, bestehend aus dem chronischen Schmerzakzeptanzfragebogen (Nilges et al., 2008) und dem Akzeptanz- und Handlungsfragebogen (Hoyer & Gloster, 2013), definiert.

Ergebnisse

In den Analysen des SEM zeigte sich, dass Veränderungen der psychologischen Flexibilität Veränderungen in allen Outcomes in den Interventionsgruppen im Vergleich zur WLC signifikant vermittelten (standardisierte Koeefizienten reichten von I0.12I bis I0.69I). Es zeigte sich ein akzeptabler globaler Model fit.

Fazit

Die Ergebnisse stimmen mit den theoretischen Annahmen von ACT überein und tragen zur wachsenden Befundlage bei, die dafür spricht, psychologische Flexibilität zu fördern, um Behandlungseffekte zu optimieren. Untersuchungen in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen sind notwendig, um mögliche Wege zur erfolgreichen Implementierung von ACTonPain in die Gesundheitsversorgung zu untersuchen.

Literatur

Hoyer, J., & Gloster, A. T. (2013). Psychologische Flexibilität messen: Der Fragebogen zu Akzeptanz und Handeln II. Verhaltenstherapie, 23(1), 42–44. https://doi.org/10.1159/000347040.

Lin, J., Paganini, S., Sander, L., Lüking, M., Ebert, D. D., Buhrman, M., Baumeister, H. (2017). An Internet-based intervention for chronic pain - a three-arm randomized controlled study of the efficacy of guided and unguided commitment and acceptance therapy. Deutsches Arzteblatt International, (114). https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0.

Nilges, P., Köster, B., & Schmidt, C. O. (2008). Schmerzakzeptanz – Konzept und Überprüfung einer deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionnaire. Der Schmerz, 22(1), 90. https://doi.org/10.1007/s00482-007-0614-8.

Paganini, S., Lin, J., Kahlke, F., Buntrock, C., Leiding, D., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (n.d.). A guided and unguided internet- and mobile-based intervention for chronic pain: health economic evaluation alongside a randomized controlled trial.

Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. The Lancet, 377(9784), 2226–2235. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60402-9.

Orthopädische Nachsorge von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen – ein geeignetes Setting für Internet-basierte Prävention von Depression?

Baumeister, H., Paganini, S., Schlicker, S., Spanhel, K., Lin, J., Ebert, D.D., Buntrock, C., Sander, L.

Universität Ulm

Zielstellung

Innerhalb der orthopädischen Rehabilitation sind Rückenschmerzen eine der häufigsten Erkrankungen (Härter et al., 2007; Patten, 2001), assoziiert mit einem zwei- bis dreifach erhöhten Risiko für Depressionen (Demyttenaere et al., 2007). Zudem sind Depressionen einer der Hauptprädikatoren für eine anhaltende Schmerzsymptomatik, Komplikationen bei der Behandlung sowie erhöhte Gesundheitskosten und verminderte Behandlungsadhärenz (Bair, Robinson, Katon & Kroenke, 2003; Baumeister, Hutter, Bengel & Härter, 2011; Baumeister, Knecht & Hutter, 2012). Internet- und mobile-basierte Interventionen eignen sich ggf. als wirksame Selbsthilfe-Interventionen in der stationären Nachsorge (Sander, Ebert & Baumeister, 2017).

Methoden

Diese Studie ist eine multizentrische pragmatische randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit parallelem Design (Sander et al., 2016). Die Rekrutierung fand deutschlandweit in über 80 stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen statt. Insgesamt wurden 295 Rückenschmerzpatienten mit subklinischer Depression (PHQ-9 ≥5, aber keine SKID-Diagnose Depression) randomisiert. Die Patienten erhielten entweder „eSano-RückCare“, eine Internet-und mobile-basierte, präventive Depressionsintervention oder die Standardbehandlung (TAU). Die kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention umfasste 8 wöchentliche Online- Trainingslektionen von jeweils circa 1,5 stündiger Dauer. Neben dem Schweregrad der Depression (PHQ-9) wurden Maße zur Schmerzbeeinträchtigung, Lebensqualität, Kosteneffektivität sowie zu Nebenwirkungen erhoben.

Ergebnisse

Es konnte eine im Geschlechterverhältnis relativ ausgeglichene Gruppe (40 % männlich) von im Vergleich zu bisherigen IMI-Studien eher älteren (±52 Jahre) und wenig Internet-affinen Personen mit geringem bis mittlerem Bildungsstand eingeschlossen werden. Die vorläufigen Ergebnisse (n=190) zeigen eine signifikant größere Verminderung der depressiven Symptome (PHQ-9) in der Interventionsgruppe verglichen mit TAU im 9-Wochen Follow-Up Zeitraum. Die finalen Ergebnisse werden berichtet.

Fazit

Die vorliegende Studie kennzeichnet sich durch ihre Versorgungsnähe aus und konnte auch ältere, weniger Internet-affine Patienten für die Teilnahme erreichen. Die Studie verdeutlich die Möglichkeit IMIs als Depressionsprävention, als Teil der Routineversorgung zu implementieren, mit substantiellen und klinisch bedeutsamen Effekten für die Patienten in der rehabilitativen Nachsorge.

Literatur

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of internal medicine, 163 (20), 2433-45. American Medical Association.

Baumeister, H., Hutter, N., Bengel, J. & Härter, M. (2011). Quality of Life in Medically Ill Persons with Comorbid Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychotherapy and Psychosomatics, 80 (5), 275-286. doi:10.1159/000323404.

Baumeister, H., Knecht, A. & Hutter, N. (2012). Direct and indirect costs in persons with chronic back pain and comorbid mental disorders-A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 73 (2), 79-85. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.05.008.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C. et al. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. Pain, 129 (3), 332-342.

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Hofler, M., Bengel, J. et al. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. Psychotherapy and psychosomatics, 76 (6), 354-360. doi:10.1159/000107563.

Patten, S. B. (2001). Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. Journal of Affective Disorders, 63 (1-3), 35-41. doi:10.1016/S0165-0327(00)00186-5.

Sander, L., Ebert, D. D. & Baumeister, H. (2017). Internet- und mobilebasierte Psychotherapie der Depression Internet- and Mobile Based Psychotherapy for Depression. Fortschr Neurol Psychiatr, 85, 48-58.

Sander, L., Paganini, S., Lin, J., Schlicker, S., Ebert, D. D., Buntrock, C. et al. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of a guided Internet- and mobile-based intervention for the indicated prevention of major depression in patients with chronic back pain. BMC psychiatry, in prep. doi:10.1186/s12888-017-1193-6.

Heimbasiertes Training zur Verbesserung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs bei chronisch unspezifischen Rückenschmerzen

Wippert, P.-M.
Universität Potsdam

Zielstellung

Chronische unspezifische Rückenschmerzen (CURS) haben in westlichen Industrienationen mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 90% eine zentrale Bedeutung und kommen in allen Altersgruppen, sozialen Schichten und Berufsgruppen vor. Sie gehen häufig mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit, hohem krankheitsbedingten Arbeitsausfall und sozioökonomischen Kosten einher. In der Therapie von CURS werden vorwiegend multimodale Behandlungsansätze eingesetzt. Sie beinhalten verhaltenstherapeutische Techniken (z. B. Patientenedukation, Entspannungstechniken, etc.), Physiotherapie, Medikation und Bewegungstherapie. Trotz der recht guten Erfolge in der Rehabilitation zeigen Cochrane Reviews, dass diese Therapien kaum langfristige Effekte erzielen und ihre Ergebnisse bzgl.

Subgruppen (u.a. bei intermittierenden Schmerzen) wenig eindeutig sind. Offen bleibt zudem ob sich Langzeittherapien realisieren lassen. Ziel der Studie war es, einzelne Bausteine von multimodalen Interventionen gegen CURS so zu kombinieren, dass Emergenzeffekte erzielt und das Training im häuslichen Umfeld der Betroffenen langfristig fortgeführt werden kann.

Methoden

Die unimodale Intervention enthielt sensomotorisches Training, das in der multimodalen Bedingung um kognitiv verhaltenstherapeutische sowie stressreduzierende Module ergänzt wurde. Beide Interventionsgruppen erlernten die Trainingsinhalte innerhalb einer 3-wöchigen klinikbasierten Phase und führten das Training in einer 9-wöchigen heimbasierten Phase unter digitaler Anleitung weiter (Wippert et al., 2015). Die Trainingseffekte wurden in einer dreiarmigen multizentrischen RCT an ca. 700 Probanden über ein halbes Jahr lang gemessen. Eineinhalb Jahre nach Abschluss der Messungen fand an einer Teilstichprobe (N=154) des Standortes Potsdam eine erneute Follow up Messung statt. Als Outcomegrößen wurden Schmerz (v. Korff, et al., 1992), depressive Verstimmung (HADS, Herrmann et al., 1995) und Stress (PSS, Cohen et al., 1983) gemessen.

Ergebnisse

Innerhalb des ersten halben Jahres reduzierten sich die Schmerzintensität und Schmerzbeeinträchtigung in beiden Interventionsgruppen gleichermaßen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Diese Veränderungen hatten nur in der multimodalen Interventionsgruppe nach der heimbasierten Phase nachhaltig Bestand. Im Langzeit-Follow-up zeigte sich, dass etwa ein Drittel der Probanden noch regelmäßig trainiert. In beiden Interventionsgruppen ist die Stressbelastung signifikant geringer als in der Kontrollgruppe, wobei die multimodale Therapieform erneut deskriptiv besser abschneidet.

Fazit

Die Studie zeigt, dass ein Training in häuslicher Umgebung zur Stabilisierung der Therapieeffekte möglich ist, wobei bei intermittierenden CURS eine multimodale Interventionsform besser als eine unimodale Trainingsform abschneidet. Die vorgestellten Effekte sind besonders für die Langzeittherapie von Rückenschmerzen i.S. der Unterstützung heimbasierter Selbsthilfe mit gleichzeitiger Behandlung psychosozialer Faktoren relevant, wie sie im Rahmen des SGB IX bzw. SGB V im Sinne einer Langzeitbetreuung gefordert werden.

Die Studie wurde von Bundesinstitut für Sportwissenschaft gefördert und innerhalb des Nationalen Research Network for Medicine in Spine (MiSpEx, Teilstudie PSC 5) realisiert.

Literatur

Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav, 24(4), 385-396.

Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, P. R. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Manual. Bern: Hans Huber.

Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J. & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. Pain, 50(2), 133-149.

Wippert, P.-M., de Witt Huberts, J., Klipker, K., Gantz, S., Schiltenwolf, M. & Mayer, F. (2015). Development and content of the behavioral therapy module of the MiSpEx intervention. Der Schmerz, 29(6), 658-663. Rehabilitation bei Pflegebedürftigen.

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Langzeitpflege

Janßen, H. (1), Köhler, L. (1), Behrens, J. (2), Kraft, J.W. (3), Naumann, F. (4), Schmidt-Ohlemann, M. (5), Siegert, R. (6), Warnach, M. (7)

(1) Hochschule Bremen, (2) Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (3) Klinikum Coburg, (4) Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf, (5) Mobiler Rehabilitationsdienst der Kreuznacher Diakonie, (6) Klinikum Bremen Ost - Mobile Reha Bremen, (7) Evangelisches Johannisstift - Wichernkrankenhaus Berlin

Zielstellung

Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sind charakterisiert durch weitreichende funktionelle Beeinträchtigungen und komplexen Hilfebedarf. Für den spezifischen komplexen Versorgungsbedarf ist seit 2007 Mobile Rehabilitation als eine Form der ambulanten Rehabilitation gesetzlich verankert (§ 40 Abs. 1 SGB V); die Therapien werden durch ein interdisziplinäres Team im gewohnten Lebensumfeld der Patienten durchgeführt. Über den tatsächlichen rehabilitativen Bedarf in der stationären Pflege ist bisher wenig bekannt. Ebenso gibt es kaum Erkenntnisse über den Verlauf und die Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen im Kontext mobiler geriatrischer Rehabilitation.

Mit der durch das BMG geförderten multimodalen Studie „Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation“ wird die Lage in der stationären Langzeitpflege eruiert. Das Forschungsvorhaben startete 2014 und ist 2018 abgeschlossen. Einige Ergebnisse werden hier vorgestellt.

Methoden

Das Forschungsvorhaben wendete qualitative und quantitative Methoden zur Datengewinnung an. In einer Querschnittserhebung nahmen an fünf Standorten verteilt über Deutschland (Bremen, Berlin, Coburg, Woltersdorf und Bad Kreuznach) insgesamt 15 Pflegeeinrichtungen an der Studie teil. In der Analyse des Rehabilitationsbedarfes führten über die Standorte insgesamt 12 Fachärzte eine Begutachtung (Begutachtungsrichtlinie des MDS, Vorlage Muster 61) durch. Verfahren interner wie externer Validierung wurden zur Qualitätssicherung eingesetzt. Insgesamt wurden 759 Heimbewohner begutachtet, davon 622 in der Langzeitpflege. Desweiteren konnten über eine kontrollierte Verlaufsstudie mit vier Messzeitpunkten und im Halbjahresverlauf, vergleichende Ergebnisse zum Verlauf der Reha-Massnahme gewonnen werden. In der Verumgruppe (mit Rehabilitaton) nahmen 116 Heimbewohner und in der Kontrollgruppe (ohne Rehabilitation) insgesamt 49 Heimbewohner teil. Dies ist die erste Studie in Deutschland, die die Option mobiler geriatrischer Rehabilitation umfassend erforscht, daher ist sie in Design und Ergebnis als explorative Studie ausgewiesen.

Ergebnisse

In der Begutachtung der Heimbewohner durch Reha-Fachärzte wurde nach der Dokumentation von Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit, den Rehabilitationszielen und der Rehabilitationsprognose (Begutachtungsrichtlinie MDS) die zusammenfassende Wertung vorgenommen. Von den 622 Bewohnern der Langzeitpflege wurde bei etwa jedem fünften (21,4% mit 95% Vertrauensintervall 18 bis 26%) eine Rehabilitationsmassnahme indiziert. Für weitere 15,7 % wurde eine Heilmittelversorgung als ausreichend oder zum Erproben therapeutischer Ansprechbarkeit empfohlen. Bei rund zwei Prozent der Untersuchten konnte aus den vorliegenden Informationen keine abschließende Begutachtung erfolgen, diagnostische Abklärungen wären zunächst erforderlich. In knapp der Hälfte der Fälle mit Rehaindikation (48,9 %) wurde die somatische und psychische Belastbarkeit zum Durchführen einer stationären oder ambulanten nicht mobilen Rehabilitation negativ beurteilt. Überwiegend (81 % der allgmeinen Reha-Indikationen) war die spezifische Indikation für eine Mobile Rehabilitation (MoRe) erfüllt, vorrangig aus Gründen kognitiver Beeinträchtigung.

In der Verlaufsanalyse konnte ein deutlicher Unterschied zwischen der Verumgruppe (mit Reha, n=116)) und der Vergleichsgrupppe (ohne Reha, n=49) über Indexes der Funktionalität und Mobilität festgestellt werden. Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden unterscheiden sich im Ergebnis nachhaltig. In der Vergleichsgruppe sind nach einem halben Jahr 32 Barthel-Index (BI) -Punkte im Mittel ausgewiesen (bei Ausgangs-BI 39,4); während die Bewohner mit Rehabilitation ein halbes Jahr nach Beginn der Reha einen BI von 49,1 aufweisen (bei Ausgangs-BI 36,0). Ähnliche Ergebnisse bzw. Messverläufe zeigen sich in den Messungen von Transferleistung (Esslinger Transferskala) und Bewegungsradius (über 5 Stufen).

Fazit

Die Begutachtung der Fachärzte legt einen (mobilen) Rehabilitationsversorgungsbedarf bei den in der Studie untersuchten Heimbewohnern (113 Empfehlungen) offen. Dies steht im Widerspruch zu einer tatsächlichen Inanspruchnahme. In dieser Studie konnten nur 12% tatsächlich eine Reha beginnen, zum Teil gegen den Widerstand der Kostenträger. Hier sind das Umfeld und der Kontext (z. B. Angehörige, Pflegeheim) ein wesentlicher Faktor. Die Verordnungsbereitschaft ist eher gering. Dabei profitieren die Bewohner von einer Reha-Massnahme. Auch wenn dies im Einzelfall näher zu differenzieren ist, zeigt sich in dieser Vergleichsstudie eine deutliche Richtung. Das Konzept von „Reha vor Pflege“ könnte in den Pflegeheimen auf fruchtbaren Boden fallen.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Literatur

Lübke N. (2015): Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Massnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabiltationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. KCG Hamburg.

Meinck M., Pippel K., Lübke, N. (2016): Mobile Geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung - Teil 1. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2016, Springer Verlag.

Pippel K., Meinck M., Lübke, N. (2016): Mobile Geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt - Teil 2. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2016, Springer Verlag.

Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation (MoGeRe)in stationären Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse klinisch-epidemiologischer Reihenuntersuchungen und Organisationsverlaufs-Studien

Behrens, J. (1), Grune, K. (2), Janßen, H. (3), Kraft, J.W. (4), Köhler, L. (3), Friedrich, C. (5), Pflug, M. (4), Schmidt-Ohlemann, M. (6), Siegert, R. (7), Thiel, S. (2), Warnach, M. (8)

(1) Frankfurter Institut für Supervision, (2) Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf, (3) Hochschule Bremen, (4) Klinikum Coburg, (5) Stiftung kreuznacher diakonie; (6) Mobiler Rehabilitationsdienst der kreuznacher diakonie, (7) Klinikum Bremen Ost - Mobile Reha Bremen, (8) Evangelisches Johannisstift - Wichernkrankenhaus Berlin

Zielstellung

Rehabilitation und Pflege sind bekanntlich die finanziell bedeutendsten sekundärpräventiven Maßnahmen im deutschen Versorgungssystem. Beide haben, da das Sozialgesetzbuch IX auch für sie gilt, das gesetzliche Ziel, Selbstbestimmung und Teilhabe zu stärken (§§ 1 f. SGB IX, siehe auch ICF der WHO und die UN-Behindertenrechtskonvention). Mobile Geriatrische Rehabilitation ist eine Form der multiprofessionellen, multidisziplinären (befristeten) medizinischen Rehabilitation, die durch Reha-Teams auch in stationären Pflegeeinrichtungen angeboten wird. In der abgeschlossenen, durch das Bundesministerium für Gesundheit auf Beschluss des Deutschen Bundestages geförderten ersten multizentrischen klinisch-epidemiologischen und Organisationsverlaufsstudie wurden Rehabedürftigkeit und Rehaindikation Pflegebedürftiger, ihre Verläufe nach Rehaindikation mit und ohne mobiler Reha und Organisations-entwicklungsprojekte über 2,5 Jahre erhoben, um Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabililtation in stationären Pflegeeinrichtungen identifizieren zu können. Dabei wurden drei Phasen unterscheiden: der Zugang, die Durchführung und die Nachsorge der MoGeRe.

Methoden

1) N=700 zufällig (Stichtag) ausgewählte Bewohner*innen pflegender Einrichtungen aus fünf Bundesländern wurden nach den Kriterien des GKV-Spitzenverbandes und des MDS (1) auf Rehabedürftigkeit und Rehaindikation untersucht. Durch Randomisierung und non responder Analyse sind die Ergebebnisse repräsentativ für die Pflegeeinrichtungen. Die an der multizentrischen Studie teilnehmenden Pflege-Einrichtungen bildeten fast die Hälfte der Einrichtungen, die in Deutschland überhaupt Erfahrungen mit MoGeRe haben. 2) In anfänglichen Gruppendiskussionen wurden in je einer Einrichtung pro Bundesland alle in diesen Einrichtungen in den vergangenen beiden Jahren durchgeführten Rehabilitationen erörtert und Hem-

mnisse und Förderfaktoren identifiziert, die dann in zweijährigen Organisationsentwicklungsprojekten entweder abgebaut oder ausgebaut wurden. 3) Zwei Gruppen von Pflegebedürftigen, denen allen eine MoGeRe empfohlen worden war, wurden explorativ verglichen: Eine Gruppe, die eine MoGeRe genutzt hatte, und eine, die trotz Rehaindikation keine Reha erhalten hatte (insgesamt N=140). Vergleichsmaßstab war das Erreichen von Reha = Teilhabezielen und der Barthel-Index.

Ergebnisse

Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerungen zu Zugang, Durchführung und Nachhaltigkeit Mobiler Geriatrischer Rehabilitation: In der klinisch epidemiologischen Reihenuntersuchung erwiesen sich 50% - 70% der Bewohner*innen als ‚rehabedürftig'gemäß der Richtlinie (1), aber nur bei etwa 20 % konnte eine ‚Reha-Empfehlung' (Indikation) ausgesprochen werden. Für diesen einschneidenden Filterprozess waren Kontextfaktoren (Belastbarkeit, Erreichbarkeit der Reha, pflegerisch-therapeutische Unterstützung bei Depression oder Resignation) ursächlich; wobei die Art der Reha auch darüberhinaus die größte Filterwirkung hatte: Zu einer stationären Reha waren je nach Standort nur 3 – 6 % fähig, zu einer MoGeRe in der Einrichtung hingegen etwa 20 %. Die klinisch-epidemiologische Reihenuntersuchung hilft damit zur Interpretation von Kassendaten: In Daten der Barmer GEK war die Teilnahme an Rehamaßnahmen bei Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen auf 0,25 % pro Monat gefallen und damit auf etwa die Hälfte gleichalter Personen mit denselben Diagnosen, die nicht ‚pflegebedürftig' waren (Rothgang 2013, S. 281(2)). Ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt ging der Zugang zur Reha in stationären Pflegeinrichtungen gegen Null. Dass eindeutig unterversorgte rehabedürftige Rehafähige erst ins Krankenhaus müssen, um eine Reha zu erlangen, ist für die Rehaindizierten mit enormen Leid und für die Versichertengemeinschaften mit hohen vermeidbaren Kosten verbunden. Eine rechtzeitige Unterstützung des Rehaantrags durch die Pflege kann dieses Hindernis reduzieren.

Der Gruppenvergleich in der Verlaufsstudie zeigte auch bei denen, denen eine MoGeRe zwar empfohlen war, die aber keine MoGeRe genutzt hatten, positive Entwicklungen. (Eine Vergleichs-Gruppe, bei denen eine Reha indiziert ist, ohne alle Reha gibt es in der Reha-Forschung fast nie!). Auch die Gruppe ohne MoGeRe zeigte Fortschritte bei der Erreichung der Teilhabe=Rehaziele und im Barthel. Diese Fortschritte waren aber deutlich geringer und vor allem weniger nachhaltig als bei denen, die eine MoGeRe genutzt hatten; bei diesen erreichte sie im Barthel-Index annähernd die Zuwächse nicht pflegebedürftiger Rehabilitanden in stationären Einrichtungen. Allerdings darf man die Unterschiede der beiden Gruppen mit und ohne Reha nicht wie Gruppenunterschiede einer RCT interpretieren :Zwar hatten nicht die Forscher die Reha-Indizierten den Vergleichsgruppen zugeteilt und es gab daher keinen Auswahl-Bias der Forscher. Aber die Reha-Indzierten bzw. vor allem ihre Hausärzte wählten selbst, ob sie einer Reha-Empfehlung (Indikation) folgten oder nicht. Wichtigstes Ergebnis der klinisch-epidemiologischen Reihenuntersuchung und der Verlaufsuntersuchung: Auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen können selbstbestimmt Teilhabeziele (gem. §§ 1 ff SGB IX) angeben, deren Zielerreichung im Verlauf sich likertskaliert messen lässt (Behrens und Zimmermann 2017).

Fazit

Organisationsverlaufsuntersuchungen: In allen Pflegeeinrichtungen gab es individuelle Pflegepläne, in allen MoGeRe-Teams individuelle Rehapläne für dieselben Personen. Aber in keiner einzigen der untersuchten Einrichtungen kannten Pflege- und Rehateams anfangs wechselseitig diese Pläne. In allen Einrichtungen war die Pflege generell unzureichend in die Reha einbezogen, was die Nachsorge behinderte. In insgesamt 62 sich überlappenden Organisationsentwicklungsmaßnahmen konnten diese Hindernisse reduziert werden.

Der wichtigste Förderfaktor für den Erfolg Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen liegt in der gelungenen Kooperation mit der Fachpflege.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Eigenmittel

Literatur

Behrens J, Zimmermann M (2017): Sozial ungleich behandelt? Göttingen, Bern, Oxford: Hogrefe.

Rothgang H, Müller R, Unger R (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013: Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. BARMER GEK (Hrsg.), Siegburg:Asgard.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund (Hrsg.) (2016): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen /GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/Begutachtungsrichtlinie_Vorsorge_Reha.PDF.

Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege

Thiel, S. (1), Grune, K. (1), Martin, N. (1), Behrens, J. (2), Kraft, J. W. (3), Köhler, L. (4), Friedrich, C. (5), Pflug, M. (3), Schmidt-Ohlemann, M. (5), Warnach, M. (6)

(1) Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf, (2) Frankfurter Insititut für Supervion (3) Klinikum Coburg, (4) Hochschule Bremen, (5) Mobiler Rehabilitationsdienst der kreuznacher diakonie, (6) Evangelisches Johannisstift - Wichernkrankenhaus Berlin

Zielstellung

Hintergrund und Fragestellung: Laut §§ 1 SGB IX hat jeder Mensch mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Mensch einen Anspruch auf Rehabilitation „um [seine] Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“. (vgl. §1 SGB IX)

Das Projekt „Reha XI“ 2013/14 war das Evaluationsprojekt zur Feststellung des Reha-Bedarfs in der Pflegebegutachtung. 2013 umfassten die vom MDK festgestellten Reha-Indikationen 0,6 Prozent bei allen Begutachtungen, bei den Erstbegutachtungen in stationärer Pflege 0,4 Prozent (Breuninger, MDK Berichtwesen). Der tatsächliche Rehabilitationsbedarf wurde für die Gruppe von chronisch Pflegebedürftigen bisher nie valide untersucht.

Methoden

Es handelt sich um eine abgeschlossene multizentrische-epidemiologische Studie, die vom BMG des Deutschen Bundestages gefördert wurde. Es wurden in der Zeit von 21.09.2015 bis 09.12.2016 insgesamt 760 Bewohner und Gäste an 5 Standorten mit 15 Pflegeheimen im Rahmen dieser Erhebung begutachtet. Begutachter waren Ärzte mit jahrelanger Erfahrung in Geriatrie; MDK und/oder Rehabilitation. Der Erhebungsbogen entsprach dem Formular A61 an. Nach einem Filtermodell, welches sich an den Rehabilitationsrichtlinien orientiert, wurde im Gespräch mit dem Pflegeheimbewohner als auch den Bezugspflegenden und Angehörigen und mit Einsicht in die Pflegeunterlagen zunächst die Rehabilitationsbedürftigkeit der Pflegeheimbewohner festgestellt. Im Weiteren wurde dann die Rehabilitationsfähigkeit der –bedürftigen ermittelt und auf der nächsten Stufe realistische Teilhabeziele der Rehabilitationsfähigen eruiert. Die nächste Stufe des Filtermodells ist die Einschätzung der Prognose die Ziele innerhalb einer befristeten Rehabilitationsmaßnahme zu erreichen und der letzte Schritt ist die Feststellung der Rehabilitationsindikation. Die Ergebnisse sind rein deskriptiv für die Gesamtstudienpopulation, es wurden aber auch die Ergebnisse der Langzeitbewohner und der Gäste der Kurzzeitpflege gegenübergestellt. Bei Rehabilitationsindikation wurde auch die Allokationsempfehlung dokumentiert.

Außerdem wurden bei der Studienpopulation die aktuelle Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bzw. laufende Rehabilitationsanträge ermittelt.

Ergebnisse

Schädigungsmuster, Funktionsschädigungen und Teilhabeeinschränkung der einzelnen teilnehmenden Bewohner festgestellt ob Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt.

Von den 760 Studienteilnehmern bestand zum Zeitpunkt der Erhebung für 59,6% Rehabilitationsbedürftigkeit. Zwischen den Bewohnern in der Langzeitpflege (LZPF) und Kurzzeitpflege (KZPF) bestehen hier keine relevanten Unterschiede

Insgesamt wird bei 49,5% der Rehabilitationsbedürftigen Bewohnern Rehabilitationsfähigkeit festgestellt. In den Untergruppen zeigt sich ein deutlich höherer relativer Anteil an Rehabilitationsfähigkeit bei den Gästen der KZPF (64,6 vs. 45,8%)

Im Rahmen des angewandten Filtermodells werden nun die rehabilitationsfähigen Bewohner (N = 207) befragt, ob es individuelle Rehabilitationsziele gibt. Außerdem wurden aus Sicht des Arztes Rehabilitationsziele auf Schädigungsebene formuliert

Ein realistisches Teilhabeziel liegt bei 91,7% der rehabilitationsfähigen Bewohner vor. Es zeigt sich bei den Langzeitbewohnern ein etwas höherer Anteil an Rehabilitationsfähigen mit formulierbarem Ziel als bei den Gästen der Kurzzeitpflege (94,1 vs. 84,9%)

Die Rehabilitationsprognose ist bei den Bewohnern die bereits vorhandene realistische Ziele im Rahmen des Filtermodells haben, zwischen 87 und 100% in den einzelnen Kategorien positiv eingeschätzt worden.

Nach den Rahmenempfehlungen zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation wurden die Bewohner (die eine positive Rehabilitationsprognose haben) nach deren Indikations- und Zuweisungskriterien eingeschätzt. Bei unglaublichen 74,9% ist die Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose an das gewohnte und ständige Umfeld gebunden. Drastische Unterschiede zeigen sich in den Untergruppen: fast 85 Prozent der

Langzeitbewohner vs. 44,4 Prozent der Gäste der Kurzzeitpflege sind für eine positive Rehabilitationsprognose an das ständige und gewohnte Lebensumfeld gebunden.

Der Rehabilitationsbedarf für die Studienpopulation beträgt 24,5%.

Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen Bewohnern in der Langzeitpflege mit 22,7 % Rehabilitationsempfehlungen, und den Gästen der Kurzzeitpflege, hier beträgt der Anteil mit Rehabilitationsbedarf 32,6%.

An die Rehabilitationsempfehlung ist in der Studie die Allokation geknüpft. Einen ausnehmend hohem Anteil sehen wir bei der Allokationsempfehlung für die Mobilie geriatrische Rehabilitation mit 19% der Gesamtpopulation. Das heißt, dass 78 Prozent der Rehabilitationsindikationen mit der Allokation Mobile geriatrische Rehabilitation verbunden sind. Diesbezüglich gibt es keine relevanten Unterschiede zwischen Langzeitpflege und KZPF. Interessant ist die Gegenüberstellung des Hauptergebnisses der Arbeit mit 24,5% Rehabilitationsempfehlung in der Gesamtpopulation zu dem tatsächlichen Anteil von nur 5,8% der Bewohner, die aktuell an einer Rehabilitation teilnehmen oder ein Rehabilitationsantrag gestellt ist. Unterschiede sind in LZPF (2,9%) und KZPF(17,6%) deutlich.

Fazit

Im Vergleich mit den wenigen nicht validen Daten die uns für Rehabilitationsbedarf vorliegen sehen wir in dieser Studie einen ausnehmend hohen Anteil von Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegeheimbewohnern. Laut dieser Studie besteht eine Unterversorgung der chronisch Pflegebedürftigen, vor allem der Heimbewohner in Langzeitpflege.

Diese Unterschiede begründen sich an fehlender Erkennung und Beantragung von Rehabilitationbedarf bzw. -leistungen und dem regionalen Rehabilitationsangebot. Vor allem die hohe Allokationsempfehlung zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation ist bemerkenswert.

Es ist in dieser Studie deutlich geworden, dass die Rehabilitationsindikation stark von den Kontextfaktoren und hier am häufigsten von der Art der Rehabilitationsmaßnahme, abhängig ist und weniger von der rehabilitationsbedürftigen Person.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Eigenmittel

Literatur

Breuninger K (2017): Vom Projekt Reha XI ins Pflegestärkungsgesetz II 2017 http://www.bag-more.de/wp-content/uploads/2017/02/Breuninger_Vom-Projekt-Reha-XI-ins-Pflegestärkungsgesetz-II.pdf.

Formular A61 http://kbv.de/media/sp/Muster_61.pdf.

Rehabilitationsrichtlinien 2004 https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1418/RL-Reha_2017-03-16_iK-2017-06-09.pdf.

Rahmenempfehlungen zur Mobilen geriatrischen Rehabilitation 2007 http://www.bag-more.de/wp-content/uploads/2015/11/rahmenempfehlung.pdf.

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI Buch des Sozialgesetzbuches 2013 http://www.mdk.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf.

Rothgang H, Huter K, Kalwitzki T, Mundhenk R (2014): Reha XI Kurzbericht 2014.

Entwicklung einer leistungsorientierten Vergütung für die geriatrische Rehabilitation

Auer, R., Weidinger, L., Immel, D., Schmöller, A.
AOK Baden-Württemberg

Zielstellung

Anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung, gibt es für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kein Reha-Budget. Mit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009 erhalten die gesetzlichen Krankenkassen ihre Finanzmittel zur Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten als monatliche Zuweisung aus dem Fonds. Diese bilden die durchschnittlichen Leistungs- und Verwaltungskosten je Versicherten aller Krankenkassen bundesweit ab. Die Krankenkassen stehen sich aber auch, anders als die Rentenversicherung, am Markt im Wettbewerb um Mitglieder gegenüber. Dieser Preis-Wettbewerb spielt sich nunmehr allein über den kassenindividuellen und einkommensabhängigen Zusatzbeitrag ab. Damit gibt es zwar kein vorgegebenes Budget für die Rehabilitation und die anderen Leistungsbereiche, aber eine zielgerichtete Leistungssteuerung ist für die Wirtschaftlichkeit und damit das Bestehen am GKV-Markt essentiell (Auer, 2016).

Die Krankenkassen stehen demnach vor der Herausforderung, qualitativ hochwertige Versorgung für ihre Versicherten zu einem fairen Preis einzukaufen. Leitlinienorientierte Behandlungskonzepte stellen eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Rehabilitation sicher und sind damit Intermediär zur Erreichung dieser Versorgungsansprüche. Die Rentenversicherung geht diesen Weg schon seit vielen Jahren. Analog zu den „Reha-Therapiestandards“ der Rentenversicherung gibt es in der GKV jedoch bislang keine Leitlinien oder Behandlungskonzepte für das Versorgungsgeschehen in der Rehabilitation. Die Erkenntnisse dieser Therapiestandards können auch nicht einfach auf die Reha-Zielgruppe der GKV übertragen werden, weil insbesondere bei der älteren Reha-Klientel vermehrt eine Reihe von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen auftreten.

Die AOK Baden-Württemberg ist bundesweit die einzige Krankenkasse, die sich dennoch auf diesem Gebiet engagiert und ließ bislang für die orthopädische Anschlussrehabilitation nach Hüft- und Kniegelenksendoprothetik und nach einer Fraktur des Femurs in der geriatrischen Rehabilitation Konzepte entwickeln. Das Vorgehen war hierbei immer partizipativ angelegt. D. h. Leistungserbringer und wissenschaftliche Institute entwickelten gemeinsam ein Konzept. Für die Rehabilitation nach einem Schlaganfall (Phase D) wird aktuell ein weiteres Behandlungskonzept mit den Partnern erarbeitet.

Für die AOK Baden-Württemberg ergibt sich damit auch die Möglichkeit in der Vergütungsgestaltung neue Wege zu gehen. Die Krankenkassen haben sich bei Vergütungsverhandlungen an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 SGB V zu halten. Für eine Neukalkulation der Vergütungssätze unter Berücksichtigung des konkreten Bedarfes einer Rehabilitationseinrichtung, beispielsweise in der Abbildung der Fallschwere der in der Einrichtung behandelten Rehabilitanden, ist im Rahmen der Vertragsverhandlungen gemäß § 111 Abs. 5 SGB V praktisch kein Spielraum vorhanden.

Neben der Entwicklung von Inhalten und Prozessen für die geriatrische Rehabilitation nach Fraktur des Femurs wurde von Anbeginn die Idee der Verknüpfung einer leistungsorientierten Vergütung an das Behandlungskonzeptes verfolgt.

Die Fragestellung lautet daher: Wie kann eine leistungsorientierte Vergütung – klinikindividuell – für die geriatrische Rehabilitation nach Fraktur des Femurs (S72) ausgestaltet werden?

Methoden

Zur Kalkulation eines leistungsorientierten Vergütungsmodells wurde als Grundlage das Behandlungskonzept herangezogen. Mit eingeflossen sind dabei sogenannte Kern- und bedarfsabhängige Maßnahmen, die Dauer und die Frequenz der einzelnen Maßnahmen, die daran beteiligten Berufsgruppen, die Verweildauer, die Fallschwere, die Sachkosten für Unterkunft und Verpflegung und Personalkosten auf Basis tariflicher Vergütung unter Berücksichtigung regional konsentierter Personalschlüssel.

Ergebnisse

Auf Basis der Differenzierung des Behandlungskonzepts in Kern- und Zusatzmaßnahmen wurde ein variables, leistungsorientiertes Vergütungsmodell entwickelt. Das entwickelte Vergütungsmodell fängt Mehraufwände, die durch die Erbringung bedarfsabhängiger Zusatzmaßnahmen entstehen, auf und enthält somit leistungsabhängige Bestandteile. Darüber hinaus werden im Sinne der Leistungsorientierung weitere Leistungsindikatoren, insbesondere die Fallschwere, berücksichtigt.

Die Vergütung setzt sich schließlich aus einer Grundvergütung, einem variablen Vergütungsanteil und zwei zusätzlichen Pauschalen (Häusliche Begehung und Knochendichtemessung) zusammen. Die endgültige Vergütung wird anschließend retrospektiv durch eine Leistungsdokumentation, klinikindividuell ermittelt und mit den Rehabilitationseinrichtungen vertraglich vereinbart.

Fazit

Die Herangehensweise und Methodik der Entwicklung einer neuen Vergütungssystematik setzt ein hohes Maß an Vertrauen der Leistungsträger, hier der Krankenkasse, gegenüber den Leistungserbringern voraus. Nur im gemeinsamen Diskurs und durch eine begleitende Evaluation kann dieses Vertrauen auch beidseitig gelebt werden.

Zur Etablierung einer neuen Systematik für die Vergütung in der Rehabilitation bildet die Etablierung von Transparenz die Grundlage für alle Diskussionen und Weiterentwicklungen. Leistungsträger können nur leistungsorientierte Vergütungen gewähren, wenn Klarheit über die eingekauften Inhalte und die tatsächlich erbrachten Leistungen vorliegen.

Literatur

Auer, R (2016): Rehabilitationsmanagement aus Sicht der Krankenversicherung. In Rieger, M.A., Hildenbrand, S., Nessler, T., Letzel, S., Nowak, D. [Hrsg.]: Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin. ecomed Medizin, Landsberg am Lech.

Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen (BOSS) – Intensivierung des Berufsbezugs in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

Jankowiak, S. (1), Kocks, A. (2), Borgelt, J. (2), Kaluscha, R. (1), Krischak, G. (1, 3)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), (2) Berufsförderungswerk Bad Wildbad, (3) Federseeklinik Bad Buchau

Zielstellung

Eine Suchterkrankung und Erwerbslosigkeit stehen in einer Wechselbeziehung. Einerseits führt (chronisches) Suchtverhalten häufig zum Verlust der Erwerbstätigkeit. Andererseits kann lang andauernde Arbeitslosigkeit die Entstehung bzw. Verstetigung einer Abhängigkeitserkrankung bedingen.

Eine höhere Erfolgsquote beim Therapieziel „nachhaltige Abstinenz“ kann daher nur dann erzielt werden, wenn eine konkrete berufliche Reintegrationschance besteht bzw. ein Arbeitsplatz vorhanden ist. Der berufliche (Wieder-)Einstieg ist bei Suchtpatienten jedoch aufgrund einer Vielzahl an Integrationshemmnissen deutlich erschwert, so dass diese von speziellen berufsbezogenen Maßnahmen profitieren dürften. Demgemäß wurden bereits verschiedene Ansätze zur Intensivierung des Berufsbezugs entwickelt (Kulick, 2009). Zudem liegen seit Herbst 2014 entsprechende Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vor (AG BORA, 2014).

BOSS-Konzept

Um die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu erhöhen, wurde vom Berufsförderungswerk Bad Wildbad bereits vor Herausgabe der Empfehlungen der AG BORA ein mehrstufiges berufliches Integrationskonzept speziell für den Suchtbereich entwickelt. Kennzeichnend für das Konzept zur „Beruflich Orientierten Rehabilitation Suchtkranker in Stufen“ (BOSS) sind eine enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie eine hohe Kontinuität in den beruflichen Begleitangeboten während der gesamten Rehabilitation. Im Gegensatz zum Modellprojekt „Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung“ (BISS), bei dem die berufliche Integrationsförderung erst nach Abschluss der stationären Suchtbehandlung ansetzt (Rekowski, 2014), beginnt BOSS bereits innerhalb der ersten Wochen einer Langzeitentwöhnung und fokussiert die berufliche Reintegration während der gesamten Maßnahme. Die Rehabilitanden werden bei Bedarf bis zur Arbeitsaufnahme oder darüber hinaus begleitet, um häufig in der Anfangsphase auftretende Probleme besser zu meistern und den Arbeitsplatz langfristig zu sichern.

Methoden

BOSS wird von den Suchtrehabilitationskliniken des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation gGmbH in Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk Bad Wildbad seit Herbst 2014 umgesetzt. Im Rahmen der Begleitforschung

werden sowohl die Effekte von BOSS untersucht als auch geprüft, ob bestimmte Subgruppen besonders von BOSS profitieren. Die Evaluation erfolgt anhand einer multizentrischen Kohortenstudie, wobei prospektiv rekrutierte Teilnehmer an BOSS mit Rehabilitanden einer „historischen“ Kontrollgruppe, die die bisher übliche Suchtrehabilitation durchgeführt haben, verglichen werden.

Neben der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) werden Befragungsdaten der Teilnehmer (BOSS-Beginn und -Ende) herangezogen.

Da eine hohe Identifikation mit der Maßnahme durch die Rehabilitanden eine wesentliche Voraussetzung für dessen Erfolg ist, stellte sich zunächst die Frage, wie die BOSS-Teilnehmer das Konzept einschätzen. Im Hinblick auf eine weitere Optimierung wurde zudem untersucht, welche Verbesserungswünsche bestehen. Dazu wurde der subjektive Nutzen von BOSS im Hinblick auf eine Verbesserung der beruflichen Perspektive und das Erreichen bestimmter berufsbezogener Ziele ausgewertet. Ebenso wurden die Bewertungen der einzelnen BOSS-Module sowie die Freitextangaben („Was hat Ihnen an BOSS gefallen?“, „Was hat Ihnen an BOSS nicht gefallen und sollte ggf. geändert werden?“) betrachtet.

Ergebnisse

Von 86 BOSS-Teilnehmern gaben 46% an, dass sich die berufliche Perspektive durch BOSS „stark“ bis „sehr stark“ verbessert hat. Bei lediglich 10% hat sich diese nur „ein wenig“ bis „gar nicht“ verbessert. Dreiviertel der Teilnehmer an BOSS schätzten die Module als „hilfreich bis sehr hilfreich“ ein (Modul 1 "Stärken-Schwächen-Analyse": 78%; Modul 2 „Bewerbungskompetenzen und Umgang mit Stress": 73%; Modul 3 und 4 „Jobportal – Schulung und Anwendung": 76%). Abbildung 1 zeigt, inwieweit bestimmte Aussagen im Hinblick auf das Erreichen bestimmter berufsbezogener Ziele zutreffen. Rund die Hälfte bis Dreiviertel der BOSS-Teilnehmer konnte spezielle berufsbezogene Kompetenzen erwerben. Auch im Zuge der Freitextangaben gibt ein Großteil der BOSS-Teilnehmer einen hohen Mehrwert für das Konzept und eine große Zufriedenheit an. So konnten diese laut eigener Einschätzung eine optimistische Zukunftsprognose entwickeln und wichtige Fertigkeiten im Hinblick auf die Bewerbungsphase erlangen. Die erlernten Strategien der Stressbewältigung sowie die Unterstützung bei der Identifikation eigener Stärken und Schwächen wurden als besonders nützlich bewertet. Ferner wird eine Erweiterung des zeitlichen Rahmens der einzelnen Module gewünscht, um arbeitsplatzbezogene Themen ausführlicher behandeln zu können.

Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (N=86)

1 *„Das Erlernte wird für meine Wiedereingliederung hilfreich sein."*

2 *„Für zukünftige Bewerbungsphasen fühle ich mich gut unterstützt."*

3 *„Meine beruflichen Möglichkeiten und Perspektiven sind mir klarer."*

4 *„Ich habe meine Stärken & Schwächen kennengelernt."*

5 *„Ich fühle mich sicherer im Umgang mit Stress."*

6 *„Die Wiedereingliederung wäre für mich ohne BOSS schwieriger."*

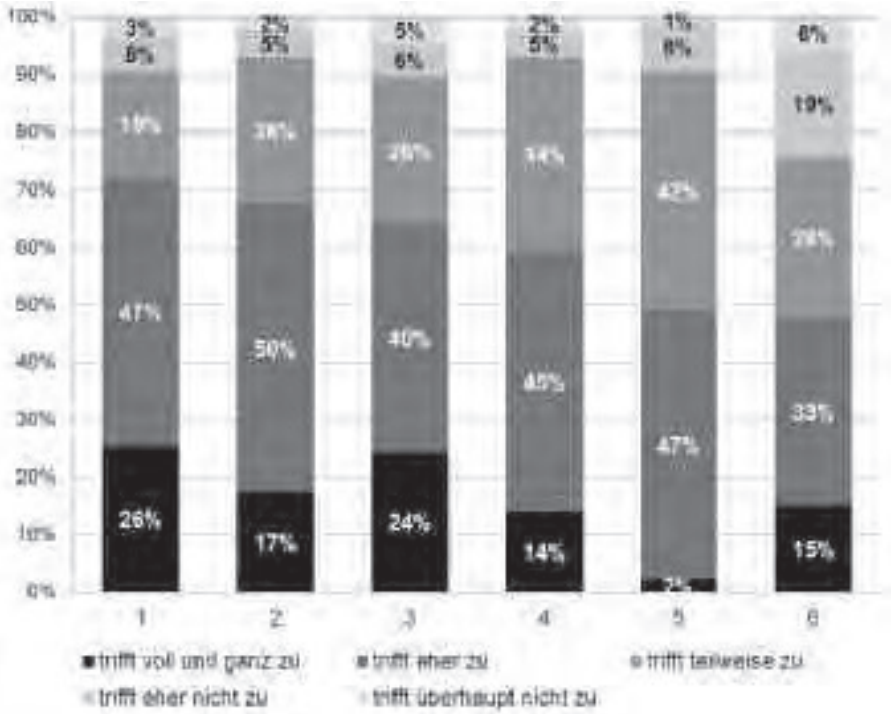

Abb.1: Einschätzung der BOSS-Teilnehmer, inwieweit bestimmte berufsbezogene Ziele erreicht werden konnten.

Fazit

Zur Bewertung der mittel- und langfristigen Effekte von BOSS sowie zur Bestimmung von Prädiktoren für Ergebnisse sind noch Analysen des Erwerbsstatus anhand von Routinedaten der Rentenversicherung geplant. Bereits jetzt deutet die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem ressourcen- und stärkenorientierten Konzept sowie der geäußerte Bedarf an einer weiteren Intensivierung des Berufsbezugs darauf hin, dass eine Erweiterung des bisherigen therapeutischen Angebots um berufsbezogene Elemente sinnvoll ist.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (AG BORA) (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Abruf: 24.10.2016.

Deutsche Rentenversicherung (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. uRL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/273684/publication File/51317/MBOR_Anforderungsprofil.pdf, Abruf: 21.10.2016.

Kulick, B. (2009): Innovative Elemente der Entwöhnungsbehandlung. Sucht aktuell, 2. 5-11.

Rekowski, A. (2014): Evaluation des Modellprojekts „Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung“ (BISS). Dissertation, Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftliche Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. URL: https://www.freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:9378/datastreams/FILE1/content, Abruf: 27.10.2016.

Das Gehirn vom Alkohol weg bewegen? - Rückfallprävention durch CBM (Aufmerksamkeitstraining) und transkraniale Hirnstimulation (TdCS) bei Alkoholabhängigen

Lindenmeyer, J. (1), den Uyl, T. (2), Gladwin, T. (2), Wiers, R. (2)

(1) salus klinik Lindow, (2) Universität Amsterdam

Zielstellung

Verschiedene Trainingsverfahren der sog. Cognitive Bias Modifikation (CBM) haben sich als wirksame Unterstützung in der Behandlung von Suchtmittelabhängigen erwiesen (Kakoschke et al., 2017). In vorangegangen Studien der Autorengruppe haben sich sowohl ein Approach-Avoidance-Training (AAT) als auch ein Attentional Bias Training (ABT) als effektiv erwiesen, die Erfolgsquote von stationärer Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen in der 1-Jahreskatamnese signifikant zu steigern (Wiers et al. 2011; Eberl et al., 2013; Rinck et al., eingereicht).

Gleichzeitig hat sich transkraniale Hirnstimulation als eine wirksame Unterstützung bei einer Reihe von kognitiven Prozessen erwiesen (Medeiros et al., 2012). Von daher wurde nunmehr die Wirksamkeit eines PC-basierten Aufmerksamkeitstrainings (Attentional Bias Training - ABT) in Kombination mit transkranialer Hirnstimulation zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen untersucht.

Methoden

89 Alkoholabhängige in stationärer Entwöhnungsbehandlung wurden in einer randomisiert-kontrollierten Studie (2x2 Untersuchungsdesign) zufallsbedingt folgenden 4 Gruppen zugeteilt: 4 Trainingseinheiten a 15 Minuten ABT (echtes Training vs. Placebo) kombiniert mit

transkranialer Hirnstimulation (TdCS) (20 min Stimulation vs Placebo). Beim ABT wird den Probanden nach dem Prinzip der Dotprobe-Aufgabe zunächst immer ein nebeneinanderstehendes Bilderpaar von alkoholischen und nichtalkoholischen Getränken gezeigt. Die weitere Aufgabeninstruktion erscheint jeweils unmittelbar folgend an der Stelle der nichtalkoholischen Getränkeabbildung, um so die Aufmerksamkeit der Probanden weg vom Alkohol auf diese Abbildung zu richten. Vor und nach jeder Trainingseinheit wurden das Ausmaß an alkoholbezogener Aufmerksamkeitstendenz sowie das Alkoholverlangen mittels der Penn Alcohol Craving Scale (Flannery et al., 1999) gemessen. Außerdem wurde der Abstinenzstatus in Rahmen einer 1-Jahresktamnese entsprechend dem Deutschen Kerndatensatz erhoben.

Ergebnisse

Nur die Gruppe mit aktiver Hirnstimulation und Aufmerksamkeitstraining zeigte eine signifikant verringerte Alkoholaufmerksamkeitstendenz zum Behandlungsende. Darüber hinaus ergab sich keine Überlegenheit der Kombination von Hirnstimulation und Aufmerksamkeitstraining. Allerdings war die Rückfallrate der Patienten mit Hirnstimulation ein Jahr nach Behandlung um 21 Prozent signifikant geringer als in der Kontrollgruppe ($p<.05$).

Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass transkraniale Hirnstimulation geeignet sein könnte, die Effekte stationärer Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen zu steigern. Ob es Patientensubgruppen gibt, die von den verschiedenen CBM-Verfahren und ihrer Kombination mit TdCS in unterschiedlichem Ausmaß profitieren könnten, bedarf weiterer Studien an größeren Stichproben

Literatur

den Uyl, T. E., Gladwin, T. E., Rinck, M., Lindenmeyer, J., and Wiers, R. W. (2017): A clinical trial with combined transcranial direct current stimulation and alcohol approach bias retraining. Addiction Biology, 22: 1632-1640.

Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., Lindenmeyer, J. (2013): Approach bias modification in alcohol dependence: do clinical effects replicate and for whom does it work best? Dev Cogn Neurosci 4:38-51.

Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., Pettinati, H. M. (1999): Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. Alcohol Clin Exp Res 23:1289-1295.

Medeiros, L. F., de Souza, I. C. C., Vidor, L. P., de Souza, A., Deitos, A., Volz, M. S. Fregni, F., Caumo, W., Torres, I. L. S (2012): Neurobiological effects of transcranial direct current stimulation: a review. Front Psychiatry 3:110-119.

Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker,. E. S., Lindenmeyer, J. (2011): Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. Psychol Sci 22:490-496.

Bewertungen eines telefonischen Nachsorgeangebotes in der Suchtrehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Ergebnisse einer qualitativen Teilnehmerbefragung

Krüger, T. (1), Michel, E.(1), Missel, P. (2), Spyra, K. (1)

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (2) MEDIAN Kliniken Daun

Zielstellung

Für die zeitlich begrenzte stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sind positive Effekte in Bezug auf dauerhafte Abstinenz, Integration in das Erwerbsleben sowie sozialmedizinische Verläufe im Anschluss an die medizinische Rehabilitation belegt (Bachmeier et al. 2017, Naumann & Bonn 2016, Köhler et al. 2007).

Aufgrund komplexer Beeinträchtigungen und über Jahrzehnte andauernder Problematiken gelingt es dennoch nicht allen Rehabilitanden, den erreichten Behandlungserfolg dauerhaft aufrechtzuerhalten (Bachmeier et al. 2017). Auswertungen der Routinekatamnese zeigen, dass zwischen 23,1% und 59,1% der Rehabilitanden im ersten Jahr nach der Entwöhnungsbehandlung rückfällig werden.

Zur Sicherung des Behandlungserfolges der medizinischen Rehabilitation ist die Reha-Nachsorge fest in der Strategie der DRV verankert (DRV 2017a). Sie hat einen besonderen Stellenwert im Anschluss an die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (DRV & GKV 2012).

Gleichzeitig zeigt sich, dass komplexe Nachsorgeleistungen der DRV nur von rund einem Drittel der alkoholabhängigen Rehabilitanden in Anspruch genommen werden (Bachmeier et al. 2017). Gründe sind u.a. der relativ hohe Aufwand zur Teilnahme für Rehabilitanden, der ihrerseits Ressourcen hinsichtlich verfügbarer Zeit, Mobilität sowie Motivation voraussetzt (Sibold et al. 2011). Zudem bestehen unterschiedliche Bedarfslagen und regionale Versorgungslücken, die eine Teilnahme erschweren können (DRV 2017b).

Telemedizinische Nachsorgekonzepte (bspw. Telefon, Internet, Smartphone, Tablet) können helfen, Teilnahmebarrieren zu minimieren. Aus Sicht der DRV stellen sie deshalb eine sinnvolle Ergänzung des Spektrums an Nachsorgeleistungen dar (ebd.). Die Wirksamkeit telefonischer Nachsorgeangebote ist indikationsübergreifend belegt (Sewöster et al. 2014), die flächendeckende Einführung steht bislang noch aus.

Die vorgestellte Implementationsstudie „TelNa“ prüft Bedingungen und Voraussetzungen für eine flächendeckende Einführung eines niedrigschwelligen, manualgestützten telefonischen Nachsorgeangebotes im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung und untersucht Aufwand und Machbarkeit desselben. Im Rahmen der Studie erhielten 200 Studienteilnehmende über den Zeitraum eines halben Jahres einmal monatlich therapeutische Begleitung per Telefon. Die Gespräche dauerten etwa 20-30 Minuten.

In leitfadengestützten qualitativen Interviews wurde erhoben, wie Nutzer der Nachsorge das Angebot beurteilen, um daraus organisatorische und inhaltliche Optimierungspotenziale abzuleiten.

Methoden

Aus der Gruppe der Studienteilnehmenden wurden randomisiert 15 Personen für ein telefonisches Interview ausgewählt. Es konnten 14 teilstrukturierte Leitfadeninterviews realisiert werden, die im Zeitraum zwischen 04.08. und 10.08.2017 durchgeführt wurden. Die Interviews dauerten 16 - 40 Minuten. Es wurden sowohl Teilnehmende einbezogen, die das Angebot vorzeitig beendeten, als auch solche, die es regulär (nach 6 Terminen) abgeschlossen hatten. Hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung war die interviewte Teilgruppe mit der Gesamtgruppe der Studienteilnehmenden vergleichbar. Die verschriftlichten Inhalte der Interviews wurden mit gängigen computergestützten Methoden erschlossen und nach der Überführung in ein deduktiv erstelltes und induktiv erweitertes Kategoriensystem mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2008).

Ergebnisse

Der persönliche Nutzen wurde von den Befragten unterschiedlich beurteilt. Manche Teilnehmende schätzten die Gespräche als Möglichkeit, sich über mittel- und langfristige Ziele mit den Therapeuten auszutauschen (z. B. Familiensituation, Freizeitgestaltung). Andere nutzten die Gespräche um konkrete Fragen der Rückfallprävention und persönliche Krisen zu thematisieren. Alle hoben hervor, dass sie unabhängig von therapeutischen Inhalten die Zuwendung im persönlichen Gespräch schätzten.

Nach der persönlichen Bewertung des Angebots in Form einer Schulnote befragt, gaben alle befragten Teilnehmer ein „Gut“ bis „Sehr gut“ an. Alle Teilnehmer gaben zudem an, das Angebot uneingeschränkt Familienmitgliedern und Freunden in einer ähnlichen Situation zu empfehlen.

Ein Großteil der Befragten nutzte das telefonische Angebot als Ergänzung zu anderen Nachsorgeangeboten. So gaben einige Personen an, in den telefonischen Gesprächen Themen aus den anderen Angeboten aufzugreifen und zu reflektieren.

Der manualisierte Gesprächsablauf wurde von den Befragten unterschiedlich bewertet. Vor allem Gesprächsanteile, die möglichst frei gestaltet und auf die persönliche Situation zugeschnitten waren, wurden positiv hervorgehoben. Stark strukturierte Gesprächsanteile wurden eher ablehnend bewertet, da sie einen unpersönlichen Eindruck vermittelten.

Fazit

Die Interviews mit den Nachsorgeteilnehmenden hatten das Ziel, Hinweise auf die Akzeptanz des Angebotes aus Nutzersicht zu gewinnen. Die Erkenntnisse der Interviews legen nahe, dass sich das Angebot gut ergänzend einsetzen lässt. Dabei gelingt es auch unterschiedliche Bedarfslagen zu berücksichtigen.

Besonders die hohe Rate an Weiterempfehlungen ist ein Indiz für eine hohe Akzeptanz des Angebotes. Das persönliche Gespräch, ob face-to-face oder telefonisch, wird als wertvolle menschliche Zuwendung wahrgenommen, die stabilisierend wirken kann.

In Bezug auf das Gesprächsmanual lassen sich Verbesserungsmöglichkeiten erkennen. Zukünftige Angebote sollten freie Gesprächsanteile gegenüber vorstrukturierten Fragen bevorzugen.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie werden mit den Ergebnissen der quantitativen Befragung trianguliert, um zu einer genaueren Einschätzung der Akzeptanz und Praktikabilität des Angebotes unter Einbezug verschiedener Perspektiven zu gelangen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bachmeier, R., Feindel, H., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Schneider, B., Strie, M., Verstege, R., Kreutler, A., Weissinger, V. (2017): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 24, 53-69.

Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung (2012): Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_nachsorge_abhaengigkeitskranker_2012.pdf?__blob=publicationFile&v=7, Abruf 05.10.2017

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2017a): Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=5, Abruf 05.10.2017

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2017b): Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an Tele-Reha-Nachsorge. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/_downloads/nachsorge_tele_reha.pdf?__blob=publicationFile&v=2, Abruf 05.10.2017

Köhler, J., Grünbeck, P., Soyka, M. (2007): Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit - Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. Aktuelle Ergebnisse und Perspektiven aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers. Der Nervenarzt, 78. 536-546.

Köpke, K-H. (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Rehabilitation, 44. 344-352.

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Naumann, B., Bonn, V. (2016): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016. Lengerich: Pabst. 200-216.

Sewöster, D., Haaf, HG, Märtin, S (2014): Telefonische Nachsorge in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht. Gesundheitswesen, 76. A 177.

Sibold M., Mittag O., Kulick B., Müller, E., Opitz, U., Jäckel, W.H. (2011): Prädiktoren der Teilnahme an einer Nachsorge nach ambulanter Rehabilitation bei erwerbstätigen Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. Rehabilitation, 50. 363-371.

Was ist mit den katamnestischen Nicht-Antwortenden (Non-Respondern) in der Suchtrehabilitation?

Bernert, S. (1), Krüger, T. (1), Missel, P. (2, 3), Weissinger, V. (2), Koch, A. (4), Spyra, K. (1)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Fachverband Sucht e.V. (FVS), (3) Median Kliniken Daun, (4) Bundesverband für stationäre Suchkrankenhilfe e.V. (buss)

Zielstellung

Angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung (Prävalenz der Erkrankung: Lehner & Kepp, 2016; volkswirtschaftliche Kosten: Adams & Effertz, 2011; Bergmann &Horch, 2002) und der kostenintensiven Rehabilitation von alkoholassoziierten Erkrankungen (Naumann & Bonn, 2016) ist der Nachweis der Effektivität von Entwöhnungsbehandlungen von besonderer Relevanz. Hauptleistungsträger bei rund 85% der durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen ist die Deutsche Rentenversicherung, der dadurch im Jahr 2014 Kosten von ca. 500 Mio. Euro entstanden sind. Dies entspricht ca. 15% der Gesamtausgaben für die medizinische Rehabilitation (Naumann &Bonn, 2016).

Katamnestische Routinebefragungen 12 Monate nach Behandlungsende sind ein wichtiges Mittel zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der Suchtrehabilitation. Der Anteil an Rehabilitanden, der nicht auf diese Befragungen antwortet (Non-Responder) ist jedoch hoch und liegt bei mindestens ca. 45% (Bachmeier et al., 2017). Das birgt die Gefahr einer Fehleinschätzung (Non-Response-Bias) der längerfristigen Wirksamkeit von Suchtbehandlungen, insbesondere dann, wenn sich die Gruppe der Antwortenden (Responder) im Abstinenzverhalten systematisch von der Gruppe der Non-Responder unterscheidet und der zugrundeliegende Mechanismus nicht zufällig ist (Schnell, 1997). Bislang gibt es keine Studien, die diese möglichen Unterschiede untersuchen.

Das vorgestellte Projekt versuchte, eine möglichst hohe Zahl von Non-Respondern doch noch für eine Befragung zu gewinnen. Dazu wurden Studienteilnehmer, die nicht auf die Routinekatamnese geantwortet haben, systematisch nachbefragt. Die Ergebnisse ermöglichen eine genauere Abschätzung des Abstinenzverhaltens sowie eine genauere Beschreibung dieser Gruppe.

Methoden

Es wurde eine multimodale Befragung realisiert, die sich direkt an die Routinekatamnese der beteiligten Studienkliniken anschloss. Hierzu wurde zunächst ein Kurzbefragungsinstrument eingesetzt, das sowohl als Paper-Pencil-Version per Post verschickt als auch als Online-Version angeboten wurde. Nicht antwortende Teilnehmer erhielten per E-Mail und/oder SMS eine Erinnerung daran, den Fragebogen auszufüllen. Weiterhin nicht antwortende Studienteilnehmer wurden dann per Telefon befragt (bis zu fünf Kontaktversuche).

Ergebnisse

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte von November 2014 bis Mai 2015. Es wurden 3.859 RehabilitandInnen aus 50 Studienkliniken in Studie eingeschlossen. Davon wurden 265 Teilnehmende (6,9%) aus verschiedenen Gründe ausgeschlossen. Die Katamnesestichprobe umfasst damit 3.594 Fälle. Folgende Untersuchungsgruppen können unterschieden werden:

Früh-Antwortende auf die Klinikbefragung (n = 1.670, 46,5%), Spät-Antwortende auf die Befragung der Charité (n = 629, 17,5%), Nicht-Antwortende (n = 1.295, 36,0%). Die Antwortquote in der Studienpopulation konnte von 46,5% (Früh-Antwortende) auf 64,0% (Früh-Antwortende und Spät-Antwortende zusammen) erhöht werden. In der Gruppe der Spät-Antwortenden erreichte vor allem die telefonische Nachbefragung eine hohe Rücklaufquote (48,8% aller Spät-Antwortenden).

Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemografischen Eigenschaften voneinander. Nicht-Antwortende sind jünger, eher männlich, eher arbeitslos, seltener in festen Beziehungen und weisen eine geringere Haltequote sowie eine längere Behandlungsdauer als die beiden anderen Gruppen auf.

Es zeigte sich, dass Früh-Antwortende bezogen auf das Abstinenzverhalten eine höhere katamnestische Erfolgsquote berichten, als Spät-Antwortende (81,9% vs. 64,1%).

Fazit

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass eine Vielzahl an primären Nicht-Antwortenden doch noch erreicht werden kann. Dabei spielen alternative Befragungsmodi eine wichtige Rolle (Online- und Telefonbefragung). Verglichen mit den Rücklaufquoten in der Routinekatamnese (Bachmeier et al. 2017: ca. 55%) konnte eine erhöhte Ausschöpfungsquote (64,0%) in der Studienpopulation erreicht werden. Dies zeigt, dass in den Routineuntersuchungen der Suchthilfe noch Verbesserungspotentiale in Bezug auf die Ausschöpfungsquoten vorhanden sind.

Mit dieser Studie wurde zum ersten Mal eine systematische Untersuchung der Erfolgsquoten in der stationären Alkoholentwöhnung unter Einbeziehung der Spät-Antwortenden durchgeführt. Es zeigte sich, dass in dieser Gruppe über 60% der befragten Personen eine Abstinenz zum Befragungszeitpunkt berichten. Dies ist ein Beleg dafür, dass die konservative Berechnungsform für die Effektivität der Sucht-Rehabilitation (DGSS4) keine gute Grundlage für die Schätzung der tatsächlichen Erfolgsquote der Behandlungen darstellt.

Qualitätssichernde Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation tragen dazu bei, volkswirtschaftliche Ressourcen effizient zu nutzen. Die Erkenntnisse der Routinekatamnese leisten hierbei einen wichtigen Beitrag.

Auf Grundlage der Ergebnisse des Projektes ist es möglich, zu genaueren Schätzungen des abstinenzbezogenen Therapieerfolgs der stationären Entwöhnungsbehandlung zu gelangen. Zudem können Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie der Rücklauf der routinemäßigen Nachbefragungen in der Suchthilfe verbessert werden kann.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Literatur

Adams, M., Effertz, T. (2011): Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Thieme. 57-61.

Bachmeier, R., Feindel, H., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Schneider, B., Strie, M., Verstege, R., Kreutler, A., Weissinger, V. (2017): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese

des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 24, 53-69.
Bergmann, E., Horch, K. (2002): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Kosten alkoholassoziierter Krankheiten – Schätzungen für Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut.
Lehner, B., Kepp, J. (2016): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016. Lengerich: Pabst. 9-36.
Naumann, B., Bonn, V. (2016): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016. Lengerich: Pabst. 200-216.
Schnell, R. (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen: Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Opladen: Leske+Budrich.

Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Methamphetaminabhängigen in Mitteldeutschland – Eine qualitative Studie aus Expertenperspektive

Hoffmann, L., Buchenauer, L., Schumann, N., Schröder, S.L., Martin, O., Richter, M.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Zielstellung

Der Rehabilitation kommt in der Versorgung von Patienten mit Methamphetaminabhängigkeit eine besondere Rolle zu, denn sie zielt auf die Wiedereingliederung und Erhaltung einer aktiven Teilhabe am normalen Leben in Ausbildung, Beruf, Familie und Gesellschaft. Internationale Studien zeigen, dass Behandlungsprogramme Methamphetaminabhänigen bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit helfen und ähnliche Effekte wie bei Heroin- oder Alkoholabhängigen erreicht werden können (Manning et al., 2017). Dabei erhöht die stationäre Rehabilitation den Behandlungserfolg in Hinblick auf eine abstinente Lebensweise im Vergleich zur ausschließlichen Inanspruchnahme einer Entgiftungsbehandlung (McKetin et al. 2012). Für Deutschland bestehen auf diesem Forschungsgebiet jedoch große Lücken und die bestehenden internationalen Ergebnisse lassen sich nicht ohne weiteres übertragen. Insbesondere die in den USA angewendeten Programme wurden bisher nicht auf den deutschsprachigen Raum übertragen (Härtel-Petri, 2016). Es bleibt daher offen, welche Defizite im Bereich der medizinischen Rehabilitation für den deutschen Kontext vorliegen und welche Optimierungsmöglichkeiten auf diesem Gebiet bestehen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, Versorgungsdefizite und Optimierungsmöglichkeiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation herauszuarbeiten und zu untersuchen, welche Besonderheiten Methamphetaminabhängige im Vergleich zu anderen Abhängigkeitserkrankten aufweisen.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren durch qualitative Experteninterviews sowie Fokusgruppendiskussionen. In der ersten Erhebungsphase wurden in 39

semi-strukturierten Einzelinterviews Erfahrungen und Perspektiven von Experten aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (niedergelassene Hausärzte, Suchtberatungs-stellen, suchtmedizinische Akutversorgung, Rehabilitation) zu Crystal-Betroffenen exploriert. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und in Anlehnung an Meuser & Nagel (2009) ausgewertet. In der zweiten Erhebungsphase wurden die Ergebnisse aus den Einzelinterviews in 2 professionsübergreifenden Fokusgruppen (Przyborski A, Riegler J. 2010) validiert und diskutiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Expertenbefragungen zeigen, dass sich die Arbeit mit Methamphetaminabhängigen in der Rehabilitation im Vergleich zu anderen Drogenkonsumenten anspruchsvoller gestaltet. Aufgrund verschiedener Komorbiditäten (vor allem psychische Erkrankungen) haben Crystal Meth Konsumenten einen höheren Bedarf an Therapie, insbesondere in Bezug auf Dauer und Flexibilität der Versorgungsangebote. Zudem liegen verschiedene Eigenschaften der Betroffenen vor, wie zum Beispiel eine verminderte Problemeinsicht und eine stark ausgeprägte Unzuverlässigkeit, die in der rehabilitativen Versorgung dieser Zielgruppe zu berücksichtigen sind. Zudem ergeben sich verschiedene Versorgungsdefizite im Bereich der Rehabilitation, welche auch die Qualität der Reha-Angebote negativ beeinflussen. Dazu gehören zum Beispiel:

- zu kurze Behandlungszeiten im Bereich der Entwöhnungsbehandlung
- zu wenig spezifische und differenzierte Therapiekonzepte für unterschiedliche Konsumentengruppen von Methamphetamin
- zu wenig ambulante Reha-Angebote
- wenig Einrichtungen und Angebote für Eltern mit Kindern sowie Schwangere

Fazit

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass es sich bei den Methamphetaminabhängigen um eine Patientengruppe handelt, die sich durch diverse Charakteristika von anderen Abhängigkeitserkrankungen unterscheidet und daraus unterschiedliche Versorgungsdefizite für die medizinische Rehabilitation resultieren. Zukünftig gilt es, differenzierte Angebote für diese Patientengruppe bereitzustellen. Hierzu gehören vor allem spezifische Angebote für Eltern und Kinder, Schwangere, junge Patienten sowie Doppeldiagnosepatienten. Weiterhin ist es notwendig generell flexiblere Therapiemodelle, insbesondere bezogen auf die Dauer der Behandlung sowie mehr ambulante Reha-Angebote bereitzustellen, um den Besonderheiten und z.T. benötigten längeren Behandlungszeiten der Methamphetaminabhängigen gerecht zu werden. Insgesamt tragen die Ergebnisse dieser Studie dazu bei, die steigende Zahl an Betroffenen künftig frühzeitig in das Suchthilfesystem zu integrieren, eine bedarfsgerechte Versorgung der wachsenden Gruppe Methamphetaminsüchtiger sicherzustellen und bestehende Versorgungslücken zu schließen. Damit soll ein Beitrag zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der zukünftigen Erwerbstätigkeit der Betroffenen in Mitteldeutschland geleistet werden.

Literatur

McKetin, R., Najman, J. M., Baker, A. L. et al. (2012). Evaluating the impact of community-based treatment options on methamphetamine use: findings from the Methamphetamine

Treatment Evaluation Study (MATES). Addiction (Abingdon, England), 107(11), 1998–2008. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03933.x

Manning, V., Best, D., Garfield, J. B. B. et al. (2017). Money well-spent: Further evidence of improved outcomes for methamphetamine users following treatment. Drug and alcohol review, 36(2), E1-E3. doi:10.1111/dar.12410

Härtel-Petri, R. (2016). Crystal-Meth als Herausforderung für das Suchthilfesystem – Klinische Empfehlungen. Suchttherapie, 17(01), 10–16. doi:10.1055/s-0035-1559657

Meuser, M., Nagel, U. (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 35-60.

Przyborski, A., Riegler, J. (2010). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In: Mey G, Hrsg. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. (1 Aufl.) Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften. 436-448.

Wie niedergelassene Pädiater die Möglichkeiten des Flexirentengesetzes beurteilen

Berghem, S.
Fachklinikum Borkum

Zielstellung

Mit Veröffentlichung des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (sogen. Flexirentengesetz) im Bundesgesetzblatt im Dezember 2016 (Bundesgesetzblatt) eröffnen sich wesentliche neue Möglichkeiten zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, u.a. Rehabilitation als Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung (DRV), ambulante Rehabilitation, Rehabilitationsnachsorge, Aufhebung des Zugangs anhand der Diagnose, stattdessen Teilhabeorientierung, erweiterte Möglichkeiten zur Bewilligung von Begleitpersonen, Familienorientierung in der Rehabilitation.

Die Umsetzung des Gesetzes soll zum 1.7.2018 vollzogen sein, bis dahin finden Abstimmungen innerhalb der Rentenversicherung und zwischen der DRV und unterschiedlichen Experten statt. Da die Sichtweise der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte bisher nicht systematisch erfragt wird, sollte mittels dieser Untersuchung erhoben werden, welche Möglich-keiten und Grenzen die Kollegen sehen.

Methoden

Per eMail wurden niedergelassene Pädiater gebeten, sich an einer Onlinebefragung zu beteiligen. 60 Ärzte beteiligten sich und beantworteten die 26 Fragen.

Ergebnisse

Die Teilnehmer waren im Durchschnitt seit 15,5 Jahren (3 - 35 Jahre) niedergelassen. 59,6% verordneten regelmäßig Rehabilitationsmaßnahmen, 34,6% selten, 5,8% nie. Das Antragsverfahren wird überwiegend für kompliziert (60,4%), die Bewilligungspraxis für problematisch (57,7%) gehalten. Lediglich 6,6% wären nicht bereit, selber eine Rehabilitationsberatung vor einer ambulanten oder stationären Rehabilitation durchzuführen, 4,5% würden keine Nachsorge - Beratung nach einer Rehabilitation durchführen wollen. Allerdings benötigen die meisten Ärzte dazu Informationen oder fordern dafür eine extrabudgetäre Entlohnung ein.

Zu 86,5% werden die Maßnahmen für hilfreich gehalten, die im Durchschnitt 15,2 Monate nachwirken. Nur zu 38,3% werden die von der Rehaklinik zur Weiterbehandlung empfohlenen Maßnahmen als passgenau empfunden, zu 28,3% werden da grundsätzlich Schwächen benannt, ansonsten hängt die Einschätzung sehr von der einzelnen Klinik ab.

Ambulante Rehabilitation: 67,9% der Teilnehmer sehen in der ambulanten Rehabilitation keine Alternative, sondern eine Ergänzung der Möglichkeiten. Als Alternative wird dies am ehesten bei Adipositas gesehen (7 Nennungen). Als Indikationen für eine ambulante

Rehabilitation werden am häufigsten Asthma und andere Lungenerkrankungen genannt (n=13), gefolgt von Adipositas (10), Neurodermitis und anderen Hauterkrankungen (8) und ADHS, Störung des Sozialverhaltens (7). Auch soziale Indikationen werden gesehen: schwierige soziale Verhältnisse, alleinerziehende Eltern mit jüngeren Patientenkindern und schulpflichtigen Geschwisterkindern, Schulpflicht des Behandlungskindes. Als Bedingungen für eine ambulante Rehabilitation werden ein klares Antragsverfahren, angemessene Honorierung, ein passendes Rehakonzept mit einem multiprofessionellen Rehateam und Kinderkompetenz eingefordert.

Beim Thema Schule stellen sich die meisten Pädiater vor, dass die ambulante Reha im Anschluss an die normale Schule stattfindet (33,3%), 24,6% finden, dass dafür der Unterricht an der Heimatschule reduziert werden sollte, aber auch Unterricht im Setting der ambulanten Rehaeinrichtung wird vorgeschlagen. Als sinnvoller Umfang der ambulanten Reha wird im Durchschnitt 13,3 Stunden pro Woche über 11,1 Wochen angegeben. Als mögliche Anbieter einer ambulanten Rehabilitation werden am häufigsten etablierte Schulungsteams (40,0%) und stationäre Rehakliniken (36,7%) gesehen.

Nachsorge: Eine Nachsorgemaßnahme sollte durchschnittlich 4,35 – 9,3 Wochen nach der Rehabilitation beginnen, durchschnittlich 10,5 Wochen und 5,1 Stunde pro Woche dauern. Als wesentliche Inhalte werden Nachschulung (88,0%), Sport (82,0%), Training erlernter Fähigkeiten (72,0%) und bei Bedarf Ernährungsberatung (68,0%) gesehen. 26,0% konnten sich vorstellen, selber Nachsorgeleistungen anzubieten. Die Verordnung von Nachsorgeleistungen möchten die niedergelassenen Ärzte zu 78% gerne selber durchführen, dies sollte aber ohne wesentliche bürokratische Hürden gehen (70%), eine wirkliche Verordnung sein (44,0%) und extrabudgetär vergütet werden (30,0%).

Elternbegleitung: Das Alter, bis zu dem Kinder auf jeden Fall von einem Elternteil begleitet werden sollten, wird mit 6 – 14 Jahren (Mittelwert 10,5 Jahre) angegeben. Neben dem Alter wird mit insgesamt 9 Nennungen am häufigsten als Grund die Elternschulung benannt, Trennungsangst/ Bindungsprobleme wurden insgesamt nur 2 mal erwähnt. 46,4% der Teilnehmer halten eine Begleitung für erforderlich, wenn sonst die Reha nicht stattfinden würde, 30,6% halten den Elternwunsch nach Begleitung des Kindes für hinreichend.

Als Gründe für die Mitaufnahme der gesamten Familie werden am häufigsten Erkrankungen, unter denen die ganze Familie leidet und familiäre Problemsituationen (je 5 Nennungen) und limitierende Erkrankungen und Adipositas (je 4 Nennungen) bezeichnet.

Fazit

An dieser Untersuchung beteiligten sich Teilnehmer mit deutlicher Rehaaffinität und einer sehr positiven allgemeinen Einstellung der Rehabilitation gegenüber. Lediglich die Weiterbetreuung nach der Rehabilitation scheint deutlich verbesserungswürdig. Möglicherweise können da die neuen Angebote wie ambulante Rehabilitation und Nachsorge die sogenannte Rehakette vervollständigen.

Viele Teilnehmer dieser Befragung sind bereit, sich aktiv in die Rehabilitation ihrer Patienten einzubringen. Es wurden zahlreiche Anregungen zur Ausgestaltung des neuen Gesetzes gemacht. Eine weitere Einbeziehung dieser Interessensgruppe erscheint sinnvoll.

Literatur

Bundesgesetzblatt Teil I (2016) Nr. 59 vom 13.12.2016, Seite 2838 - 2447.

Kenntnis und Einsatz Digitaler Medien in der Adipositasrehabilitation

Pankatz, M., Gellhaus, I., Kühn-Dost, A., Sievers-Böckel, B., Wulff, H.
Universität Bielefeld

Zielstellung

Kinder und Jugendliche mit Adipositas zeigen in Studien eine stärkere Nutzung Digitaler Medien als Kontrollgruppen (Wulff, Wagner, 2016), und der Versuch, die Nutzungszeiten zu reduzieren, scheitert langfristig meist (Hoffmeister et al., 2011). Zugleich gibt es Hinweise darauf, dass die Nutzung von Exergames mit einer höheren Motivation zur Abnahme assoziiert ist (Staiano et al., 2012). Dies impliziert, dass in der Nutzung Digitaler Medien in der Patientenschulung eine Chance liegen könnte. Eine Recherche ergab jedoch, dass hierzu bislang kaum Forschungsbefunde vorliegen. In dieser Pilotstudie sollte daher die Frage geklärt werden, welche Erfahrungen es unter Behandlern gibt, über welches Vorwissen zu Digitalen Medien sie verfügen, und wie ihre persönliche Einstellung zur Nutzung in der Schulung ist.

Methoden

Innerhalb der Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) wurden Vorschläge für den Einsatz digitaler Medien gesammelt und geclustert. Die endgültige Liste enthielt: Homepage zur Patienteninformation, Online-Schulungs-Programme, Soziale Netzwerke, Moderierter Chatroom, Videochat, Blog, E-Mails, DVDs mit Lehrinhalten, Smartphones, Smartwatches, GPS zum Geocaching, Schrittzähler, Pulsmesser, (Handy-) kameras, Exergames. Auf dieser Grundlage wurde ein Fragebogen erstellt, in dem persönliche Erfahrungen im Umgang mit diesen Medien, eine Einschätzung der Medien als „Chance“ oder „Risiko“ für die Schulung, die Bereitschaft zum Einsatz in der Schulung (aufgeteilt nach persönlicher Bereitschaft und der Einschätzung der Bereitschaft der beschäftigenden Einrichtung), Erfahrungen im Schulungseinsatz und das Interesse an einer Fortbildung hierzu erfragt wurden.

Über den E-Mail-Verteiler der KgAS wurde der Online-Fragebogen an Schulungskräfte mit Bitte um Teilnahme und Weiterleitung an KollegInnen verschickt, zusätzlich wurde ein Papierfragebogen auf Anfrage ausgegeben. 36 Adipositastrainer (80% weiblich) nahmen an der Studie teil. Die jüngste Person entstammte der Altersgruppe 26-35, die älteste war älter als 65.

Ergebnisse

<u>Kenntnis von Digitalen Medien</u>

Die Ergebnisse hierzu waren sehr unterschiedlich: Am bekanntesten waren Smartphones (Angabe “Nutze ich regelmäßig“: 75 %). Smartwatches und Geocaching waren am wenigsten

verbreitet, hier gab niemand an, sie aktuell zu nutzen oder früher regelmäßig genutzt zu haben.

Einschätzung nach „Chance“ und „Risiko“

Gefragt wurde anhand einer visuellen Analogscala, ob verschiedene Digitale Medien eher als Chance oder Risiko für Personen mit Adipositas oder Übergewicht eingeschätzt werden. Alle genannten Medien wurden weit überwiegend als Chance wahrgenommen. Die schlechteste Einschätzung erhielten Exergames, hier machten 23 Personen eine Angabe in Richtung Chance, 7 in Richtung Risiko, 3 gaben die genaue Mitte der Skala an.

Persönliche Bereitschaft zur Nutzung Digitaler Medien in der Patientenschulung

Die TeilnehmerInnen konnten zu unterschiedlichen Medien angeben, dass Sie diese bereits nutzen, auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „Überhaupt keine Bereitschaft“ und „Hohe Bereitschaft“ auswählen oder die Antwort verweigern.

Die Ergebnisse variierten stark. Folgende Medien wurden zu mindestens 50 % mit der Angabe „Wir setzen sie bereits ein“ oder im zustimmenden Bereich der Skala beantwortet: Homepage, Soziale Netzwerke, E-Mails, Smartphones und Schrittzähler. Die anderen (Online-Schulungs-Programme, Moderierter Chatroom, Videochat, Blog, DVDs mit Lehrinhalten, Smartwatches, GPS zum Geocaching, Pulsmesser, (Handy-)kameras, Exergames (z. B. Wii Fit)) wurden überwiegend ablehnend oder neutral beurteilt.

Besonders häufig wurden Homepages (47,2 %) und E-Mails (36,1%) bereits eingesetzt. Allerdings wurde in Freitextangaben häufig angemerkt, dass Homepages teilweise nicht aktualisiert würden und insbesondere Kinder und Jugendliche per E-Mail schlecht zu erreichen seien, weshalb einige der StudienteilnehmerInnen stattdessen „WhatsApp“ nutzen würden.

Fortbildungsinteresse

97.1% der TeilnehmerInnen gaben an, Interesse an einer Fortbildung zum Thema Digitale Medien zu haben.

Fazit

Die Studie gibt erste Hinweise darauf, dass das Vorwissen über Digitale Medien bei Behandlern gering ist, jedoch ein Interesse am Thema besteht. Eingesetzt werden sie in der Behandlung wenig. Es besteht Forschungsbedarf, um Möglichkeiten und Risiken unterschiedlicher Digitaler Medien in der Patientenschulung besser einschätzen zu können. Dabei sollte allerdings abgewogen werden, inwiefern sie tatsächlich das Potential haben die Schulung zu verbessern: Der Einsatz Digitaler Medien um ihrer selbst willen sollte vermieden werden (Lupton, 2015).

Literatur

Hoffmeister, U., Bullinger, M., van Egmond-Fröhlich, A., Goldapp, C., Mann, R., Ravens-Sieberer, U., Reinehr, T., Westenhöfer, J., Wille, N., Holl, R. W. (2011): Übergewicht und Adipositas in Kindheit und Jugend. Evaluation der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland in der "EvAKuJ-Studie". Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54. 128-135.

Lupton, D. (2015): Health promotion in the digital era: a critical commentary. Health Promotion International, 30. 174-183.

Staiano, A. E., Abraham, A. A., Calvert, S. L. (2012): Motivating effects of cooperative exergame play for overweight and obese adolescents. Journal of Diabetes Science and Technology, 6. 812-819.

Wulff, H., Wagner, P. (2016): Mediennutzungs- und Aktivitätsverhalten jugendlicher Teilnehmer einer Adipositastherapie. Analyse zum Einfluss soziodemographischer Faktoren. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59 (2). 284-291.

Zusammenhang von Exekutiven Funktionen und Wohlbefinden bei Jugendlichen mit Adipositas, Diabetes und Asthma in der stationären Rehabilitation

Reinelt, T. (1), Petermann, F. (1), Bauer, C.P. (2)

(1) Universität Bremen, (2) Technische Universität München & Fachklinik Gaißach

Zielstellung

Chronische Erkrankungen wie Asthma oder Diabetes sowie Adipositas gehen häufig mit komorbiden affektiven Störungen einher (Gadalla, 2008). Der Umgang mit Ängsten und Depressionen kann dabei den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflussen. Darüber hinaus müssen Betroffene ihr Verhalten kontrollieren, um ein an ihre Erkrankung angepasstes Krankheitsmanagement (z. B. Bewegung, Ernährung) einhalten zu können (de Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008). Selbstkontrollfertigkeiten und exekutive Funktionen sind dabei von zentraler Bedeutung. Jedoch sind genau diese im Allgemeinen bei Asthma (Fryt, Pilecka & Smolen, 2013), Diabetes (Gaudieri, Chen, Greer & Holmes, 2008) oder Adipositas (Fitzpatrick, Gilbert & Serpell, 2013) gestört. Da stationäre Reha-Maßnahmen Elemente von Selbstkontrolltrainings beinhalten, wird in dieser Studie untersucht, inwiefern Verbesserungen im Wohlbefinden über die Dauer von Reha-Maßnahmen mit Selbstkontrolle und exekutiven Funktionen zusammenhängen.

Methoden

Insgesamt nahmen 319 Jugendliche im Alter von 12 bis18 Jahren (MAlter = 14.46 Jahre, SDAlter = 1.36 Jahre) an der Studie teil (52% weiblich). Befragungen erfolgten während der ersten (T1) und letzten Woche ihres Reha-Aufenthaltes (T2). Eingeschlossen wurden Jugendliche mit Adipositas (n=169), Diabetes mellitus (n=62) und Asthma bronchiale (n=88). Im Rahmen einer größeren Studie wurden unter anderem Wohlbefinden (zu T1, T2; WHO-5 Fragebogen Wohlbefinden, WHO Collaborating Center for Mental Health, 1998), exekutive Funktionen (zu T1; Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen (BRIEF), Drechsler & Steinhausen, 2013) und Selbstkorntrolle (zu T1; Brief Self Control Scale, Bertrams & Dickhäuser, 2009) erhoben.

Ergebnisse

Über alle Variablen und Personen hinweg, fehlten etwa 2,5% der Werte, wobei das Muster fehlender Werte als nicht komplett zufällig angesehen werden konnte, MCAR-Test nach Little, $\chi 2$ (28178) = 28605,80, p = .036. Daher wurden auf Basis von jeweils 50 Iterationen 20

imputierte Datensätze erstellt. Es zeigte sich, dass der Anteil an Jugendlichen, die als beeinträchtigt in ihrem Wohlbefinden angesehen werden können, insgesamt mit 43% zu T1 und 36% zu T2 hoch ist, wobei das Wohlbefinden über die Rehabilitation zunahm (ΔT1-T2 = 1.51, $p < .001$) und sich nicht zwischen den Gruppen unterschieden hat (vgl. Tab. 1).

Tab.1: Mittelwerte und Gruppenunterschiede über die imputierten Datensätze

	Adipo-sitas	**Diabe-tes**	**Asthma**	
Wohlbefinden				
WHO-5 T1, Summenwert	13.90	13.62	14.35	n. s.
% auffällig T_1	43.34	41.94	44.43	n. s.
WHO-5 T2, Summenwert	15.94	14.83	15.04	n. s.
% auffällig T2	32.04	41.45	39.20	n. s.
ΔT_1-T_2	2.04	1.21	0.70	n. s.
Exekutive Funktionen				
BRIEF-Gesamtwert	139.15	141.85	132.49	Asthma < Adipositas, $t = 2.23$, $p = .025$; Asthma < Diabetes, $t = 2.51$, $p = .012$
BRIEF-Verhaltens-umstellung	56.81	58.28	53.11	Asthma < Adipositas, $t = 2.67$, $p = .008$; Asthma < Diabetes, $t = 3.07$, $p = .002$
BRIEF-Kognitive Umstellung	82.34	83.58	79.38	n. s.
Selbstkontrolle	3.06	2.92	3.15	Diabetes < Asthma, $t = -2.26$, $p = .024$

Wohlbefinden zu T1 korrelierte dabei negativ mit Schwierigkeiten in exekutiven Funktionen (rs = -.33 - -.40) und positiv mit besseren Selbstkontrollfähigkeiten (r = .36). Betrachtet man die Differenz im Wohlbefinden zwischen den beiden Messzeitpunkten, so fällt auf, dass insbesondere die Jugendlichen während der Rehabilitation ihr Wohlbefinden verbesserten, die zu T1 schlechtere Werte in exekutiven Funktionen (βs = .12 -.19) und Selbstkontrolle (β = -.12) aufwiesen.

Fazit

Während der Reha-Maßnahme verbesserte sich das Wohlbefinden von Jugendlichen mit Adipositas, Diabetes und Asthma, wobei insbesondere die Jugendlichen profitieren, die Schwierigkeiten hatten ihr Verhalten zu regulieren. Dies ist besonders bedeutsam, da selbstregulatorische Fertigkeiten entscheidend ein erfolgreiches Krankheitsmanagement sind. Da Jugendliche mit Asthma besonders in ihrer Verhaltenskontrolle beeinträchtigt zu sein scheinen, sollten Reha-Maßnahmen insbesondere bei dieser Gruppe noch stärker selbstregulatorische Fertigkeiten trainieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

Bertrams, A. & Dickhäuser, O. (2009). Messung dispositionaler Selbstkontroll-Kapazität: Eine deutsche Adaptation der Kurzform der Self-Control Scale (SCS-K-D). Diagnostica, 55, 2-10.

de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R.G. & Van Middendorp (2008). Psychological adjustment to chronic disease. The Lancet, 372, 246-255.

Drechsler, R. & Steinhausen, H.-C. (2013). BRIEF - Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktion. PSYNDEX Tests Info.

Fitzpatrick, S., Gilbert, S., & Serpell, L. (2013). Systematic review: are overweight and obese individuals impaired on behavioural tasks of executive functioning? Neuropsychology Review, 23, 138-156.
Fryt, J., Pilecka, W. & Smolen, T. (2013). Does asthma disturb executive functions and self-regulation in children? Polish Journal of Applied Psychology, 12, 169-185.
Gaudieri, P. A., Chen, R., Greer, T. F. & Holmes, C. S. (2008). Cognitive function in children with type 1 diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care, 31, 1892-1897.

Motivationsbasierte, modularisierte Schulungskonzepte für die stationäre Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas – eine Machbarkeitsstudie

Stachow, R. (1), Hagedorn, N. (2), Stachelscheid, E. (1), Kurzinsky-Stachow, U. (1), Wienert, J. (3), Hampel, P. (2)

(1) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, (2) Europa-Universität Flensburg,
(3) Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen

Zielstellung

Die Nachhaltigkeit der stationären Rehabilitation für Jugendliche mit Adipositas ist nicht befriedigend (Stachow, van Egmond-Fröhlich, 2011). Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass in bisherigen Patientenschulungen unterschiedliche Motivationslagen nicht berücksichtigt wurden. Folglich wurden auf der Basis des Health Action Process Approach (HAPA; Schwarzer, 2008) und des Motivational Interviewings (MI; Miller, Rollnick, 2015) zwei motivationsstadienbasierte, modularisierte Gesundheitsschulungskonzepte entwickelt und in einer Machbarkeitsstudie evaluiert.

Methoden

In die Machbarkeitsstudie wurden im Rahmen des Forschungsprojektes MoReMo 62 Jugendliche eingeschlossen (43 Mädchen, Alter: 12-18 Jahre, M=14,4, SD=1,99, mittlerer BMI-SDS: 2,95, SD=0,72). Außerdem nahmen 9 Fachkräfte des Rehabilitationsteams teil. Anhand eines Gesprächsleitfadens wurden die Jugendlichen nach dem HAPA-Modell in die drei Motivationsstadien eingeteilt, wobei Non-/Preintender nicht vertreten waren (Intender N=37, Actor, N=26; vgl. auch Kurzinsky-Stachow et al., 2017). Entsprechend wurden in einem interdisziplinären Planungsteam zwei motivationsstadienbasierte, modularisierte Gesundheitsschulungskonzepte für Intender und Actor entwickelt, orientiert am Manual der Konsensusgruppe Adipositasschulung, den Methoden des MI und des Züricher Ressourcen Modells (ZRM; Krause, Storch, 2016). Die Schulungsmodule für die Intender sollen mittelmäßig motivierte Jugendliche besser in die Lage versetzen, aktiv an einer Veränderung adipogener Verhaltensweisen mitzuwirken. Teilnehmer der Gruppe Actor werden unterstützt, bereits vorhandene Verhaltensänderungen aufrechtzuerhalten und weiteres gesundheitsförderliches Handeln zu planen. Hierbei werden im Sinne der Prozessphasen von MI und des HAPA-Models stets Ambivalenzen, Absichtsbildungen, Handlungsvorbereitungen und Handlungen identifiziert und im Behandlungsprozess berücksichtigt.

Die Akzeptanz der Trainingsmodule und Arbeitsmaterialien wurde seitens der Teilnehmer und der Trainer mit Hilfe von Beobachtungsbögen nach jeder Einheit evaluiert. So konnten die Jugendlichen die einzelnen Einheiten anhand von drei Items beurteilen (von 1 trifft sehr zu bis 5 trifft gar nicht zu). Außerdem wurden zwei leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit Fachpersonal aus den Bereichen Medizin, Sport- und Bewegungstherapie, Psychologie und Gesundheitspädagogik durchgeführt und mit Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt war das Fachpersonal der Gesundheitspädagogik zufrieden mit der Machbarkeit der beiden motivationsstadienbasierten, modularisierten Gesundheitsschulungskonzepte. Die Arbeitsmaterialien wurden noch besser auf die Inhalte der einzelnen Einheiten abgestimmt und somit gut akzeptiert. Eine Angemessenheit wurde dahingehend geschildert, dass sich die Jugendlichen in den jeweiligen Gruppen wohler fühlten und besser mitgearbeitet haben. Die Jugendlichen äußerten sich im Durchschnitt zufrieden mit der Rehabilitationsmaßnahme (Tab. 1). Aus den Interviews mit den Fokusgruppen ergaben sich Unterschiede zwischen den Actor- und den Intender-Gruppen. Das Fachpersonal berichtete, dass in den Gruppengesprächen und in psychologischen oder medizinischen Einzel-gesprächen deutlich erkennbar war, wer hoch oder mittelmäßig motiviert war. Die Unterschiede ergaben sich insbesondere dadurch, dass in den jeweiligen Schulungsmodulen bei der Gruppe Intender eine Aufklärung von Ambivalenzen im Vordergrund stand. Bei der Gruppe Actor wurden vor allem bestehende Handlungsweisen wertgeschätzt und die weitere Planung entwickelt. Dadurch wurden für die Gruppe Intender Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartungen aufgebaut und für die Actor die positiven Erwartungen verstärkt.

Tab. 1: Mittlere Zufriedenheit mit Standardabweichung der Jugendlichen mit den zwölf Schulungseinheiten

Item	M	SD
Wohlbefinden der TN innerhalb der Gruppe	2,25	0,80
Unterstützung für Ursachen von Übergewicht	2,75	1,07
Unterstützung zur Entwicklung neuer Ideen bzgl. Umsetzung von Verhaltensänderungen	2,34	0,72

Als eine Barriere für die routinemäßige Umsetzbarkeit der motivationsstadienbasierten, modularisierten Gesundheitsschulungskonzepte stellte sich der Faktor Zeit heraus. Die komplette Umsetzbarkeit setzt eine 6-Wochen Rehabilitationsmaßnahme voraus oder erfordert im 4-Wochen Setting eine erhöhte Anwendungsdichte oder Dauer.

Das beteiligte Fachpersonal sah vor allem die Gruppendynamik durch den Einsatz von MI positiv beeinflusst. Dadurch wurde die soziale Unterstützung der Teilnehmer untereinander und gleichzeitig die Erarbeitung der Veränderungsthemen gut ermöglicht. Zudem wurde ein positiver Einfluss der ZRM-Methoden auf die Ressourcenförderung der Teilnehmer berichtet.

Fazit

Die motivationsstadienbasierten, modularisierten Gesundheitsschulungskonzepte können einen relevanten Beitrag für die Weiterentwicklung und Verbesserung der stationären Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas leisten. So werden die Jugendlichen in den Gruppenschulungen individueller und in Abhängigkeit ihrer Motivation unterstützt. Gleichzeitig wird mittels des Einsatzes von MI die intrinsische Motivation der Jugendlichen gefördert,

sodass sie darin befähigt werden, ihr persönliches Lebensumfeld eigenständig so zu gestalten, dass adipogene Verhaltensweisen reduziert werden können. Dadurch könnte zukünftig eine bessere Nachhaltigkeit erzielt werden.

Die Machbarkeit der motivationsstadienbasierten, modularisierten Gesundheitsschulungskonzepte für die Gruppen der Intender und Actor in der stationären Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas ist gegeben. Folglich sollte nun die Wirksamkeit evaluiert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Literatur

Krause, F., Storch, M. (2016): Ressourcen aktivieren mit dem Unbewussten. Manual und ZRM-Bildkartei DIN A6 (2., erw. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Kurzinsky-Stachow, U., Hagedorn, N., Wienert, J., Wiegand, S., Hampel, P., Stachow, R. (2017). Motivation zur Veränderung adipogener Verhaltensweisen bei adipösen Jugendlichen während einer stationären Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 111. 450-452.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.). Freiburg, Br.: Lambertus.

Schwarzer, R. (2008): Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied Psychology, 57. 1-29.

Stachow, R., van Egmond-Fröhlich, A. (2011): Nachsorge und Vernetzung. In: Rick, O., Stachow, R. (Hrsg.): Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation. München: Urban und Fischer. 682-685.

Zwei Blickwinkel – Wie kann Nachsorge nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation gelingen?

Ritter, S., Dannenmaier, J., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Zielstellung

Die Rehabilitation von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ist eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung des Gesundheitszustands und damit zu deren Integration in Schule und Ausbildung. Um die erreichten Erfolge in den Alltag zu verstetigen und die Nachhaltigkeit zu sichern, werden künftig Maßnahmen zur Nachsorge erbracht. Dies ist Teil des Flexirentengesetzes. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat laut §17 (2) SGB VI bis zum 01. Juli 2018 eine gemeinsame Richtlinie zu Zielen, persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen zu erarbeiten. Zur Entwicklung eines erfolgreichen Nachsorgekonzepts können die bisherigen Erfahrungen der Rehabilitationseinrichtungen und die bestehenden Möglichkeiten aus Sicht der niedergelassenen Ärzte genutzt werden.

Methoden

Im Rahmen des von der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg geförderten Projekts zur Nachsorge nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation wurde ein Fragebogen entwickelt. Zur Einbindung fachlicher und praxisnaher Expertise erfolgte die

Entwicklung in enger Zusammenarbeit mit Experten aus der Praxis. Der Fragebogen wurde an 34 Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche versandt. Zudem wurden fünf niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychotherapie telefonisch interviewt. Die Fragebogenangaben wurden deskriptiv und die wörtlichen Transkripte der Telefoninterviews inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2014) ausgewertet.

Ergebnisse

Mit einer Rücklaufquote von 56% war die Einrichtungsbefragung zufriedenstellend. Zunächst zeigte sich ein heterogenes Verständnis von Nachsorge hinsichtlich Strukturiertheit, Ziele und Zeitpunkt der Nachsorge. Dieses reicht von konkreten Einzelangeboten wie Eltern- und Ernährungsberatung bis zur engen, telefonischen oder schriftlichen Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Leistungserbringern am Heimatort. Acht der 19 Einrichtungen wenden ein routinemäßiges Vorgehen zur Nachsorge an und bei sechs Einrichtungen orientiert sich dieses an einem schriftlichen Konzept. Vorwiegend wird mit ärztlichen und nichtärztlichen Nachbehandlern sowie ambulanten Systemen zusammengearbeitet und/oder es findet eine Vermittlung an ambulante Angebote (z. B. Sportverein oder Ernährungsberatung) statt. Die Frage an die Nachbehandler, wie Nachsorge gelingen kann, zeigte folgende wesentliche Voraussetzungen: transparenter Austausch und Vernetzung auch bereits vor Rehabilitationsbeginn, Einbezug unterschiedlicher Akteure und Schaffung persönlicher, organisatorischer (z. B. verbindliche Termine) und finanzieller Rahmenbedingungen (Vergütungsstrukturen). Ein Arzt verstand die Rolle des Kinder- und Jugendarztes als Gate-Keeper bzw. Fallmanager, denn die niedergelassenen Ärzte kennen das gewohnte Umfeld des Kindes, können die familiäre Situation einschätzen und wissen welche Maßnahmen am Heimatort möglich seien.

Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Nachsorge in den Einrichtungen bisher nur vereinzelt im Rahmen eines strukturierten Konzepts umgesetzt wird. Vielmehr waren es Pilotprojekte, die zur Prüfung der Machbarkeit, Akzeptanz und teilweise der Wirksamkeit durchgeführt wurden. Der niedergelassene Arzt stellte sich im Rahmen der Einrichtungsbefragung als bedeutende Figur im Nachsorgeprozess heraus. Ferner zeigte sich auch im Rahmen der Telefoninterviews mit Nachbehandlern die Funktion des niedergelassenen Arztes als Koordinator der Nachsorge. Durch einen engen Austausch können beide Seiten voneinander lernen (z. B. welche Maßnahmen vor Ort umsetzbar wären oder welche Behandlungen während der Rehabilitation besonders gut anschlugen) und die Kinder und Jugendlichen würden wiederum davon profitieren.

Literatur

Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Intensivtherapie verknüpft mit einem Heimtrainingsprogramm: Vorstellung eines innovativen Reha-Konzeptes für Kinder und Jugendliche mit Mobilitätsstörungen

Schönau, E. (1), Duran, I. (1), Martakis, K. (1), Semler, O. (2), Hoyer-Kuhn, H. K. (2), Stark, C. (1)

(1) Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Köln und Zentrum für Prävention und Rehabilitation, UniReha GmbH, Uniklinik Köln, (2) Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Köln

Zielstellung

Die aktive Nutzung der Muskulatur ist von elementarer Bedeutung für die skelettale Entwicklung, v.a. im Kindes- und Jugendalter. Um ein ausreichendes Maß an neuro-muskulärer Repetition bei Kindern- und Jugendlichen mit Mobilitätsstörungen zu erlangen, wird zunehmend die klassische Physiotherapie mit moderner Technologie unterstützt. Neuromuskuläre Stimulation mit Ganzkörpervibration (WBV) ist eine dieser Möglichkeiten. Das vorgestellte innovative Reha-Konzept kombiniert Intervall-Rehabilitation (intensive, funktionelle und zielgerichtete Physiotherapie) mit vibrationsunterstütztem Heimtraining. Es werden die zusammengefassten Ergebnisse für die motorische Funktion nach 6 Monaten Training und nach 6-Monaten Follow-up für 3 Gruppen von Kindern: Zerebralparese (CP), Spina bifida und Osteogenesis imperfecta (OI) dargestellt.

Methoden

Studiendesign: Beobachtungsstudie, retrospektiv. Teilnehmer und Setting: Insgesamt wurden 469 Patienten untersucht: 356 Kinder mit CP (Durchschnittsalter 8,9 ± 4,4 Jahre, GMFCS-Level I-IV) (Stark et al. 2013), 60 mit Spina bifida (mittleres Alter 8,71 ± 4,7 Jahre) (Stark et al. 2014) und 53 mit OI (mittleres Alter 9,1 ± 0,61 SEM Jahre) (Hoyer-Kuhn et al. 2014).

Das Konzept "Auf die Beine" ist ein Konzept der Regelversorgung und wird durch die UniReha GmbH der Universitätsklinik Köln durchgeführt. Das Konzept besteht aus einem 6-monatigen vibrationsunterstütztem Heimtraining kombiniert mit Intervallblöcken der Physiotherapie: 13 Tage zu Beginn und 6 Tage nach 3 Monaten. Nach den ersten 13 Tagen trainieren Familien ihr Kind mit einem WBV-Gerät zu Hause mit einem standardisierten Trainingsprogramm. Die Messungen wurden zu Beginn (M0), nach 6 Monaten (M6) und nach 6 Monaten (M12, Follow-up) durchgeführt. Die motorischen Funktionen wurden durch den Gross Motor Function Measure (GMFM-66) bewertet. Minimale klinisch bedeutsame Unterschiede (MCIDs) sind ein neuer Ansatz, um bedeutende Veränderungen für Forschung und klinische Anwendung zu erkennen. MCIDs wurden für Kinder mit CP im Alter von 4-18 Jahren berichtet. Der minimale Änderungswert beträgt 1,3 Punkte für den GMFM-66 für eine MCID mit großer (0,8) Effektgröße (Oeffinger et al. 2008). Für jede Gruppe wurden entsprechend der Verteilung geeignete statistische Tests durchgeführt.

Ergebnisse

In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit CP verbesserte sich der GMFM-66 nach 6-Monaten Training um 3,35 Punkte ($p < 0{,}001$) (Stark et al. 2013). In der Gruppe mit einer Spina bifida verbesserte sich der GMFM-66 nach der aktiven Trainingsperiode um 2,5 Punkte

(p = 0,001) (Stark et al. 2014) und in der OI-Gruppe um 3,2 Punkte (p = 0,001) (Hoyer-Kuhn et al. 2014). Im Follow-up hat sich der GMFM-66 in allen Gruppen nicht signifikant verändert.

Fazit

Zwei Blöcke intensiver Physiotherapie in Verbindung mit intensivem, vibrationsunterstütztem Heimtraining zeigten bei Patienten mit CP, Spina bifida und OI einen signifikanten positiven Effekt auf die motorische Funktion. Die Ergebnisse könnten nach 6 Monaten aufrechterhalten werden. Alle Änderungswerte überschreiten den minimalen klinisch relevanten Unterschied von 1,3 GMFM Punkten (große Effektgröße). In weiteren Analysen können wir auch zeigen, dass die im GMFM-66 beobachteten Effekte unabhängig vom Alter sind.

Diese Evaluation stellt ein neues Konzept als Beispiel für die Kombination von intensiver Physiotherapie mit einem vibrationsunterstützten Heimtrainingsprogramm vor. Dieses Konzept ist besonders relevant für eine moderne Gesellschaft mit begrenzten Zeitressourcen für therapeutische Interventionen. Die Phasen der Intensivtherapie sind kurz, dadurch ist es zeitsparend für die Familien. Das Heimtrainingsprogramm zeichnet sich ebenfalls durch eine effektive Stimulation bei geringem Zeitaufwand aus.

Literatur

Hoyer-Kuhn, H., Semler, O., Stark, C., Struebing, N., Goebel, O. & Schoenau, E. (2014): "A specialized rehabilitation approach improves mobility in children with osteogenesis imperfecta", Journal of Musculoskeletal & Neuronal Interactions, vol. 14, no. 4, pp. 445-453.

Oeffinger, D., Bagley, A., Rogers, S., Gorton, G., Kryscio, R., Abel, M., Damiano, D., Barnes, D. & Tylkowski, C. (2008): "Outcome tools used for ambulatory children with cerebral palsy: responsiveness and minimum clinically important differences", Developmental medicine and child neurology, vol. 50, no. 12, pp. 918-925.

Stark, C., Hoyer-Kuhn, H.K., Semler, O., Hoebing, L., Duran, I., Cremer, R. & Schoenau, E. (2014), "Neuromuscular training based on whole body vibration in children with spina bifida: a retrospective analysis of a new physiotherapy treatment program", Child's nervous system : ChNS : official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery vol 31, pp. :301–309.

Stark, C., Semler, O., Duran, I., Stabrey, A., Kaul, I., Herkenrath, P., Hollmann, H., Waltz, S. & Schönau, E. (2013), "Intervallrehabilitation mit häuslichem Training bei Kindern mit Zerebralparese", Monatsschr Kinderheilkd, vol. 161, pp. 625-632.

Approach-Avoidance-Training für Kinder und Jugendliche mit Adipositas – Können Automatismen des Essverhaltens modifiziert werden?

Warschburger, P. (1), Gmeiner, M. (1), Morawietz, M. (1), Rinck, M. (2)
(1) Universität Potsdam, (2) Radboud University of Nijmegen

Zielstellung

Die Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist eine große Herausforderung. Trotz der erfolgversprechenden kurzfristigen Effekte, sind die langfristigen Erfolge in der Adipositasbehandlung eher unzufriedenstellend (Hoffmeister et al., 2011). Dies unterstützt den Bedarf an neueren Ansätzen zur dauerhaften Gewichtsreduktion, die Erkenntnisse der aktuellen psychologischen Forschung integrieren. In diesem Rahmen wird die Relevanz kognitiver Mechanismen, wie erhöhte Reaktivität bezüglich essensbezogener Reize bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu Normalgewichtigen, diskutiert (Jansen et al., 2015; Turton et al., 2016). Ein Zugang über ein sog. Approach-Avoidance-Training (AAT) zur Veränderung der automatischen Annäherung an hochkalorische Nahrungsmittel stellt einen vielversprechenden Ansatz zur Modifikation dieser Muster dar (Kakoschke et al., 2016). Ob dieser Ansatz auch im Rahmen der Adipositasbehandlung von Kindern und Jugendlichen geeignet ist, wurde im Rahmen einer DRV-geförderten, randomisiert kontrollierten multizentrischen Studie überprüft.

Methoden

Eltern und Kinder der relevanten Zielgruppe (BMI > 97. Perzentile; Alter: 8-16 Jahre; Ausschluss sekundärer Adipositas) wurden in drei Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche über die Studie informiert und um ihr schriftliches Einverständnis gebeten. Insgesamt nahmen 232 Kinder und Jugendliche (53.9 % weiblich) im Alter von durchschnittlich 13.09 Jahren (SD = 1.84) mit Adipositas (mittlerer BMI-SDS zu Beginn der Rehabilitation 2.7, SD = 0.47) an einem Approach-Avoidance- oder Placebo-Training teil. Beide Trainings fanden in Form eines Joystick-Computerspiels statt. Die Kinder der AAT-Gruppen sollten lernen, so schnell wie möglich hochkalorische Nahrungsmittel (Snacks wie Eis, Schokolade, etc.), die auf dem Bildschirm präsentiert wurden, von sich wegzudrücken und niedrigkalorische (Gemüse) zu sich heranzuziehen. Kongruent mit den Joystickbewegungen wurden die Bilder entweder weg- oder herangezoomt. Innerhalb der Placebogruppe gab es keinen systematischen Zusammenhang zwischen Kaloriengehalt der Bilder und erforderlicher Joystickbewegung. Alle Kinder und Jugendlichen erhielten ein Feedback, ob sie die erforderlichen Bewegungen korrekt ausgeführt hatten, um den Lernerfolg zu stabilisieren. Das Training erstreckte sich über 6 Sitzungen und jede Trainingssitzung dauerte rund 15 Minuten. In einer Pilotstudie konnten wir zeigen, dass mit Hilfe des AAT-Trainings die Annäherungstendenzen zu hochkalorischen Nahrungsmitteln verändert werden können (Warschburger et al., im Druck). Validierte Selbst- und Elternfragebögen wurden u.a. zur Erfassung des Ess- und Er-

nährungsverhaltens (Food Frequency Questionnaire; ChEDE-Q; FSE-KJ) sowie der Lebensqualität (GW-LQ-KJ) eingesetzt. Neben den Messungen zum Beginn und gegen Ende der Rehabilitation erfolgten Katamnesen 6 und 12 Monate nach Rehabilitationsende. Die Erhebung des Gewichtsstatus erfolgte i.d.R. objektiv durch geschultes Personal.

Ergebnisse

Im Mittel nahmen die Teilnehmer an 5,77 (SD = 0.63) Trainingssitzungen teil. Die Analyse der Reaktionszeiten ergab, dass sich die AAT-Gruppe über den zeitlichen Verlauf von der Placebo-Gruppe unterschied ($F(1,225) = 5.62$, $p = .019$, $\eta 2 = .02$), was auf eine Trainierbarkeit des kognitiven Annäherungsbias hindeutet. Innerhalb der Trainingssitzungen entwickelten die AAT-Teilnehmer eine stärkere Vermeidung von Snacks und eine zunehmende Annäherung an Gemüse. Lerneffekte waren hierbei insbesondere während der ersten zwei bis drei Sitzungen zu beobachten, allerdings gab es keinen Transfer über die Sitzungen hinweg. Dieser Lerneffekt bei den Kindern konnte neben der Gruppenzugehörigkeit v.a. durch das initiale Vorliegen einer Annährungstendenz an hochkalorische Nahrungsmittel und die Motivation der Kinder vorhergesagt werden. Während sich der Konsum von problematischen Nahrungsmitteln in der Placebogruppe sechs Monate nach Ende der Rehabilitation nicht gegenüber dem Rehabilitationsbeginn verändert hatte, zeigte sich in der AAT-Gruppe wie angenommen eine Reduktion des Konsums problematischer Lebensmittel ($F(1,123) = 6.3$, $p = .014$, $\eta 2 = .05$) laut Selbstbericht der Kinder. Interaktionseffekte für den mittel-und langfristigen BMI-SDS-Verlauf ergaben sich hingegen nicht. Alle Kinder und Jugendlichen zeigten eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. Differentiell zeigte sich hier nach 6 Monaten in der AAT-Gruppe ein stärkerer Anstieg ($F(1,123) = 4.13$, $p = .044$, $\eta 2 = .03$).

Fazit

Zwar finden sich erste Effekte bezogen auf die Trainierbarkeit des Annäherungsbias, allerdings zeigte sich auch, dass die Motivation der Kinder und Jugendlichen wichtig für den Trainingserfolg ist. Die erwartungskonformen Effekte auf den Konsum von hochkalorischen Snacks konnten leider in der Einjahres-Katamnese nicht mehr gezeigt werden. Abschließend sollen Möglichkeiten zur Stabilisierung dieser Effekte (z. B. durch einen stärkeren Spielcharakter des Trainings; Möglichkeit von Boostersessions) diskutiert werden.

Literatur

Hoffmeister U, Molz E, Bullinger M, et al. Evaluation von Therapieangeboten für adipöse Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2011;54(5):603-610. doi:10.1007/s00103-011-1257-6.

Jansen, A., Houben, K., & Roefs, A. (2015). A Cognitive Profile of Obesity and Its Translation into New Interventions. Frontiers in Psychology, 6(Suppl), 282. doi:10.3389/fpsyg.2015.01807

Kakoschke N, Kemps E, Tiggemann M. Approach bias modification training and consumption: A review of the literature. Addict Behav. 2017;64:21-28. doi:10.1016/j.addbeh.2016.08.007.

Turton, R., Bruidegom, K., Cardi, V., Hirsch, C. R., & Treasure, J. (2016). Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 61, 132–155. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.12.008

Warschburger, P., Gmeiner, M., Morawietz, M. & Rinck, M. (im Druck). Battle of plates: A pilot-study of an approach-avoidance training for overweight children and adolescents. Public Health Nutrition.

Soziale Unterschiede bei der Beantragung und Inanspruchnahme von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Zielstellung

Zusammenhänge zwischen Erkrankungsrisiken bzw. Gesundheitschancen und sozialem Status sind schon öfter untersucht worden (Lambert et al. 2016). Da Personen mit niedrigem sozialem Status häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, wäre bei diesem Personenkreis auch von einem erhöhten Rehablitationsbedarf auszugehen. Allerdings wurden bei sozial Schwächeren ein geringerer subjektiver Rehabilitationsbedarf und damit eine geringere Intention zur Beantragung einer Maßnahme festgestellt (Bürger et al., 1999). Studien, die den Einfluss soziodemografischer und -ökonomischer Merkmale auf die tatsächliche Antragstellung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bestimmen, fehlen jedoch bisher.

Methoden

Datengrundlage für diese Untersuchung war die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg aus dem Jahr 2015. Für den Geburtsjahrgang 1963 sind im Datenbestand sowohl Versicherte mit Rehabilitations- und/oder Rentenereignissen als auch Versicherte ohne entsprechende Leistungen enthalten. Für die Auswertungen standen somit für alle Versicherten, die im Berichtsjahr 52 Jahre alt waren, soziodemografische Daten (Geschlecht, Wohnort auf regionaler Ebene, Staatsangehörigkeit, schulische und berufliche Bildung) sowie Daten zum Erwerbsstatus (Tätigkeit, Entgelt, Beschäftigungstage, Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosigkeitstage, Beitragsart) zur Verfügung. Mittels logistischer Regression wurde der Einfluss soziodemografischer und -ökonomischer Merkmale auf die Zielereignisse „Reha-Antrag“ und „Reha“ sowie „LTA-Antrag“ und „LTA“ bestimmt. Ferner wurden separate Modelle für die Jahre 2008 bis 2015 berechnet, um zeitliche Variationen zu prüfen.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt exemplarisch die Schätzer aus dem Regressionsmodell zur Vorhersage der Beantragung bzw. Durchführung einer medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation im Jahr 2015. Dabei zeigte sich bei Versicherten mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit, bei Personen mit (Fach-)Abitur sowie bei Fachkräften und Versicherten mit Verwaltungsberufen eine geringere Wahrscheinlichkeit für die Antragstellung bzw. Inanspruchnahme einer Rehabilitationsleistung. Für die Beantragung bzw. Durchführung einer medizinischen Rehabilitation war daneben auch der Wohnort prognostisch relevant, wobei Versicherte mit einem Wohnort außerhalb von Baden-Württemberg seltener einen Antrag stellten bzw. eine Leistung in Anspruch nahmen. Für die Beantragung bzw. Durchführung einer beruflichen Rehabilitation war

dagegen das Geschlecht von Bedeutung, wobei Frauen seltener eine Leistung beantragten bzw. durchführten.

Tab. 1: Parameterschätzer für die Wahrscheinlichkeit der Beantragung bzw. Durchführung einer medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation im Jahr 2015.

	Odds-Ratio [95%-KI]			*p ≤0,05; **p ≤0,01
	Reha-Antrag (c-Wert: 0,590)		**Reha-Durchführung** (c-Wert: 0,606)	
Wohnort (Referenz: Regierungsbezirk Stuttgart)				
Ausland	0,416	[0,171; 1,013]	0,448	[0,184; 1,089]
Regierungsbezirk Freiburg	1,020	[0,911; 1,143]	1,030	[0,918; 1,157]
Regierungsbezirk Karlsruhe	0,908	[0,814; 1,014]	0,912	[0,815; 1,021]
Regierungsbezirk Tübingen	0,980	[0,868; 1,106]	0,990	[0,874; 1,120]
andere Regionen	0,085**	[0,032; 0,227]	0,085**	[0,032; 0,226]
Staatsangehörigkeit (Referenz: deutsch)				
ausländisch	0,738**	[0,651; 0,837]	0,726**	[0,639; 0,825]
Schulbildung (Referenz: Haupt-/Volksschulabschluss)				
Abitur/Fachabitur	0,613**	[0,497; 0,756]	0,520**	[0,414; 0,652]
Mittlere Reife o.ä.	0,889	[0,786; 1,005]	0,867*	[0,764; 0,983]
ohne Abschluss	0,921	[0,681; 1,246]	1,012	[0,754; 1,358]
Abschluss unbekannt	0,956	[0,866; 1,056]	0,939	[0,849; 1,039]
entfällt	0,668*	[0,491; 0,909]	0,747	[0,547; 1,020]
Berufsklasse nach Blossfeld (Referenz: einfache manuelle Berufe)				
Fachkräfte (Produktion)	0,791*	[0,629; 0,995]	0,831	[0,658; 1,048]
Verwaltungsberufe	0,737**	[0,635; 0,855]	0,705**	[0,604; 0,824]
einfache Dienstleistungsberufe	0,932	[0,824; 1,055]	0,931	[0,820; 1,056]
qualifizierte Dienstleistungsberufe	0,819	[0,668; 1,004]	0,891	[0,728; 1,091]
qualifizierte manuelle Berufe	0,974	[0,860; 1,104]	0,944	[0,830; 1,073]
nicht zuordenbar	1,066	[0,912; 1,246]	1,021	[0,871; 1,198]
Beitragsart im 12. Monat des Vorjahres (Referenz: Beschäftigung)				
Leistungsbezug	2,575**	[2,189; 3,029]	3,863**	[3,339; 4,468]
sonstige / keine Beiträge	0,751**	[0,609; 0,925]	0,705**	[0,566; 0,878]
	LTA-Antrag (c-Wert: 0,709)		**LTA-Durchführung** (c-Wert: 0,606)	
Geschlecht (Referenz: männlich)				
weiblich	0,708**	[0,596; 0,842]	0,666**	[0,552; 0,804]
Staatsangehörigkeit (Referenz: deutsch)				
ausländisch	0,577**	[0,463; 0,720]	0,506**	[0,395; 0,648]
Berufsklasse nach Blossfeld (Referenz: einfache manuelle Berufe)				
Fachkräfte (Produktion)	0,556**	[0,356; 0,867]	0,404**	[0,229; 0,714]
Verwaltungsberufe	0,433**	[0,317; 0,592]	0,510**	[0,368; 0,708]
einfache Dienstleistungsberufe	0,774*	[0,615; 0,972]	0,789	[0,613; 1,016]
qualifizierte Dienstleistungsberufe	0,678	[0,458; 1,004]	1,065	[0,831; 1,364]
qualifizierte manuelle Berufe	0,915	[0,734; 1,141]	0,708	[0,460; 1,090]
nicht zuordenbar	0,966	[0,765; 1,220]	0,985	[0,775; 1,252]
Beitragsart im 12. Monat des Vorjahres (Referenz: Beschäftigung)				
Leistungsbezug	13,159**	[11,005; 15,734]	16,505**	[13,699; 19,887]
sonstige / keine Beiträge	1,542**	[1,161; 2,048]	1,736**	[1,286; 2,344]

Ein erheblicher Unterschied ergab sich je nach Beschäftigungsstatus im 12. Monat des Vorjahres. Gegenüber Versicherten, die einer Beschäftigung nachgingen, war bei Versicherten mit Kranken- bzw. Arbeitslosengeldbezug die Wahrscheinlichkeit, eine medizinische Rehabilitation zu beantragen bzw. durchzuführen, rund 2,6- bzw. 3,9mal und die Wahrscheinlichkeit, eine LTA zu beantragen bzw. durchzuführen, bereits 13,2- bzw. 16,5mal höher. Während Versicherte mit sonstigen oder ohne Beiträgen eine geringere Wahrscheinlichkeit für die Beantragung bzw. Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aufwiesen, hatten sie eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Beantragung bzw. Durchführung einer LTA.

Während einige Unterschiede im Zeitverlauf verschwanden, verstärkten sich andere. So traten die Zielereignisse „Reha-Antrag“ bzw. „Reha“ bei Fachkräften in den Jahren 2008 bis 2011 nur halb so häufig auf als bei Versicherten mit manuellen Berufen. In den Jahren 2012 bis 2015 bestanden nur noch geringfügige bzw. keine Unterschiede mehr. Bei Versicherten mit Leistungsbezug hingegen nahm die Wahrscheinlichkeit der Zielereignisse vor allem zwischen 2011 und 2012 deutlich zu (vgl. Abb. 1).

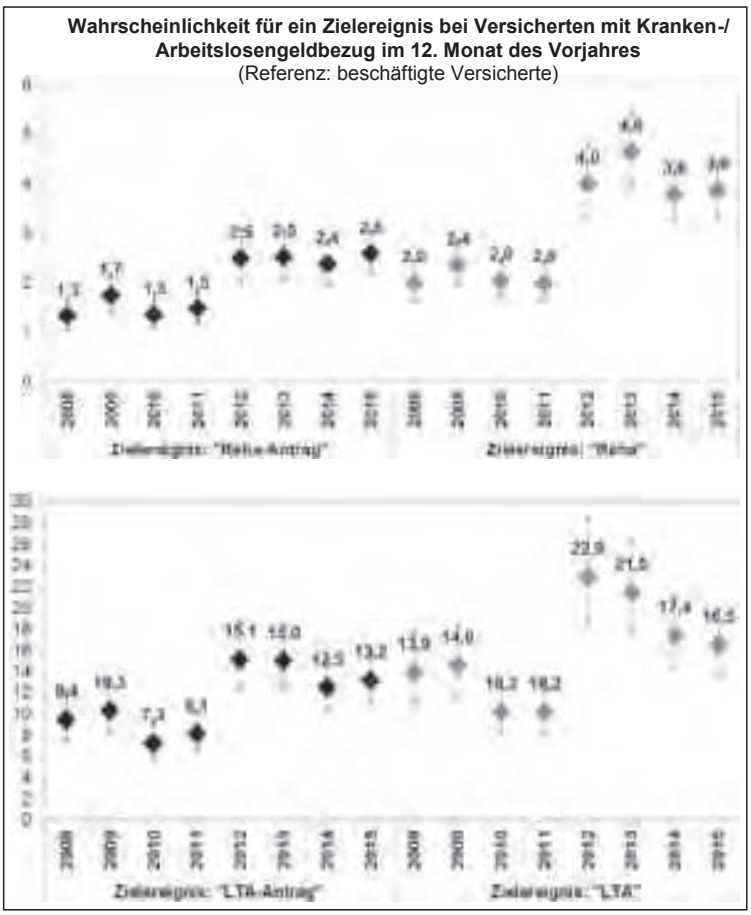

Abb. 1: Parameterschätzer für die Wahrscheinlichkeit der Beantragung bzw. Durchführung einer medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation je nach Beschäftigungsstatus im Zeitverlauf.

Fazit

Eine gesundheitsbedingte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für den Zugang zu Leistungen. Demgemäß zeigte sich bei Versicherten mit Leistungsbezug eine höhere Wahrscheinlichkeit der Antragstellung und Inanspruchnahme.

Eine höhere Bildung und berufliche Qualifikation gingen mit seltenerer Beantragung und Durchführung von Maßnahmen einher. Dabei ist unklar, inwiefern dies auf einen geringeren Bedarf oder auf berufliche Kontextfaktoren zurückgeführt werden kann. Auch die seltenere Antragstellung bzw. Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei Versicherten mit einem Wohnort außerhalb von Baden-Württemberg bedarf weiterer Klärung. Es könnte sich dabei um Versicherte aus dem Bundesgebiet handeln, die aufgrund ausländischer Beitragszeiten (z. B. Griechenland, Zypern, Schweiz oder Liechtenstein) in die Zuständigkeit der DRV Baden-Württemberg fallen.

Trotz zunehmender Bemühungen, Versicherten mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit den Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu erleichtern, blieb die Wahrscheinlichkeit für die Antragstellung und Inanspruchnahme einer Leistung bei diesen Versicherten im gesamten Beobachtungszeitraum unverändert.

Während die Prognose einer Beantragung bzw. Durchführung einer beruflichen Rehabilitation anhand der Routinedaten gut gelang, ist die Vorhersagegüte für die Antragstellung und Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation insgesamt gering, d.h. andere, nicht in den Routinedaten enthaltene Faktoren scheinen eine bedeutendere Rolle zu spielen.

Der Beschäftigungsstatus ist von erheblicher Relevanz für die Antragstellung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen. Daneben scheinen jedoch weiterhin soziale Unterschiede je nach Bildungs- und Qualifizierungsniveau sowie in Abhängigkeit der Staatsagehörigkeit zu bestehen. Im Hinblick auf einen bedarfsorientierten Zugang und zielgruppenorientierte Interventionen muss künftig geprüft werden, inwiefern hier eine Unterinanspruchnahme vorliegt und ob ggfs. niederschwelligere Zugänge erforderlich sind.

Literatur

Bürger, W., Morfeld, M. (1999): Gibt es schichtspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Reha-Maßnahmen? Rehabilitation, 38. 134-141.

Lampert, Th., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., Dragano, N. (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 59:153-165.

Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2007): Prädiktoren der Reha-Antragstellung in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der Arbeiterrentenversicherung: Jenseits des Rubikon. DRV Schriften, Bd 72. 198-199.

Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittbefragung

Langbrandtner, J. (1), Yilmaz-Aslan, Y. (2), Aksakal, T. (2, 3) Brzoska, P. (3), Razum, O. (2), Deck, R. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Universität Bielefeld, (3) Technische Universität Chemnitz

Zielstellung

Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nehmen trotz eines erhöhten Bedarfes (der sich z. B. in höheren Arbeitsunfall- und Erwerbsminderungsraten äußert) rehabilitative Leistungen seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund (Brzoska, Razum, 2015). Zudem lassen sich für diese Bevölkerungsgruppe eine geringere Zufriedenheit mit Rehabilitationsmaßnahmen und geringere Erfolge beobachten. Gründe hierfür werden u. a. in einer mangelnden interkulturellen Öffnung der Rehabilitationseinrichtungen vermutet. Auch unerfüllte Versorgungserwartungen hinsichtlich der Gestaltung von Rehabilitationsangeboten und des Ablaufs des Rehabilitationsprozesses können dazu führen, dass Menschen mit Migrationshintergrund rehabilitative Angebote erst spät und mit großen Vorbehalten in Anspruch nehmen (Brzoska et al., 2017).

Während rehabilitative Versorgungserwartungen bei Rehabilitanden/innen unterschiedlicher Indikationen bereits im Fokus bisheriger Untersuchungen standen (Deck, 2005), ist über die Versorgungserwartungen auf Seiten von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund bisher nur wenig bekannt. Ziel der hier vorgestellten Studie war es, exemplarisch die Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund in Bezug auf den Rehabilitationsprozess zu untersuchen und migrationssensible Versorgungsstrategien für den rehabilitativen Versorgungssektor abzuleiten.

Methoden

Zur Erhebung von Versorgungserwartungen aus Sicht von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund wurden leitfadengestützte Längsschnitt-Einzelinterviews mit Rehabilitanden/innen zu drei unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses (zu Beginn, am Ende und einen Monat nach der Rehabilitation) durchgeführt. Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund wurden in Kooperationskliniken in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein in der Zeit von Mai 2015 bis Januar 2016 rekrutiert. Die Auswertung der Daten erfolgte in MAXQDA mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Insgesamt 28 türkeistämmige Rehabilitanden/innen, darunter 13 Frauen, nahmen an allen drei Interviews teil (32 zu Beginn; 30 am Ende der Rehabilitation; Altersdurchschnitt: 48 Jahre).

Die Versorgungserwartungen von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund sind individuell sehr unterschiedlich. So erhofft sich ein Großteil dieser Bevölkerungsgruppe von der Rehabilitation vor allem eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation, Schmerzlinderung und Erholung. Insbesondere Rehabilitanden/innen der ersten Generation gehen entweder mit

keinen oder sehr hohen (teilweise unrealistischen) Versorgungserwartungen in die Rehabilitation. Rehabilitationsziele, die von diesen Interviewpartnern formuliert werden, umfassen u. a. den Wunsch nach einer vollständigen Genesung oder auch Schmerzfreiheit. Darüber hinaus zeigt sich der Bedarf nach einer individuellen Behandlung und einer intensiven ärztlichen Betreuung während der Rehabilitation. Überdies wird die Rücksichtnahme auf individuelle Wünsche bei der Verpflegung betont. Mehrfach wurde diesbezüglich der Wert einer umfassenden Menüauswahl thematisiert.

Die zu Beginn der Rehabilitation formulierten Versorgungserwartungen werden den befragten Rehabilitanden/innen zufolge nicht oder nur teilweise erfüllt. Gründe für die Nichterfüllung werden u. a. in einer unzureichenden ärztlichen Betreuung während der Rehabilitation sowie einem unveränderten gesundheitlichen Zustand einen Monat nach der Rehabilitation gesehen.

Fazit

Die Erwartungen der Rehabilitanden/innen mit türkischem Migrationshintergrund sind den Ergebnissen zufolge sehr vielfältig. Dies erklärt sich einerseits mit der Heterogenität der fokussierten Bevölkerungsgruppe (Brzoska, Razum, 2015). Aber auch andere Kriterien wie die Indikation, der Bildungsgrad und das Krankheits-/Gesundheitsverständnis scheinen hinsichtlich der Erwartungshaltung relevante Faktoren zu sein.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen auf Potenziale und Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung und Verbesserung der rehabilitativen Versorgung für türkeistämmige Rehabilitanden/innen hin. Es gilt nun zu untersuchen, ob durch die Bereitstellung von gezielten Informationen sich Erwartungen von Patienten/innen ggf. schon im Entstehungsprozess steuern lassen. Ein stärkeres Augenmerk auf die subjektiven Rehabilitationserwartungen von Patienten/innen mit Migrationshintergrund könnten zudem die Zufriedenheit sowie den Rehabilitationserfolg nachhaltig verbessern und ein Beitrag zur Optimierung des Rehabilitationsprozesses leisten.

Literatur

Brzoska, P., Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 553-9.

Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., Razum, O. (2017): Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany: a cross-sectional study. BMJ Open, 7: e015520.

Deck, R. (2005): Der Einfluss von Reha-Erwartungen und Patientenzufriedenheit auf den Reha-Erfolg. Gesundheitswesen, 67: 507-508.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.

Psychische Erkrankungen von türkischstämmigen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation: Eine prospektive Studie

Kizilhan, J.I.

MediClin - Klinik am Vogelsang, Donaueschingen

Zielstellung

Ziel dieser Studie war zu prüfen, ob die stationäre psychosomatische Rehabilitation von türkischstämmigen Patienten im Rahmen eines integrativen türkischsprachig geführten Behandlungskonzeptes wirksam ist. In der Studie wurden über einen Zeitraum von zehn Jahren insgesamt 2089 türkischstämmige Patienten, 862 männliche und 1.227 weibliche, im Durchschnitt 43,8 Tage lang stationär psychosomatisch behandelt. Erfasst wurden sowohl soziodemographische Daten als auch die Eingangs- und Ausgangstestung mit der Symptom-Checkliste (SCL-90-R).

Methoden

Alle türkischstämmigen Patienten, die zur stationären Aufnahme kommen, nehmen freiwillig an einer Evaluation teil. Zur psychiatrischen Diagnostik wurden „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS) und das „Strukturierte Klinische Interview II“ (SKID II) benutzt (Wittchen et al., 1997; Schneider et al., 2005). Die DIPS- und SKID-Diagnostik wurde durch trainierte und erfahrene Behandler durchgeführt.

Aus der Studie ausgeschlossen wurden alle Patienten in der Akutabteilung der Michael-Balint-Klinik, die dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen, ehemalige Flüchtlinge aus der Türkei auf Grund erlebter systematischer Gewalt, wie z. B. Hausfrauen, Schüler und Personen, die bereits eine Zeit-, Dauer oder Altersrente erhalten.

Insgesamt wurden in der Klinik 2089 türkischstämmige Patienten im Rahmen der Rehabilitation behandelt. Auf Grund von fehlenden Daten wurden 126 aus der Studie ausgeschlossen. Daten von 2089 Probanden, 1227 weiblich, 862 männlich konnten für die Studie gewonnen werden.

Ergebnisse

Die Mehrheit der Patienten klagte über psychosoziale Belastungen, Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und familiäre Konflikte. Sie verfügten über eine niedrige Schuldbildung, hatten seit mehreren Jahren psychosomatische Beschwerden und nur 17,8 % hatte zuvor eine psychotherapeutische Behandlung erfahren. Von den 2089 Patienten berichteten 35,5 % bereits einen Rentenantrag gestellt zu haben. Die Mehrheit der Patienten (76,2%) wurde nach der Behandlung leistungsfähig für als 6 Stunden und mehr beurteilt. Eine signifikante Symptomverbesserung auf allen neuen Skalen der SCL-90-R konnte verzeichnet werden.

Die häufigsten Krankheitsbilder waren Depressionen, Angststörungen und somatoforme Erkrankungen.

Fazit

Eine frühzeitige Behandlung mit einer ausreichenden Verständigungsmöglichkeit und Berücksichtigung der kulturellen Aspekte bezüglich Krankheitsverständnis und Krankheitsverarbeitung könnte der Chronifizierung der Krankheit und der Fixierung auf einen Rentenwusch entgegenwirken und somit eine Verbesserung der Prognose bedeuten.

Literatur

Branik, E. & Mulhaxha, A. (2000). Zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Hochschwarzwald-Klinik St. Blasien. In: T. Heise (Hrsg.), Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland (S. 185-199). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB).

Clade, H. (1996). Gesundheitsstrukturreform/Sparpaket: Neuer Seehofer-Hammer. Deutsches Ärzteblatt, 93(40): A-2519 / B-2151 / C-1905.

Dag, I. (1991). Reliability and validity of the Symptom Checklist (SCL-90-R) for university students. Tuerk Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Psychiatrie, 2, 5-12.

Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R. Administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.

Glier, B. & Erim, Y. (2007). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: B. Kröner-Herwig, B., Frettlöh,J., Klinger, R., Nilges, P. (Hrsg.), Schmerzpsychotherapie (S. 231-243). Heidelberg: Springer.

Hackhausen, W. (2002). Arbeitsmigration und soziale Absicherung in Deutschland. In: C. Dettmers, N.-J. Albrecht & C. Weiller (Hrsg.), Gesundheit und Migration. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde (S. 221-239). Bad Honnef: DRV Verlag.

Kizilhan, J. (2007). Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In: T. Borde & M. David (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit, psychische Belastungen und Potenziale (S. 53-68), Frankfurt: Mabuse Verlag.

Kizilhan, J. (2008). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. Zeitschrift für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 29 (4), 352-366). Berlin: Pabst Science Publisher.

Kizilhan, J. (2009). Interkulturelle Aspekte der somatoformen Schmerzstörung. In: Der Psychotherapeut, 54,4, 81-88.

Koch, E. (2000). Zur aktuellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Minoritäten in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage. In: E. Koch, R. Schepker & S. Tanel (Hrsg.), Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven (S. 55-67). Freiburg: Lambertus.

Koch, E. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In H.-J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit (167-186). Heidelberg: Springer.

Mika, T. (2006). Potenziale der Migrationsforschung mit dem Rentenbestand und dem Rentenzugang. In: DRV-Schriften Band 55/2006. Deutsche Rentenversicherung Bund, FDZ-RV, Berlin.

Nickel, C, Lojewski, N., Mühlbacher, M., Cangöz, B. Müller-Rabe, Buschmann, W. (2006). Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Miganten: Eine prospektive Studie. In: Das Gesundheitswesen 2006:68:147-154.

Rodewig, K. (2002). Psychosomatische Rehabilitation türkischstämmiger Migranten. In: Dettmers, C., Albrecht, N-J., Weiller, C. (Hrsg.. Gesundheit, Migration, Krankheit, Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde (204-217). Bad Honef: Hippocampus.

Schmeling-Kludas, C. (2003). Psychosoziale Belastungen und Krankheitserleben bei psychosomatisch erkrankten Migranten aus der Türkei. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 63, 315-321.

Schneider, S., In-Albon, T. & Margraf, J. (Hrsg.) (2005). DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer. 3. überarbeitete Auflage.

Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II). Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.

Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen. Ergebnisse einer exemplarischen Ist-Analyse

Aksakal, T. (1, 2), Yilmaz-Aslan, Y. (2), Akbulut, N. (2), Razum, O. (2), Brzoska, P. (1)

(1) Technische Universität Chemnitz, (2) Universität Bielefeld

Zielstellung

Diversitätsmerkmale wie Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischer Status gehen in der Gesundheitsversorgung mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen einher. In der Rehabilitation werden sie oft nicht genügend und vor allem nicht flächendeckend berücksichtigt. Dies kann bei Rehabilitanden/innen zu Unzufriedenheit mit der Versorgung und zu Kommunikationsdefiziten mit den Behandelnden führen, wodurch der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitation gefährdet wird (Brzoska et al., 2017; Brzoska und Razum 2017; Deck et al. 1999). Um diesen Herausforderungen zu begegnen, muss die rehabilitative Versorgung diversitätssensibel ausgerichtet werden. Dies kann durch Maßnahmen des Diversity Managements geschehen. Bevor solche Maßnahmen in Einrichtungen entwickelt und implementiert werden können, ist es notwendig, zunächst die Rahmenbedingungen vor Ort mittels einer Ist-Analyse zu ermitteln. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, eine solche Ist-Analyse in einer exemplarischen Rehabilitationseinrichtung durchzuführen und Optimierungspotenziale in der Versorgung zu identifizieren.

Methoden

Im Herbst 2016 wurden insgesamt 12 Rehabilitanden/innen und 16 Mitarbeiter/innen in Form von qualitativen, leitfadengestützten Interviews in einer nordrhein-westfälischen Rehabilitationseinrichtung befragt. Die Themen der Rehabilitanden/innen-Interviews bezogen sich vor allem auf die Erwartungen und auf die Versorgungszufriedenheit. Die Mitarbeiter/innen der Einrichtung wurden zunächst im Hinblick auf Organisations- und Personalstrukturen interviewt. Im Anschluss wurden auch sie zu Optimierungspotenzialen in der Versorgung von Rehabilitanden/innen, vor allem in Bezug auf die Berücksichtigung deren Diversität, befragt.

Zusätzlich wurden schriftliche Informationen aus der Rehabilitationseinrichtung gesichtet und teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Das qualitative Material wurde inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Ein Großteil der befragten Rehabilitanden/innen gab an, sich nicht ausreichend auf die Rehabilitation vorbereitet zu fühlen. Dabei wurde zum einen häufig der Wunsch nach mehr Informationen vor bzw. zu Beginn der Rehabilitation geäußert. Zum anderen wurde von Orientierungsschwierigkeiten zu Beginn der Rehabilitation berichtet. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse aus den Rehabilitanden/innen-Befragungen, dass einer individuellen Betreuung und Beratung ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Zudem wurden Informationsdefizite und mangelndes Wissen über die Erkrankung bzw. über die Behandlungsoptionen auf Seiten der Rehabilitanden/innen durch die Mitarbeiter/innen kritisiert. Weitere Herausforderungen entstünden während der rehabilitativen Versorgung zusätzlich durch Analphabetismus und mangelnde Sprachkenntnisse.

Fazit

Sowohl in den Rehabilitanden/innen- als auch in den Mitarbeiter/innen-Interviews wurde die Problematik der mangelnden Informiertheit von Rehabilitanden/innen diskutiert. Aus früheren Untersuchungen ist bekannt, dass die geringe Informiertheit über die Rehabilitation zu erhöhten bzw. falschen Erwartungen führt. Unerfüllte Erwartungen können sich dann negativ auf den Behandlungserfolg auswirken (Brzoska et al., 2010, siehe auch die Ergebnisse des kürzlich abgeschlossenen Projektes „VeReMi“). Auch eine individualsensible Betreuung und Versorgung ist für den erfolgreichen Abschluss der Rehabilitation unerlässlich. Im Gegensatz dazu geht aus der Mitarbeiter/innen-Befragung hervor, dass eine individualsensible Versorgung von Rehabilitanden/innen in den Rehabilitationseinrichtungen aufgrund vorausgesetzter Therapie- und Behandlungsleitlinien erschwert wird.

Um Ungleichheiten zu verringern und die rehabilitative Versorgung zu optimieren, ist es notwendig, Bedarfe und Bedürfnisse von Rehabilitanden/innen zu identifizieren und zu berücksichtigen. Eine Möglichkeit hierfür ist es, Rehabilitanden/innen besser auf die Rehabilitation vorzubereiten und somit unerfüllten Erwartungen entgegenzuwirken. Des Weiteren ist es notwendig, Bedürfnisse, Erwartungen und Ziele der Rehabilitanden/innen zu Beginn der Rehabilitation zu erheben und ggf. anzupassen. Ist-Analysen können die Grundlage für die Vorbereitung, Entwicklung und Implementierung entsprechender diversitätssensibler Maßnahmen sein, die dieses leisten. Hierdurch kann die Kommunikation zwischen Behandelnden und Rehabilitanden/innen optimiert und die rehabilitative Versorgung nutzerorientierter gestaltet werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland und Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Literatur

Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T., Razum, O. (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte

Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Forschungsbericht 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., Razum, O. (2017): Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany: a cross-sectional study. BMJ Open, 7: e015520.
Brzoska P, Razum O. (2017). Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation (Stuttg), online ahead of print
Deck, R. (1999): Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. Lage: Jacobs.

Die Behandlungsaufklärung gegenüber fremdsprachigen Patienten/innen und der sozialrechtliche Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten

Falk, A.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Migranten/innen beanspruchen deutlich seltener medizinische Rehabilitationsleistungen als deutsche Patienten/innen (Hasselhorn/Razum, IidA-DRV). Ein Grund dafür besteht in Sprachbarrieren, die bereits den Zugang zu medizinischer Rehabilitation sowie die Durchführung von Behandlungsmaßnahmen erschweren.

Seit 2013 ist durch das Patientenrechtegesetz gesetzlich geregelt, dass die Behandlungsaufklärung für den/die Patienten/in verständlich sein muss (§ 630e Absatz 2 Nr. 3 BGB) und der/die Behandelnde bei etwaigen Verständigungsproblemen eine fachkundige Person bzw. eine/n Dolmetscher/in auf Kosten des/der Patienten/in hinzuziehen muss (BT-Drs. 17/10488, S. 25). An einer gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Übersetzungskosten fehlt es hingegen bisher. Es stellt sich insofern die Frage, wie die wichtige und nötige Übersetzungsleistung finanziert und somit eine angemessene medizinische Versorgung für Migranten/innen sichergestellt werden kann.

Methoden

Mit dem Beitrag soll untersucht werden, inwieweit sich ein Anspruch fremdsprachiger Patienten/innen aus dem bestehen Sozialversicherungs- und Sozialleistungsrecht ableiten lässt und sie selbstbestimmt Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten.

Ergebnisse

<u>Problem der Kostetragung</u>

In Betracht käme zunächst eine Übernahme der Übersetzungskosten durch die gesetzliche Krankenkasse oder andere Sozialleistungsträger. Das Bundessozialgericht verneint eine Kos-

tenübernahmepflicht der gesetzlichen Krankenkassen bisher jedoch, da es an einer entsprechenden Rechtsgrundlage für die Erstattung im SGB V fehlt (BSG, NJW 1996, 806 (806)). Für gehörlose Patienten/innen werden die Kosten für die Hinzuziehung eines/r Gebärdendolmetschers/in bei der Aufklärung über medizinische Behandlungen gemäß § 17 Absatz 2 SGB I von den zuständigen Leistungsträgern übernommen. Eine analoge Anwendung des § 17 Absatz 2 SGB I für fremdsprachige Versicherte lehnt die Rechtsprechung bisher ab. Für Flüchtlinge, für die das Asylbewerberleistungsgesetz gilt, fällt die Dolmetscherleistung bei der Behandlungsaufklärung unter sonstige Leistungen i.S.v. § 6 AsylbLG und setzt eine vorherige Beantragung voraus. In der Praxis kann dies jedoch besonders herausforderungsvoll sein und eine Hürde darstellen, z. B. bei unaufschiebbarer Akutbehandlung. In der Folge bedeutet dies, dass der/die Patient/Patientin die Kosten für die erforderliche Übersetzung aus eigenen Mitteln finanzieren muss. Kann er/sie das nicht, bliebe ihm/ihr nach derzeitiger Rechtslage nur die Möglichkeit, ausdrücklich auf die erforderliche Aufklärung zu verzichten oder auf die Behandlung selbst. Hierin kann zumindest mittelbar ein Zwang gesehen werden, der dem Grundrecht auf Selbstbestimmung aus Art. 2 Absatz 1 i.V.m. 1 Absatz 1 GG, das für alle Menschen unabhängig ihrer Herkunft gleichermaßen gilt, erheblich entgegensteht (Franzki, 2014, S. 132 f.). Zudem kann die ungesicherte Kostentragung zu Lücken in der medizinischen Versorgung fremdsprachiger Patienten/innen führen und damit zu einer Schlechterstellung gegenüber deutschsprachigen Patienten/innen. Weiterhin stellt sich die Frage, wie fremdsprachige Patienten/innen gemäß der Richtlinie 2011/24 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9.3.2011 grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen können, wenn aus Kostengründen eine verständliche Behandlungsaufklärung nicht gewährleistet werden kann und damit bereits der Zugang zu einer ärztlichen Behandlung erschwert bis unmöglich ist.

Fazit

Insofern ist nicht nur aus Gründen der Solidargemeinschaft angezeigt, dass die Übernahme von Dolmetscherkosten künftig in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wird (Franzki, 2014, S. 134 f.; Spickhoff, 2016, S. 31).

Literatur

Bundessozialgericht (BSG), Urt. v. 10.5.1995, Az. 1 RK 20/94, NJW 1996, 806.

Deutscher Bundestag (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), BT-Drs. 17/10488.

Franzki, D. (2014): Der Behandlungsvertrag, Ein neuer Vertragstypus im Bürgerlichen Gesetzbuch, Universitätsverlag Göttingen.

Hasselhorn, H. M., Razum, O.: Rehabilitationsbedarf und -inanspruchnahme bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund in der BRD – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA-DRV).

Spickhoff, A. (2016): Verständigungsprobleme zwischen nicht deutschsprechenden Patienten und Ärzten, ZMGR – Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht, 1/2016, 21-31.

Integration migrierter Ärzt*innen in deutsche Rehabilitationskliniken: Hürden und Anregungen für die Zukunft

Hänel, P. (1), Muschalla, B. (2)

(1) Alice Salomon Hochschule Berlin, (2) SRH University of Applied Health Sciences Gera

Zielstellung

Viele medizinische Einrichtungen in Deutschland leiden unter einem Ärzt*innenmangel. Besonders betroffen sind Einrichtungen in strukturschwachen Gebieten und Fachbereiche, die für junge Ärzt*innen unattraktiv sind (Bundesagentur für Arbeit, 2017). Auch die Rehabilitation ist betroffen und seit einigen Jahren auf der Suche nach kompensierenden Maßnahmen (Reusch, 2013). Der Ärzt*innenmangel führt zu hoher Arbeitsbelastung der Teams und gefährdet die Patientenversorgung. Auch international ist diese Entwicklung zu beobachten (WHO, 2013).

Ärzt*innenmigration in Deutschland und international

Viele Einrichtungen gleichen ihren Fachkräftemangel mit Ärzt*innen aus, die im Ausland ausgebildet wurden. Die Erwartungen und Anforderungen an diese migrierten Ärzt*innen sowie die einarbeitenden Teams sind hoch. Trotz stetig steigendem Anteil migrierter Ärzt*innen in deutschen Gesundheitseinrichtungen (Bundesärztekammer, 2016) liegen wissenschaftliche Untersuchungen zur Einarbeitung und Integration aus Deutschland bisher kaum vor. Auch die spezifischen Herausforderungen der Integration in Rehabilitationseinrichtungen wurden bislang weder international noch in Deutschland untersucht.

Die meisten Untersuchungen zur Situation migrierter Ärzt*innen stammen aus Ländern mit längerer Integrations- und Migrationskultur von Ärzt*innen (USA, Australien, Kanada, UK, Skandinavien). Diese bisherigen Forschungsergebnisse zeigen verschiedene Schwierigkeiten migrierter Ärzt*innen auf wie sprachliche Barrieren, ungewohnte Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung und interprofessionelle Zusammenarbeit, fachliche Lücken und fehlendes Wissen über das nationale Gesundheitssystem (Michalski, 2017).

Die vorliegende Studie stellt daher am Beispiel von drei Rehabilitationskliniken Risiken und Chancen der Integration migrierter Ärzt*innen dar. Ziel der Studie ist es, ein Einarbeitungsmanual zur systematischen Einarbeitung von ÄiM in Reha Einrichtungen zu erstellen.

Methoden

Um die Perspektive aller an der Integration migrierter ÄrztInnen Beteiligter abzubilden, wurden in drei Rehabilitationskliniken 31 semistrukturierte Interviews mit migrierten ÄrztInnen, ärztlichen Kolleg*innen und Vorgesetzten, Teamkolleg*innen aus anderen Berufsgruppen und Rehabilitand*innen durchgeführt. Die Auswertung erfolgte sowohl inhaltsanalytisch als auch nach der Methode der grounded theory. Zusätzlich wurden Beschwerdebriefe von RehabilitandInnen ausgewertet.

Ergebnisse

Die Auswertung ergab fünf Themenfelder, die die Integration migrierter Ärzt*innen in die Arbeitsprozesse und Teams der Rehakliniken beeinflussen.

1. Eigenschaften der migrierten Ärzt*innen wie Vorwissen, Sprachkenntnis und -begabung, Engagement, Offenheit für unbekannte Denkweisen, Professionskonzept und Selbstreflexion.
2. Die Art, wie migrierte Ärzt*innen professionelle Beziehungen gestalten, vor allem zu Rehabilitand*innen und Fachkräften aus anderen Berufsgruppen, das Verständnis und Ausgestaltung von Hierarchie und der Umgang mit Erwartungen und Enttäuschungen.
3. Die Eigenschaften und Strategien der aufnehmenden Teams, insbesondere die Offenheit Einzelner und Teams gegenüber Neuem, die Bereitschaft, auch das eigene Verhalten zu ändern, Fehlertoleranz, Verständnis und die Ausgestaltung von Führungsrollen und -aufgaben und die Arbeitsbelastung der Teams.
4. Welche sozialen Kontakte gehen migrierte Ärzt*innen ein und
5. wie bewältigen sie legale Hürden wie Arbeitserlaubnis, Anerkennung, Approbation.

Reha-spezifische Aspekte

Besonders betrachtet werden die besonderen Herausforderungen in der Rehabilitation mit ihrem hohen Anteil an Kommunikation und interprofessioneller Zusammenarbeit, komplexen sozialmedizinischen Strukturen, einer hohen Anspruchshaltung der Rehabilitand*innen mit eigener sozialmedizinscher Agenda und der Lage der meisten Rehabilitationskliniken im ländlichen Raum, was die soziale Integration der migrierten Ärzt*innen erschweren kann.

Fazit

Die genannten Faktoren beeinflussen das Tempo der Einarbeitung und die Integration der migrierten Ärzt*innen in die Arbeitsprozesse und verlangsamen ihre Lernkurve. Dies kann zu beiderseitiger Enttäuschung und Frustration führen und langfristiger Mehrbelastung des aufnehmenden Teams. Um das Tempo der Einarbeitung zu beschleunigen bedarf es sowohl für migrierter Ärzt*innen als auch die aufnehmenden Teams zusätzliche Zeitressourcen und eine Veränderung des Verhaltens. Beide Seiten benötigen zusätzliche Qualifikation und integrationsunterstützende Strukturen.

Aus den Studienergebnissen und der internationalen Literatur werden Anregungen für eine verbesserte Einarbeitung migrierter Ärzt*innen entwickelt. Jenseits der Anforderungen vor Ort muss diskutiert werden, ob und wie dieser Mehraufwand in Form von Zeit und Kosten auch als nationale Integrationsaufgabe verstanden werden und nicht einzelnen Menschen, Teams oder Organisationen überlassen werden darf.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2017). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt: Fachkräfteengpass-analyse. URL https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-06.pdf, Abruf 16.10.2017

Reusch A. Neue Berufsgruppen im Schulungsteam: Wer kann den aktuellen Ärztemangel kompetent ausgleichen? 1. Qualitätszirkel der Mitglieder des Zentrums Patientenschulung vom 22. November 2012 in München. Rehabilitation. 2013; 52(02): 132-133.

World Health Organization (2017). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. URL http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1, Abruf 16.10.2017

Bundesärztekammer (2016): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2016. URL http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf, Abruf 16.10.2017

Michalski K, Farhan N, Motschall E, Vach W, Boeker M. Dealing with foreign cultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates. PLoS One. 2017 Jul 17;12(7):e0181330

Autorenindex

Adolph, H. 100
Ahnert, J. 129
Akbulut, N. 512
Aksakal, T. 508, 512
Albrecht, D. 40
Altenhöner, T. 152
Andreeva, E. 45
Angerer, P. 275
Anzelini, M. 129
Arling, V. 47, 104, 143, 147, 157, 183, 246
Auer, R. 474
Bachmann, M. 55
Baron, S. 58
Bartel, S. 242
Barth, J. 40
Bartsch, H.-H. 385
Bassenge, D. 383
Bassler, M. 427, 443, 447, 452, 455
Bauer, C.P. 493
Bauer, S. 294
Baumann, R. 240
Baumann, W. 385
Baumeister, H. 61, 63, 134, 303, 462, 464
Becker, J. 414
Becker, S. 425
Beddies, A. 432
Behrens, J. 467, 469, 471
Belsoe, M. 126
Bengel, J. 80
Benke, J. 47
Ben-Rajeh, I. 273
Bergelt, C. 40, 76, 160
Berghem, S. 489
Bernert, S. 136, 336, 341, 484
Berwanger, C. 87
Bethge, M. 117, 122, 171, 219, 221, 223, 226, 228, 238, 244, 330, 387, 396
Bethge, S. 373
Beutel, M. E. 414
Beutel, M.E. 301
Beyer, W.F. 341
Biallas, B. 261, 270
Birke, G. 364
Bitzer, E.-M. 313, 393
Blumenthal, M. 368
Böcker, M. 43, 61, 63, 67
Böhm, P. 154
Böhme, K. 301
Bökel, A. 188
Bollmann, K. 106
Borgelt, J. 476
Brähler, E. 32, 50, 56
Brandes, I. 351
Brenner, L. 437
Breuer, E. 332
Briest, J. 186, 188, 368
Broscheid, K.-C. 354
Brzoska, P. 231, 508, 512
Buchenauer, L. 486
Buchholz, M. 150
Buhlert, H. 370
Bühren, V. 78
Buntrock, C. 464
Bürger, W. 165
Buss, U. 427
Bußmann, M.L. 358
Carl, J. 401
Christoffer, A. 152
Claros-Salinas, D. 352
Coenen, M. 70, 72, 78
Dannenmaier, J. 74, 124, 338, 410, 497
Danner, H.W. 181
Danner, R. 126
De Boer, W. 55
de Vries, U. 345
Deck, R. 358, 508
Deeg, P. 376
Dejonghe, L.A.L. 261, 270
den Uyl, T. 479
Deneke, T. 299
Denzlinger, C. 397
Deprins, J. 306, 308
Dereskewitz, C. 70, 72
Detka, C 216
Dettmers, C. 321, 354
Dibbelt, S. 106
Dittmann, R. 283
Dittrich, M. 341
Domma, J. 169
Dörge, C. 325
Dörr, G. 29
Dresch, C. 385
Dreyhaupt, J. 74
Drixler, K. 50
Duran, I. 499
Ebert, D.D. 464
Echarti, N. 199, 208
Egen, C. 368
Eichner, G. 341
Eisele, A. 70, 72, 80
El Mansy, Y. 43
Emrich, E. 273
Eppert, M. 405
Eskofier, B. 356
Esteban, E. 78
Fach, E.-M. 223
Fahrenkrog, S. 136, 336, 341
Falk, A. 514
Faller, H. 403, 406
Fangmann, C. 306
Farin-Glattacker, E. 361
Fauser, D. 387, 396
Feicke, J. 313, 393
Feldhege, J. 294
Feng, Y.-S. 150
Ferdinand, P. 301
Fischer, H.F. 65
Fischer, K. 55
Fittig, E. 425
Forkmann, T. 67
Franz, M. 36
Frege, I. 169, 250
Friedrich, C. 469, 471
Froböse, I. 261, 270
Fröhlich, M. 273
Fröhlich, S. 89
Fuchs, R. 310, 378
Gabrys, L. 381
Gaebel, W. 438
Gassner, H. 356
Gecht, J. 43
Gehlen, M. 343
Gehrke, J. 109
Geidl, W. 306, 308, 401
Geiger, M. 43
Geigges, W. 134, 303
Geigner, B. 432
Geissler, N. 45

Geistler, S. 196
Gellhaus, I. 491
Gerdes, N. 346
Gerlich, C. 178
Gerloff, C. 364
Geyer, S. 202
Gholami, J. 408
Giese, M. 318
Giesler, J.M. 349, 361
Gimpel, C. 324
Gladwin, T. 479
Glaesmer, H. 32, 50, 56
Glattacker, M. 349, 458
Glatz, L. 128
Gmeiner, M. 501
Goedecker-Geenen, N. 100
Göhner, W. 80, 313, 393
Goldbach, C. 292
Golla, A. 315
Göttel, S. 196
Gottfried, T. 336
Gottschling-Lang, A. 368
Greitemann, B. 89, 106
Groschup, G. 299
Grune, K. 469, 471
Grüny, W. 139
Gstaltner, K. 173
Günther, A. 362
Gutenbrunner, C. 45, 368
Guthold, R. 27
Hadzic, M. 38, 370
Hagedorn, N. 495
Hagen, D. 36
Hagen, K. 414
Hakuba, H. 346
Hampel, P. 432, 460, 495
Hänel, P. 516
Hänsel, F. 82
Hass, H. 397
Hauskeller, W. 181
Heinrichs, K. 408
Heinze, V. 373
Held, R. 47
Hempler, I. 361
Henn, J. 447
Hentschke, M.-P. 38
Herbold, D. 432
Herrmann, E. 429
Hesse, B. 106, 191
Hessel, A. 198, 320
Heßling, A. 351
Hetzel, C. 210
Heuer, J. 265
Heuft, G. 152
Heyduck, K. 458
Hinrichs, J. 152
Hinz, C. 343
Hoffmann, L. 486
Hoffmeister, A. 383
Hofmann, T. 438
Holzner, B. 132, 391
Hoyer-Kuhn, H. K. 499
Hummel, S. 408
Hüppe, A. 84, 115
Huth, F. 157
Icks, A. 275
Ihle, W. 441
Immel, D. 474
Inhestern, L. 76, 160
Jakob, S. 296
Jakob, T. 134, 303, 458
Jankowiak, S. 92, 332, 476, 504
Jansen, I. 250
Janßen, H. 467, 469
Jöllenbeck, T. 327
Joos, S. 385
Käfer, M. 440
Kähnert, H. 389
Kaiser, U. 52, 102, 193, 204, 447
Kallinger, S. 61, 63
Kaluscha, R. 74, 92, 102, 124, 193, 204, 332, 338, 410, 429, 476, 504
Kaminski, A. 452
Kaplan-Wickel, N. 421
Karbe, H. 104
Kauffeldt, S. 417
Kemper, G. 199
Kessemeier, F. 443, 455
Keßler, C. 100
Keyßer, G. 154
Kiefer, F. 421
Kinkel, S. 310, 378
Kizilhan, J.I. 510
Klamroth, S. 356
Klatt, K. 462
Kleineke, V.E. 141
Klement, A. 119
Klindtworth, K. 349
Klucken, J. 356
Knapp, S. 124, 332
Knickenberg, R. 414
Knispel, J. 47, 143, 246
Knörzer, W. 128
Kobelt, A. 443, 447, 455
Koch, A. 484
Koch, C. 82
Köckerling, E. 191
Kocks, A. 476
Köhler, L. 467, 469, 471
Köhler, M. 160
Kohlmann, T. 112, 150
Kohte, W. 279
Köllner, V. 435, 437, 438, 440, 441
Koltermann, N. 244
König, S. 324
Köpnick, A. 432, 460
Körner, M. 106, 191, 425
Kotschy-Lang, N. 324
Kowoll, S. 373
Kraft, J. W. 471
Kraft, J.W. 467, 469
Krämer, L. 80
Krause, M. 38
Kreiner, S. 67
Krichbaum, M. 275
Krischak, G. 74, 92, 102, 124, 193, 204, 332, 338, 410, 429, 476, 497, 504
Kriz, D. 52, 102, 193, 204, 447
Krohn-Grimberghe, B. 345
Krüger, J.-M. 119
Krüger, T. 481, 484
Küffner, R. 129
Kühn-Dost, A. 491
Kulzer, B. 275
Kuntz, L. 50
Kunz, R. 55
Kunzmann, V. 397
Kurlemann, U. 385
Kurzinsky-Stachow, U. 495
Kus, S. 70, 72, 78
Labitzke, N. 301

Langbrandtner, J. 84, 115, 508
Langens, T. 449, 451
Langheim, E. 435
Langner, P. 435
Lautenschläger, S. 325
Lazarescu, A.-D. 343
Lehbert, N. 401, 406
Leibbrand, B. 176, 389
Leniger, T. 351
Leonhart, R. 33
Licht, T. 132, 391
Lieberei, B. 412
Liebsch, M. 290
Liegl, G. 65
Lill, C. 84, 115
Lin, J. 462, 464
Linden, M. 58, 268, 412, 415, 441
Lindenmeyer, J. 479
Lindner, J. 418, 454
Lippke, S. 198, 320
Loerbroks, A. 275, 408
Lohss, R. 55, 368
Lorenz, S. 253
Loth, F.G. 405
Lotzin, A. 438
Luderer, M. 421
Lueger, S. 376
Lueger, T. 376
Maier, W. 115
Mainz, V. 43
Maiwald, P. 385
Markert, J. 223
Markus, M. 122, 171, 330
Marquardt, M. 136
Martakis, K. 499
Martin, H. 102, 193, 204
Martin, N. 471
Martin, O. 486
Martius, P. 136
Marx, R. 383
Maschke, J. 389
Mattukat, K. 154, 226, 228
Mau, W. 119, 154, 162, 226, 228, 315
Mehnert, A. 40
Menzel-Begemann, A. 141
Mestel, R. 98
Meyer, S 212
Meyer-Moock, S. 150
Michel, E. 481
Miede, J. 259
Missel, P. 481, 484
Mittag, O. 134, 303
Moessner, M. 294
Moormann, T. 259
Morawietz, M. 501
Morfeld, M. 32, 50, 56
Muche, R. 74
Mühlig, S. 405
Müller, A. 43, 154
Müller, C. 325
Müller, G. 102, 204
Müller, K. 324
Muschalla, B. 58, 196, 516
Musekamp, G. 129
Naumann, F. 467
Nebe, A. 349
Nebe, K. 281
Nechwatal, R. 128
Neik, C. 112
Neu, R. 440
Neumann, K. 234
Neunzig, H.-P. 358
Nguyen, X.Q. 275
Nickels, A. 132, 391
Nielsen, J. 104
Nielsen, T. 67
Niemeyer, R. 89
Nivorozhkin, A. 236
Noack, N. 412
Noeres, D. 202
Nolte, S. 65
Nordbeck, P. 299
Nowak, D. 406
Nowik, D. 188
Nübling, R. 52, 102, 165, 193, 204, 447
Oberhauser, C. 72
Ohlbrecht, H. 216
Orban, A. 136
Ostholt-Corsten, M. 58
Paganini, S. 462, 464
Pankatz, M. 491
Pauli, P. 299
Paulick, J. 405
Peikert, M.L. 76
Petermann, F. 345, 443, 455, 493
Peters, E. 219, 221
Peters, M. 418, 454
Petri, H. 87
Petrowski, K. 270
Pfeifer, K. 24, 306, 308, 356, 401
Pfeiffer, J. 321
Pfeiffer, W. 427, 452
Pflug, M. 469, 471
Philipp, J. 176
Philips, H. 383
Pieter, A. 273
Pietschmann, J. 327
Polak, U. 112
Pollmann, H. 157
Poltermann, A. 253
Poppelreuter, M. 134, 303
Preßmann, P. 176
Pritschow, F. 441
Quack, V. 43
Rabe, S. 38
Raberger, K. 154
Rabus, A. 139
Rademacher, W. 435
Radoschewski, F.M. 219, 221, 226, 228
Raida, M. 160
Ralf, L. 313, 393
Rambausek-Haß, T. 288
Rampoldt, D. 36
Raspe, H. 84, 115
Razum, O. 508, 512
Reich, H. 38
Reims, N. 234, 236
Reinelt, T. 493
Reinhard, I. 421
Renzland, J. 102, 193, 204
Reusch, A. 129
Reuss-Borst, M. 102, 129, 204
Richter, A. 421
Richter, C. 226, 228
Richter, M. 223, 486
Riedl, D. 132, 391
Riesbeck, M. 438
Rinck, M. 501
Ritter, O. 299
Ritter, S. 429, 497
Röbbel, L. 202
Roch, S. 460
Roettele, N. 56
Rohrbach, N. 306
Rose, M. 65
Roßband, H. 432
Rückert, C. 214
Rüddel, H. 167

Rudolf, K.-D. 70, 72
Rudolph, M. 301
Rumpold, G. 132, 391
Rundel, M. 425
Rüther, W. 181
Sagoe, E. 354
Sailer, S. 354
Saliger, J. 104
Salzwedel, A. 38, 370
Samos, F.-A. 119
Sander, L. 464
Schäfer, C. 154
Schäfer, D. 270
Schäfer, I. 438
Schäfer, R. 36, 343
Schagg, D. 80
Schaidhammer-Placke, M. 106
Schaller, A. 261
Scharm, H. 61, 63
Schiel, A. 346
Schimank, C. 277
Schindl, M. 173
Schlicker, S. 464
Schlitt, A. 373
Schlittenhardt, D. 346
Schlumbohm, A. 219, 221
Schmidt, C. 336, 341, 381
Schmidt, J. 52, 102, 193, 204, 447
Schmidt, S. 119, 162
Schmidt-Ohlemann, M. 467, 469, 471
Schmöller, A. 474
Schnell, R. 104
Schoenfeld, A. 360
Schönau, E. 499
Schonnebeck, M. 449, 451
Schosser, A. 33
Schrage, N. 250
Schreiner, M. 248
Schricker, T. 126
Schröder, S.L. 486
Schüler, J. 321
Schuler, M. 122, 171, 403, 405, 406
Schultz, K. 178, 401, 403, 405, 406
Schulz, H. 418, 454
Schulz, S. 299
Schumann, N. 486
Schüring, E. 199
Schwabe, S. 162
Schwaighofer, B. 178
Schwarting, A. 301
Schwarz, B. 330
Schwarz-Eywill, M. 343
Schwarzkopf, L. 406
Seidel, S. 145
Semler, O. 499
Senft, B. 33
Seyfried, F. 78
Seywald, M. 397
Sick, C. 421
Siegert, R. 467, 469
Siepmann, M. 414
Sievers-Böckel, B. 491
Simmel, S. 78, 111
Sing, M. 336
Slavchova, V. 147, 157, 183
Smolenski, U.C. 362
Sommer, J. 212
Spanhel, K. 464
Spanier, K. 117, 219, 221, 223, 226, 228
Spörhase, U. 313, 393
Spyra, K. 136, 257, 336, 341, 481, 484
Stachelscheid, E. 495
Stachow, R. 495
Stapel, M. 263
Stark, C. 499
Steegmüller, O. 320
Stehr, M. 250
Steib, S. 356
Steinmetz, J. 358
Sternberg, A. 238, 244
Stock Gissendanner, S. 152
Stöckler, C. 443, 455
Stoevesandt, D. 373
Strahl, A. 181
Streber, R. 308
Streibelt, M. 95, 100, 122, 165, 171, 210
Strohmayer, M. 403
Sturm, C. 368
Sudeck, G. 306, 308
Symannek, C. 136
Szczotkowski, D. 112
Thiel, S. 469, 471
Thomalla, G. 364
Toepler, E. 102, 193, 204
Tophoven, S. 234, 236
Uhlig, J. 435
Ullrich, A. 160
Unger, T. 352
Valentini, J. 385
Vieregge, U. 429
Vieten, M. 354
Voigt-Radloff, S. 325
Völler, H. 38, 370
Vollmer, H.C. 169
Volz-Sidiropoulou, E. 67
von der Heide, M. 128
von Kageneck, M. 346
Vu-Eickmann, P. 275, 408
Wacker, C. 299
Wagner, B. 437
Wagner, P. 324
Wagner, R. 401, 406
Wagner, T. 173
Waldmann, G. 145
Walter-Meyer, B. 55
Walz, W. 343
Warnach, M. 467, 469, 471
Warschburger, P. 501
Wassipaul, S. 173
Weber, A. 373
Weber, R. 449, 451
Weber, T. 421
Wehrmann, J. 160
Weidinger, L. 474
Weis, J. 385
Weisenburger, R. 263
Weissinger, V. 484
Welti, F. 30, 286
Werner, C. 362
Whittal, A. 320
Wichmann, D. 162
Wienert, J. 387, 396, 495
Wienke, A. 373
Wiers, R. 479
Wilke, C. 270
Wille, F. 320
Winkler, J. 356
Wippert, P.-M. 465
Wirtz, G. 417
Wirtz, M.A. 32, 50, 56, 67
Wittmann, C. 440
Wittmann, M. 401, 403, 406

Wittwer, M. 112
Wolf, S. 364
Wolff, W. 321
Wulff, H. 491
Wurst, R. 310, 378
Yilmaz-Aslan, Y. 508, 512
Zabieglinski, T. 397
Zart, S. 273
Zniva, R. 299
Zschucke, E. 198
Zwerenz, R. 301, 414

Erstautorenverzeichnis

Ahnert, Jutta, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Aksakal, Tuğba, Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Institut für Soziologie, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Epidemiologie und International Public Health, Technische Universität Chemnitz / Universität Bielefeld, 09126 Chemnitz

Andreeva, Elena, Dr., Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Arling, Viktoria, Dr., Institut für Psychologie, RWTH Aachen, 52066 Aachen

Auer, Ramona, Rehabilitations- und Pflegeforschung, AOK Baden-Württemberg, 70191 Stuttgart

Auer, Sabine, Insitut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung, 4020 Linz

Bartel, Susanne, Abteilung Forschung und Entwicklung, Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V., 14059 Berlin

Bauer, Stephanie, Dr., Forschungsstelle für Psychotherapie, Universitätsklinikum Heidelberg, 69115 Heidelberg

Baumann, Ricardo, Prof., Abteilung Psychologie und Gesundheit, SRH Fernhochschule - The Mobile University, 88499 Riedlingen

Baumeister, Harald, Prof., Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm, 89069 Ulm

Behrens, Johann, Prof., Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle

Bergelt, Corinna, Prof., Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Berghem, Stefan, Dr., Fachklinikum Borkum, 26757 Borkum

Bernert, Sebastian, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Berwanger, Christoph, Dr., Hardtwaldklinik I, Werner Wicker GmbH & Co. KG, 34596 Bad Zwesten

Bethge, Matthias, Prof., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Biallas, Bianca, Dr., Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Blumenthal, Melanie, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Böcker, Maren, Dr., Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, RWTH Aachen, 52074 Aachen

Bökel, Andrea, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Bollmann, Kirsten, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., 48147 Münster

Brenner, Lorena, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Briest, Juliane, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Brzoska, Patrick, Prof., Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Technische Universität Chemnitz, 09126 Chemnitz

Buchholz, Maresa, Institut für Community Medicine / Abteilung Methoden der Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, 17475 Greifswald

Bürger, Wolfgang, Dr., fbg forschung und beratung im gesundheitswesen, 76133 Karlsruhe

Christoffer, Andrea, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster

Claros-Salinas, Dolores, Dr., Kliniken Schmieder Konstanz, 78464 Konstanz

Coenen, Michaela, Dr., Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung – IBE, Ludwig-Maximilians-Universität München, 81377 München

Dannenmaier, Julia, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), 88422 Bad Buchau

Deck, Ruth, Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23538 Lübeck

Dejonghe, Lea, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Detka, Carsten, Dr., Institut für Gesellschaftswissenschaften, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg, 39106 Magdeburg

Dettmers, Christian, Prof., Kliniken Schmieder, 78464 Konstanz

Dittmann, René, Abteilung Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung, Universität Kassel, 34121 Kassel

Dresch, Carolin, Klink für Onkologische Rehabilitation, UKF Reha gGmbh in der Klinik für Tumorbiologie, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Drixler, Karin, Public Health and Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79104 Freiburg

Echarti, Nicolas, Fachbereich Sozialversicherung, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, 53115 Bonn

Eisele, Angelika, Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Forschungseinheit für Biopsychosoziale Gesundheit, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie – IBE, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München, 81547 München

Fach, Eva-Maria, Institut für Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Fahrenkrog, Sandra, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Falk, Angelice, juristische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06108 Halle

Fauser, David, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Frege, Ines, Abteilung Psychosomatik, Salus-klinik GmbH & Co. Hürth KG, 50354 Hürth

Fröhlich, Stephanie, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde

Gabrys, Lars, Prof., Abteilung Gesundheitssport und Prävention, Fachhochschule für Sport und Management Potsdam, 14471 Potsdam

Gehlen, Martin, Dr., Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH, Klinik Der Fürstenhof, 31812 Bad Pyrmont

Gehrke, Jörg, Bereich Sozialmedizin, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Geidl, Wolfgang, Dr., Department für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 91058 Erlangen

Gerdes, Nikolaus, Dr., Hochrhein-Institut am RehaKlinikum Bad Säckingen e. V., 79713 Bad Säckingen

Gerlich, Christian, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Giese, Martin, Dr., Deutsche Blindenstudienanstalt, 35037 Marburg

Giesler, Jürgen M., Dr., Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Glattacker, Manuela, Dr., Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Göhner, Wiebke, Prof., Abteilung Gesundheitspsychologie, Katholische Hochschule Freiburg, 79104 Freiburg

Goldbach, Christiane, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Sozialrecht, Universität Kassel, 34127 Kassel

Golla, André, Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Grüny, Wolfgang, Dr., Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik Taunus, Deutsche Rentenversicherung Bund, 61231 Bad Nauheim

Hadzic, Miralem, Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam, 14469 Potsdam

Hagen, Daniel, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf, 40225 Düsseldorf

Hänel, Patricia, Dr., Public Health, Alice Salomon Hochschule Berlin, 12627 Berlin

Hass, Holger, Dr., Internistische Onkologie und Rehabilitation, Paracelsus-Klinik Scheidegg, 88175 Scheidegg

Heinrichs, Katherina, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 40225 Düsseldorf

Hempler, Isabelle, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Henn, Jessica, Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, 76185 Karlsruhe

Hetzel, Christian, Dr., Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (iqpr), Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Heuer, Jochen, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., 48125 Münster

Hoffmann, Laura, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Hofmann, Verena, Dr., Universität der Bundeswehr München, 85579 Neubiberg

Hüppe, Angelika, Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Lübeck, 23538 Lübeck

Inhestern, Laura, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Jakob, Sebastian, Aggertalklinik, 51766 Engelskirchen

Jankowiak, Silke, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), 88422 Bad Buchau

Jansche, Andrea, Dr., Reha-Klinik für seelische Gesundheit, 9020 Klagenfurt a. W.

Janßen, Heinz, Prof., Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie (IGP), Hochschule Bremen, 28199 Bremen

Jöllenbeck, Thomas, Prof., Institut für Biomechanik, Klinik Lindenplatz, 59505 Bad Sassendorf

Käfer, Michael, Dr., Fachklinik für Psychosomatische Medizin, MediClin Bliestal Kliniken, 66440 Blieskastel

Kähnert, Heike, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Salzetalklinik, 32105 Bad Salzuflen

Kaiser, Udo, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG), 76185 Karlsruhe

Kallinger, Selina, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm, 89081 Ulm

Kaluscha, Rainer, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), 88422 Bad Buchau

Kaminski, Alexandra, Rehazentrum Oberharz, Schwerpunktklinik für Psychosomatik, 38678 Clausthal-Zellerfeld

Kauffeldt, Stephan, RPK am Hesselkamp, 49088 Osnabrück

Kessemeier, Franziska, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR), Universität Bremen, 28359 Bremen

Kinkel, Stephan, Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen, 79189 Bad Krozingen

Kizilhan, Jan, Prof., Transkulturelle Psychosomatik, MediClin Klinik am Vogelsang, Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, 78166 Donaueschingen

Klamroth, Sarah, Department für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander Universität Erlangen – Nürnberg, 91058 Erlangen

Kleineke, Vera, Fachbereich Gesundheit, Fachhochschule Münster, 48149 Münster

Knapp, Sebastian, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), 88422 Bad Buchau

Knispel, Jens, Lehr- und Forschungsgebiet Berufliche Rehabilitation, Institut für Psychologie, RWTH Aachen, 52066 Aachen

Koch, Cathrin, Institut für Sportwissenschaft, TU Darmstadt, 64289 Darmstadt

Köckerling, Elena, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., 48147 Münster

Kohte, Wolfhard, Prof., Zentrum für Sozialforschung Halle (*ZSH*), 06108 Halle (Saale)

Köllner, Volker, Prof., Verhaltenstherapie und Psychosomatik, Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, 14513 Teltow

Koltermann, Nora, Universität Lübeck, 23562 Lübeck

Köpnick, Anne, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg, 24943 Flensburg

Krohn-Grimberghe, Bernhard, Dr., Rheumaklinik Bad Wildungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, 34537 Bad Wildungen

Krüger, Tim, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Langbrandtner, Jana, Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23538 Lübeck

Langens, Thomas, Dr., Psychosomatische Tagesklinik Köln am Hansaring, 50670 Köln

Leniger, Tobias, Dr., Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, 49152 Bad Essen

Liebsch, Matthias, Zentrum für Sozialforschung Halle (*ZSH*) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06108 Halle/Saale

Liegl, Gregor, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Lill, Cassandra, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, 23562 Lübeck

Lin, Jiaxi, Dr., Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience (IoPPN), Health Psychology, King's College London, SE1 9RT London

Linden, Michael, Prof., Charité Universitätsmedizin Berlin, 12200 Berlin

Lindenmeyer, Johannes, Prof., salus klinik Lindow, 16835 Lindow

Lippke, Sonia, Prof., Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin, Jacobs University Bremen gGmbH, 28759 Bremen

Loerbroks, Adrian, Dr., Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf, 40225 Düsseldorf

Lohss, Regine, EbIM Forschung & Bildung, Universitätsspital Basel, 4031 Basel

Lorenz, Sabrina, Forschungsinstitut Betriebliche Bildung, 90408 Nürnberg

Lueger, Stefan, Deegenbergklinik, 97688 Bad Kissingen

Mainz, Verena, Dr., Institut für Medizinische Psychologie und Soziologie, Uniklinik RWTH Aachen, 52074 Aachen

Markus, Miriam, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Marx, Roger, Prof., Mediclin Fachklinik Rhein/Ruhr, Klinik für Kardiologie, 45219 Essen

Mattukat, Kerstin, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Mestel, Robert, Dr., QS/Forschung, HELIOS Kliniken Bad Grönenbach, 87730 Bad Grönenbach

Moormann, Thomas, Gesundheitsförderung, BKK Dachverband, 10117 Berlin

Mühlig, Stephan, Prof., Institut für Psychologie, TU Chemnitz, 09120 Chemnitz

Müller, Christian, Fakultät für Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes; Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland, 66117 Saarbrücken

Müller, Katrin, Dr., Institut für Angewandte Bewegungswissenschaften, Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Technische Universität Chemnitz, 09126 Chemnitz

Muschalla, Beate, Prof., Gesundheitspsychologie, SRH Hochschule für Gesundheit Gera, 07548 Gera

Nebe, Katja, Prof., Juristischer Bereich, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06108 Halle/Saale

Nechwatal, Robert, Dr., Rehaklinik Heidelberg Königstuhl, 69117 Heidelberg

Neumann, Kristin, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), 90478 Nürnberg

Noeres, Dorothee, Dr., Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Nübling, Rüdiger, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG), 76185 Karlsruhe

Pankatz, Miriam, Dr., Universität Bielefeld, 33615 Bielefeld

Peikert, Mona, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Peters, Meinolf, Prof., Psychosomatik und Psychotherapie im höheren Lebensalter, Klinik am Hainberg, 36251 Bad Hersfeld

Pfeiffer, Wolfgang, Dr., Psychosomatik, Rehazentrum Oberharz, 38678 Clausthal-Zellerfeld

Pfeiffer, Julian, Kliniken Schmieder Konstanz, 78464 Konstanz

Pieter, Andrea, Prof., Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement, 66123 Saarbrücken

Poppelreuter, Martin, Dr., Rehabilitationsforschung, Rehaklinik Glotterbad, 79286 Glottertal

Preßmann, Philipp, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, 32105 Bad Salzuflen

Pritschow, Florian, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Charité - Universitätsmedizin, 12203 Berlin

Ralf, Leonie, Public Health and Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79117 Freiburg

Rambausek-Haß, Tonia, Dr., Rehabilitationssoziologie und berufliche Rehabilitation, Humboldt-Universität zu Berlin, 10099 Berlin

Reims, Nancy, Dr., Erwerbslosigkeit und Teilhabe, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 90478 Nürnberg

Reinelt, Tilman, Dr., Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, 28359 Bremen

Richter, Cyntia, Medizinische Fakultät, Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112, Halle (Saale)

Riedl, David, Dr., Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Universität Innsbruck, 6020 Innsbruck

Ritter, Sabrina, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), 88422 Bad Buchau

Roch, Svenja, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg, 24943 Flensburg

Roettele, Nicole, Abteilung für Forschungsmethoden, Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79104 Freiburg

Rückert, Claudia, Sonderpädagogische Berufs- und Erwachsenenbildung, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, 71634 Ludwigsburg

Rüddel, Heinrich, Prof., St. Franziska Stift Bad Kreuznach, 55543 Bad Kreuznach

Rundel, Manfred, Qualitätsmanagement, Celenus Kliniken GmbH, 77654 Offenburg

Salzwedel, Annett, Dr., Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam, 14469 Potsdam

Scharm, Henry, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm, 89081 Ulm

Schimank, Cindy, Juristischer Bereich, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, 06108 Halle (Saale)

Schindl, Martin, Dr., RZ Weißer Hof, AUVA, 3400 Klosterneuburg

Schlumbohm, Anna, Dr., Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Schmidt, Jürgen, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG), 76185 Karlsruhe

Schmidt, Stefanie, Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06110 Halle (Saale)

Schnell, Ruth, Neuropsychologie, Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e.V., 53177 Bonn

Schönau, Eckhard, Prof., Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Köln und Zentrum für Prävention und Rehabilitation, UniReha GmbH, 50931 Köln

Schreiner, Mario, Dr., Rehabilitationssoziologie, Humboldt-Universität zu Berlin, 10099 Berlin

Schricker, Thomas, Dr., Orthopädie, Revital Aspach, alpha-Reha Roth, 94078 Freyung

Schuler, Michael, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Schultz, Konrad, Dr., Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, 83435 Bad Reichenhall

Schulz, Stefan, Dr., Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz (DZHI), Universitätsklinikum Würzburg, 97070 Würzburg

Schulz, Holger, Prof., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Senft, Birgit, Dr., Evaluation, BBRZ-Med, 1210 Wien

Siepmann, Martin, Prof., Rhön-Klinikum AG, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, 97616 Bad Neustadt

Simmel, Stefan, Dr., BG Rehabilitation, BG Unfallklinik Murnau, 82418 Murnau

Slavchova, Veneta, Institut für Psychologie, RWTH Aachen, 52066 Aachen

Smolenski, Ulrich Christian, Prof., Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena, 07749 Jena

Sommer, Jörn, Dr., InterVal GmbH, 10115 Berlin

Spanier, Katja, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Spyra, Karla, Prof., Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10098 Berlin

Stachow, Rainer, Dr., Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutsche Rentenversicherung Nord, 24975 Westerland

Stapel, Matthias, Prof., Evaluation und Begleitforschung, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 67346 Speyer

Sternberg, Annika, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion Rehabilitation und Arbeit, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Stoevesandt, Dietrich, Dr., Universitätsklinik und Poliklinik für Radiologie, Universitätsklinikum Halle (Saale), 06120 Halle (Saale)

Strahl, André, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Streibelt, Marco, Dr., Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Sudeck, Gorden, Prof., Institut für Sportwissenschaft, Universität Tübingen, 72074 Tübingen

Szczotkowski, Daniel, Methoden der Community Medicine, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, 17475 Greifswald

Thiel, Stephanie, Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf, 15569 Woltersdorf

Uhlig, J., Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Waldmann, Guido, Dr., Fachklinik für Neurologie, MediClin Reha-Zentrum Bad Düben, 04849 Bad Düben

Warschburger, Petra, Prof., Beratungspsychologie, Universität Potsdam, 14476 Potsdam

Weber, Tillmann, Dr., MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, 71570 Oppenweiler

Weber, Rainer, Dr., Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln, 50931 Köln

Welti, Felix, Prof., Institut für Sozialwesen, Universität Kassel, 34109 Kassel

Whittal, Amanda, Dr., Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin, Jacobs University Bremen gGmbH, 28759 Bremen

Wippert, Pia-Maria, Prof., Sport- und Gesundheitssoziologie, Universität Potsdam, 14469 Potsdam

Wirtz, Markus Antonius, Prof., Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79104 Freiburg

Wolf, Silke, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Wurst, Ramona, Institut für Sport und Sportwissenschaft, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79117 Freiburg

Zwerenz, Rüdiger, Dr., Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 55131 Mainz