LEUPHANA
UNIVERSITÄT LÜNEBURG

Patientenberichtete Assessmentverfahren in der stationären orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation.

Bahr, Kristin; Kohlmann, Thomas

Published in:
Nachhaltigkeit durch Vernetzung

Publication date:
2011

Document Version
Verlags-PDF (auch: Version of Record)

Link to publication

Citation for pulished version (APA):
Bahr, K., & Kohlmann, T. (2011). Patientenberichtete Assessmentverfahren in der stationären orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation. in R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Nachhaltigkeit durch Vernetzung: Tagungsband 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (S. 68 - 69). (DRV-Schriften; Nr. 93). Deutsche Rentenversicherung Bund. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_20_reha_kolloqu.pdf

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 20. Apr.. 2024

Internetausgabe des Tagungsbandes

zum

20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium

erschienen im März 2011 innerhalb der DRV-Schriften als Band 93

Herausgeber
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Nachhaltigkeit durch Vernetzung

vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum

veranstaltet von

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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**, DGRW

Organisationskomitee

Melanie **Bock**, Marlene **Brandtstedt-Conrad**,
Georg **Grimme**,
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Maja **Mrugalla**, Astrid **Rosendahl**,
Deutsche Rentenversicherung Bund

Programmkomitee

Prof. Dr. H.H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. C.P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. J. **Behrens** (Halle), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. W.F. **Beyer** (Bad Füssing), Prof. Dr. E.M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Dr. C. **Büchner** (Düsseldorf), Dr. I. **Ehlebracht-König** (Bad Eilsen), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), 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), Prof. Dr. S. **Hesse** (Bad Rodach), Prof. Dr. W.H. **Jäckel** (Freiburg), Prof. Dr. M. **Karoff** (Ennepetal), Dr. R.J. **Knickenberg** (Bad Neustadt), Prof. Dr. V. **Köllner** (Blieskastel), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Dr. C. **Korsukéwitz** (Berlin), Prof. Dr. W. **Kohte** (Halle), Prof. Dr. M. **Linden** (Teltow), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Dr. H.M. **Schian** (Wilnsdorf), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Bernried), Prof. Dr. W. **Slesina** (Halle), Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof. Dr. H. **Teschler** (Essen), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel).

Tagungsband

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum nunmehr 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium dürfen wir Sie herzlich in Bochum begrüßen.

Das diesjährige Rahmenthema "Nachhaltigkeit durch Vernetzung" zielt auf eine Verstetigung der Reha-Erfolge durch eine engere Einbindung der Rehabilitation in die medizinische Versorgungskette einerseits sowie in die Lebens- und Arbeitswelt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden andererseits. Eine verstärkte Vernetzung der Rehabilitation kann nicht nur ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit erhöhen, sondern fördert auch ihre Akzeptanz in der Versorgungskette.

Die Vernetzung der Rehabilitation mit nachgelagerten Versorgungsbereichen als auch die Vorbereitung auf die Rehabilitation setzen entsprechende Aktivitäten der Reha-Einrichtungen voraus. Ferner müssen solche Initiativen auf eine positive Resonanz bei den anderen Akteuren, wie z. B. niedergelassene Ärzte oder Betriebe, treffen. Ein Beispiel für eine gelungene Vernetzung ist das AHB-Verfahren, mit dem ein schneller und einfacher Übergang vom Akut-Krankenhaus in die medizinische Rehabilitation erreicht wird.

Ein wichtiger Ansatzpunkt für eine wirksame Vernetzung ergibt sich aus der verstärkten beruflichen Orientierung der medizinischen Rehabilitation. Die Kooperation mit Betrieben ermöglicht zum einen, konkrete berufliche Belastungen zu erfassen, deren Kenntnis für die Planung und Steuerung des Reha-Prozesses notwendig ist. Sie ermöglicht auch, einen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bestehenden Reha-Bedarf zu erkennen und rehabilitative oder auch präventive Leistungen frühzeitig einzuleiten. Während der Rehabilitation gewonnene Erkenntnisse über gesundheitsförderliches Verhalten oder Leistungseinschränkungen können wiederum im Betrieb - etwa zur Adaptation des Arbeitsplatzes - genutzt werden. Mittlerweile haben mehrere Kooperationsprojekte bewiesen, dass eine erfolgreiche Vernetzung zwischen Betrieb und Rehabilitationseinrichtung auch in der beruflichen Rehabilitation möglich ist. Diese Kooperationen konzentrieren sich jedoch meist auf größere Unternehmen. Bei der Zusammenarbeit mit kleinen und mittleren Betrieben sind nach wie vor beherzte Initiativen und kreative Ideen gefragt.

Die modernen Informationstechnologien eröffnen vielseitige neue Möglichkeiten, die für eine Vernetzung der Rehabilitation genutzt werden können. Dabei geht es sowohl darum, Informationen über wohnortnahe Ansprechpartner und Leistungsanbieter für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereit zu halten, als auch Kontakte zu diesen Akteuren zu schaffen. Die elektronischen Medien können zudem zur weiterführenden Kommunikation mit den Betroffenen nach der Rehabilitation eingesetzt werden, um beispielsweise die Motivation für nachsorgende Aktivitäten zu unterstützen. Erste erfolgversprechende Ansätze der medialen Vernetzung müssen jedoch noch zeigen, dass eine Verstetigung in die Routineversorgung möglich ist. Dazu gehört auch die Entwicklung tragfähiger Finanzierungskonzepte.

Der Tagungsband ist auch im Internet (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) zum Herunterladen verfügbar.

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

Inhaltsübersicht

Plenarvorträge 25
DGRW-Update I 28
DGRW-Update II 30
Reha-Nachsorge I 31
Reha-Nachsorge II 41
Reha-Nachsorge (Poster) 52
Reha-System (Poster) 56
Psychosomatische Reha aus der Perspektive der Versorgungssysteme 58
Assessmentinstrumente 68
Assessmentinstrumente (Poster) 79
ICF 98
ICF (Poster) 105
Qualitätssicherung 109
Qualitätssicherung (Poster) 121
Epidemiologische Trends in den Routinedaten der Rentenversicherung 130
Epidemiologie und Reha-Bedarf (Poster) 139
Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung I 143
Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung II 153
Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung (Poster) 164
Patientenschulung 176
Patientenschulung (Poster) 187
Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation 192
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation 204
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster) 216
Ergebnismessung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 223
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 235
Betriebliches Gesundheitsmanagement 245
Betriebliches Gesundheitsmanagement (Poster) 255
Sozialmedizin 259
Sozialmedizin (Poster) 267
Reha-Psychologie 270
Reha-Psychologie (Poster) 282
Rechtswissenschaften I 290
Rechtswissenschaften II 300
Rechtswissenschaften (Poster) 311
Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation 313
Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation (Poster) 322
Patientenorientierung in der Bewegungstherapie I 327
Patientenorientierung in der Bewegungstherapie II 335
Patientenorientierung in der Bewegungstherapie (Poster) 345

Neurologische Rehabilitation....349
Neurologische Rehabilitation (Poster)....358
Neurologische Rehabilitation nach Schlaganfall....368
Kardiologische Rehabilitation I....375
Kardiologische Rehabilitation II - in Kooperation mit der DGPR....384
Kardiologische Rehabilitation (Poster)....394
Onkologische Rehabilitation....403
Onkologische Rehabilitation (Poster)....413
Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen....417
Gastroenterologische Rehabilitation - in Kooperation mit der GRVS....426
Rehabilitation bei Asthma und COPD....435
Psychosomatische Rehabilitation I....445
Psychosomatische Rehabilitation II....455
Psychosomatische Rehabilitation (Poster)....465
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen I....470
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen II....479
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Poster)....490
Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen....493
Rehabilitation bei chronischen Schmerzen....504
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen....515
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster)....526
Rehabilitation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen....529
Geriatrische Rehabilitation....538

Autorenindex....547
Verzeichnis der Erstautoren....552

Inhaltsverzeichnis

Plenarvorträge **25**
Die Rehabilitation und ihre Kommissionen. Was ist erreicht? Was ist zu tun?
Hüttenmeister, H.P. *25*

DGRW-Update I **28**
DGRW-Update Neurologie: Von empirischen Strategien hin zu evidenzbasierten Interventionen
Schupp, W. *28*

DGRW-Update II **30**
DGRW-Update Alkoholabhängigkeit
Vogelgesang, M. *30*

Reha-Nachsorge I **31**
Medizinische Nachsorge als integraler Bestandteil medizinischer Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Stapel, M., Kulick, B., Faath, V., Thuy, A. *31*
Evaluierung der Ergebnisse der IRENA bei orthopädischen Patienten
Erler, K., Heyne, A., Brückner, L. *32*
Empfehlungsverhalten und Beurteilung des IRENA-Programms durch Rehabilitationskliniken
Schubert, M., Lamprecht, J., Behrens, J., Steinack, R., Mau, W. *34*
Rahmenbedingungen einer IRENA-Teilnahme aus Rehabilitandensicht und Therapiegeschehen im IRENA-Nachsorgeprogramm bei orthopädischen Erkrankungen
Lamprecht, J., Schubert, M., Behrens, J., Steinack, R., Mau, W. *36*
W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie
Ebert, D.D., Tarnowski, T., Dippel, A., Pflicht, M., Eggenwirth, S., Sieland, B., Berking, M. *38*

Reha-Nachsorge II **41**
Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken - Ein möglicher Weg zur Steigerung der längerfristigen Effektivität der medizinischen Rehabilitation
Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A., Raspe, H. *41*
Aufbau eines bundesweiten web-basierten Zentrums "Reha-Nachsorge": www.nachderReha.de
Schramm, S., Hüppe, A., Deck, R. *43*
Effektivität einer telefonischen Nachsorge zur Bewegungsförderung bei Rehabilitanden mit Adipositas 6 Monate nach der Rehabilitation
Ströbl, V., Knisel, W., Landgraf, U., Faller, H. *46*
Die Auswirkungen des Funktionstrainings auf die Lebensqualität - Eine Befragung von Mitgliedern der Rheuma-Liga Niedersachsen e.V.
Ehlebracht-König, I., Fricke, D., Wollenhaupt, J. *48*
Rehabilitation am Arbeitsplatz durch telemedizinische Betreuung
Körtke, H., Feige, T., Frisch, S. *50*

Reha-Nachsorge (Poster) 52
Medizinisch-berufliche Reha Südbaden - Berufsfördernde Unterstützung und Nachsorge in der orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation
Nordmann, A., Reiber, M. 52
Der Vergleich der Nutzung und der inhaltlichen Gestaltung eines selbständigen und eines Therapeuten-moderierten Internetforums in der Nachbetreuung nach einer psychosomatischen Rehabilitation
Linden, M., Ubben, C. 54

Reha-System (Poster) 56
Schnittstellen-Probleme in der medizinischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse von Fokusgruppen mit Kostenträger-Vertretern, Rehabilitationsklinikern, niedergelassenen Ärzten und Rehabilitanden
Pohontsch, N., Deck, R. 56

Psychosomatische Reha aus der Perspektive der Versorgungssysteme 58
Medizinische Rehabilitation chronischer psychischer Erkrankungen durch niedergelassene Ärzte
Muschalla, B., Keßler, U., Linden, M. 58
Wer profitiert von Vorbereitungsmaßnahmen auf die psychosomatische Rehabilitation?
Lange, M., Franke, W., Hessel, A., Petermann, F. 60
Psychotherapeutische Vorbehandlung als wichtiges Kriterium für die Rehabilitationsprognose und den Rehabilitationserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation? Eine rehabilitative und rechtliche Kontroverse?
Kobelt, A., Jabben, J., König, R., Petermann, F. 62
Die Bedeutung des Migrationshintergrundes für den Behandlungserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation
Göbber, J., Kobelt, A., Winkler, M., Pfeiffer, W., Petermann, F. 64
Frühe Versorgung und Prozess-Steuerung psychosomatisch erkrankter Patienten über Integrierte Versorgung und Rehabilitation
Webendörfer, S., Benoit, D., Bischoff, C., Limbacher, K. 66

Assessmentinstrumente 68
Patientenberichtete Assessmentverfahren in der stationären orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation
Bahr, K., Kohlmann, T. 68
Entwicklung von Itembanken für den Bereich "Funktionsfähigkeit im Alltag" bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen
Wirtz, M., Müller, E., Böcker, M., Forkmann, T., Frey, C., Bengel, J. 70
Validierung des Bavaria Rehabilitanden Assessments für die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation MBO®
Landau, K., Brauchler, R., Diaz Meyer, M., Gnauck, M., Hirthammer, H. 72
Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem EORTC-QLQ-C30 in der onkologischen Rehabilitation - Wie gut vergleichbar sind die Funktionsskalen bei verschiedenen Krebserkrankungen?
Jelitte, M., Schuler, M., Schulte, T., Faller, H. 74
Vergleichende Betrachtung von Ermittlungsmethoden der Trainingsherzfrequenz und deren kardiovaskuläre Adaptation bei Patienten mit Asthma bronchiale
Röder, S., Pleyer, K., Göttlicher, A., Hübscher, J., Menz, G. 75
Überprüfung des Schweriner Fragebogens zum Glücksspielen
Premper, V. 77

Assessmentinstrumente (Poster) 79
Psychisches Befinden in der Gegenüberstellung zu körperlicher und psychischer Symptombelastung bei Patienten medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation
Senft, B., Platz, Th., Hochfellner, S. 79
Die Arbeitsplatzphobieskala - Ein Screeninginstrument in der psychosomatischen Rehabilitation
Muschalla, B., Linden, M. 80
Die deutsche Version des Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ-D) zur Erfassung der Komorbidität. Analysen zur prädiktiven Validität
Streibelt, M. 82
Verlaufsdokumentation anhand des XSMFA-D in der ambulanten Physiotherapie bei Kniebeschwerden; Änderungssensitivität im Vergleich mit dem Arbeitsbewältigungsindex und einer Schmerz-Skala
Karstens, S., Froböse, I., Wolf, G., Igl, W., Weiler, S.W. 84
Evaluierte Prognosen für Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren auf der Grundlage somatischer, psychischer und sozialer Faktoren
Romer-Raschidi, K., Rupp, K., Rogge, K.-E., Schmickal, T., Wind, G., Grützner, P.A., Wentzensen, A. 86
Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden - Eine explorative Bestandsaufnahme
Hinrichs, J., Fiedler, R.G., Greitemann, B., Heuft, G. 88
Wieviel FIM entspricht soviel SINGER? Übereinstimmung und Umrechnung der Funktionsassessments SINGER und FIM
Freidel, K., Leisse, M. 90
Überprüfung der Messqualität des Aktivitätstests zur Mobilität im Rollstuhl (AMR) bei erworbener Paraplegie anhand einer Rasch-Analyse
Scheuer, T., Anneken, V., Thietje, R., Richarz, P., Wirtz, M. 92
Die faktorielle Struktur der direkten und der indirekten Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation - Analysen auf Item- und Subgruppenebene
Meyer-Moock, S., Kohlmann, T. 94
Training von Planungskompetenz im Kontext der beruflichen Rehabilitation
Arling, V., Grossmann, L., Palme, S., Spijkers, W. 96
ICF 98
Entwicklung von ICF-Core Sets für die berufliche Rehabilitation
Gläßel, A., Finger, M., Escorpizo, R., Schrör, M., Stucki, G., Cieza, A. 98
Beurteilung der Dimensionen Leistung und Leistungsfähigkeit in der ICF bei Patienten mit COPD
Raschke, F., Schneider, M., Fischer, J. 99
Anwendung der ICF Core Sets in der Begutachtung von Patienten mit lumbalen Rückenschmerzen und generalisiertem Schmerzsyndrom
Kirschneck, M., Winkelmann, A., Kirchberger, I., Gläßel, A., Ewert, T., Stucki, G., Cieza, A. 101
Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen im poststationären Verlauf
Brütt, A.L., Schulz, H., Tüpker, N., Endras, S., Deters, M.A., Schmeling-Kludas, C., Koch, U., Andreas, S. 103

ICF (Poster) **105**
Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych
Ranft, J., Nosper, M., Rüddel, H. *105*
Praktische Nutzung der ICF - Erprobung eines neuen Ansatzes in der neurologischen Rehabilitation
Kaluscha, R., Lorch, F., Enderle, A., Jacobi, E., Krischak, G. *107*
Qualitätssicherung **109**
Ergebnisqualität der Versorgung von Patienten mit Bandscheibenerkrankungen in der Langzeitperspektive
Bauknecht, M., Müller, R. *109*
Einrichtungsvergleichende Evaluation der Ergebnisqualität kardiologischer Rehabilitation
Nosper, M., Röhrig, B., Linck-Eleftheriadis, S., Strandt, G., Salzwedel, A., Völler, H. *111*
Was hilft Patienten? Zusammenhänge zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei kontinuierlichen Patientenbefragungen in der Psychosomatischen Rehabilitation
Steffanowski, A., Nübling, R., Kriz, D., Schmidt, J. *113*
Externe vs. interne Patientenbefragung - Zusammenhänge und Nutzen für das interne QM
Nübling, R., Kriz, D., Steffanowski, A., Schmidt, J., Alemany, F.J. *115*
Reha-Qualität auf neuer Nachweisstufe - Umsetzung und Konsequenzen der Zertifizierung nach § 20 SGB IX
Petri, B., Toepler, E. *117*
Qualitätssicherung (Poster) **121**
Beeinflusst das Wetter den Vorsorge- und Rehabilitationserfolg?
Otto, F., Sieger, U. *121*
Welchen Einfluss hat der Erhebungszeitpunkt auf das Patientenurteil?
Haase, I. *124*
Direkte oder indirekte Ergebnismessung? Eine Antwort aus Sicht des Konzepts der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)
Schmidt, C., Spyra, K., Köhn, S., Ammelburg, N. *126*
Qualitätsmanagement in Rehabilitationskliniken - Eine Studie zur Zufriedenheit mit externen Beratungs- und Zertifizierungsprozessen und zu den Auswirkungen von Qualitätsmanagement auf die betriebliche Organisationsentwicklung
Okay, Y., Spyra, K. *128*
Epidemiologische Trends in den Routinedaten der Rentenversicherung **130**
Vergleich der Scientific Use Files "Abgeschlossene Rehabilitation" der Jahre 2006 - 2008: Welche Trends sind in der Rehabilitation der Rentenversicherung erkennbar?
Kaluscha, R., Jacobi, E., Krischak, G. *130*
Abgeschlossene medizinische Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten bei Pflegepersonal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen
Harling, M., Schablon, A., Nienhaus, A. *132*
Psychische Komorbidität bei Rehabilitanden im onkologischen Indikationsbereich: Prävalenz, Assoziationen und Nachsorge
Nicklas, S., Lamprecht, J., Mau, W. *133*
Der Effekt einer unterschiedlichen Verweildauer in der medizinischen Rehabilitation auf den Rehabilitationserfolg
Reichert, A.R., Kristek, J. *135*

Migration, soziale Ungleichheit und Rehabilitationserfolg - Ergebnisse einer Analyse von Routinedaten der Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen
Brause, M., Reutin, B., Razum, O., Schott, T. *136*

Epidemiologie und Reha-Bedarf (Poster) **139**

Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR): Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8.500 Männer und 8.405 Frauen
Bethge, M., Radoschewski, F.M., Spyra, K., Streibelt, M., Egner, U. *139*

Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen: Gibt es Unterschiede zwischen Menschen deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit?
Kaluscha, R., Brzoska, P., Jacobi, E., Krischak, G. *141*

Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung I **143**

Partizipation, Information und Patientenzufriedenheit - Vergleiche zwischen somatischer und psychosomatischer Rehabilitation
Steger, A.-K., Ehrhardt, H., Körner, M. *143*

Führt eine an subjektiven Erklärungsmodellen anknüpfende Patienteninformation zu einer verbesserten patientenseitigen Informationsbewertung? Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation
Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. *145*

Patientenseitige Gesundheitsbewertungen und arztseitige Zielfestlegungen in der Rehabilitation: Übereinstimmung oder Diskrepanz?
Nagl, M., Farin-Glattacker, E. *147*

Informierung und Partizipation in der kardiologischen Rehabilitation aus Sicht der Patienten - Ausprägung und Zusammenhänge mit Reha-Outcome und Selbstwirksamkeit
Richter, M., Schmid-Ott, G., Leicht, R., Muthny, F.A. *149*

Das interprofessionelle Schulungsprogramm "Fit für PEF" zur Förderung der Partizipation und Kooperation in Rehabilitationskliniken
Ehrhardt, H., Steger, A.-K., Körner, M. *150*

Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung II **153**

Prädiktoren der Kommunikationspräferenzen von Patienten mit chronischem Rückenschmerz
Gramm, L., Schmidt, E., Kosiol, D., Farin-Glattacker, E. *153*

Einfluss Partizipativer Entscheidungsfindung auf Zufriedenheit und Motivation im Kontext der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation
Lukasczik, M., Gerlich, C., Neuderth, S. *155*

Integrierte Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation
Körner, M., Ehrhardt, H., Steger, A.-K. *157*

Evaluation einer Intervention zur partizipativen Zielvereinbarung: Verändern sich zielbezogene Prozesse in der Wahrnehmung der RehabilitandInnen?
Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, S., Quatmann, M., Schubmann, R., Greitemann, B., Jäckel, W.H. *159*

Zielvereinbarungen in der Rehabilitation: Verständnis und Handhabung des Begriffs "Reha-Ziele" bei Ärzten und Patienten
Quatmann, M., Dibbelt, S., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B., Jäckel, W.H. .. *161*

Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung (Poster).....164
Erfassung der Partizipativen Entscheidungsfindung mit dem PEF-FB-9 im Kontext arbeits- und berufsbezogener Behandlungsoptionen
Gerlich, C., Lukasczik, M., Neuderth, S......164
Screeningbasierte partizipative Entscheidungsfindung als Zuweisungsoptimierung psychologischer Therapieangebote in der somatischen medizinischen Rehabilitation
Küch, D., Schwabe, M., Roßband, H., Brückner, U......166
Reha-Erwartungen, Wünsche und Ziele - Eine Bedarfsanalyse in der stationären medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen
Eckel, J., Jelitte, M., Vogel, H., Becker, P......168
Diskrepanzen zwischen erwarteten und tatsächlichen Alltagssituationen nach einer stationären Rehabilitation - Nachteilig für die Rehabilitationserfolge?
Igel, U., Kretzschmann, C., Grande, G......169
Die kommunikationsbezogenen Einstellungen von BehandlerInnen in der medizinischen Rehabilitation
Farin-Glattacker, E. , Gramm, L., Schmidt, E......172
Rehabilitative Versorgung von Menschen türkischer Abstammung - Bedürfnisse, Problemfelder und Lösungsansätze aus der Perspektive des Klinikpersonals und der Rehabilitanden
Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Brause, M., Razum, O., Schott, T......174
Patientenschulung.....176
Wirksamkeit einer integrativen Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz - Eine multizentrische, prospektive Kontrollgruppenstudie
Hofmann, J., Buchmann, J., Meng, K., Vogel, H., Bork, H., Pfeifer, K......176
Sind nach 5 Jahren mehr Patientenschulungen manualisiert und evaluiert und zeigen sich Unterschiede zwischen somatischen und psychosomatischen Reha-Einrichtungen?
Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H., Faller, H......178
Kosten der Umsetzung des Patientenschulungsprogramms "Back to Balance" in die stationäre medizinische Rehabilitation
Brandes, I., Morfeld, M., Krauth, C., Möller, J.U., Höder, J., Koch, U......180
Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen
Feicke, J., Ehmann, K., Spörhase, U......182
Analyse von Förderfaktoren und Barrieren der Implementation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsprogramms in die stationäre medizinische Rehabilitation
Morfeld, M., Brandes, I., Krauth, C., Möller, J.U., Höder, J., Koch, U......184
Patientenschulung (Poster).....187
Fortbildungsbedarf zum Thema Patientenschulung - Bundesweite Erhebung 2010 in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
Reusch, A., Küffner, R., Schug, M., Vogel, H., Faller, H......187
Neue Entwicklungen bei E-Learning-, Prüfungs- und Evaluationsmodalitäten in der rehabilitationsbezogenen Lehre - Ergebnisse der DGRW Fakultätenbefragung 2010
Gutt, S., Uhlmann, A., Faller, H., Kawski, S., Lay, W., Morfeld, M., Schwarzkopf, S.R., Mau, W......189

Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation.....192
Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen. Kurz: Berufsbezogene Rehabilitation und Nachsorge (BERUNA-Studie)
Huber, D., Kittel, J., Karoff, J., Karoff, M.....192
BOMeN - Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation - Zentrale Ergebnisse
Menzel-Begemann, A., Hemmersbach, A.....195
Evaluation des psychologischen Gruppenprogramms BUSKO (Beruf und Stresskompetenz) in der orthopädischen Rehabilitation - Ergebnisse der Katamnese nach 12 Monaten
Küch, D., Roßband, H., Morfeld, M., Fischer, D. 197
Abschließende Betrachtung zur Implementierung eines optimierten Reha-Konzeptes bei Beschäftigten eines Automobilbetriebes
Derlien, S., Müller, W.-D., Meier, V., Bak, P., Loudovici, D., Smolenski, U.C.....199
Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebes - Medizinische und ökonomische Ergebnisse eines optimierten Rehabilitationskonzeptes
Müller, W.-D., Knufinke, R., Kleinhans, W., Smolenski, U.C., Bak, P. 201

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation 204
Mehr Arbeitsbezug in der medizinischen Rehabilitation - Sind die Reha-Therapiestandards hilfreich?
Zander, J., Klosterhuis, H. 204
Anforderungen zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der Gesetzlichen Rentenversicherung
Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R.....206
Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung - Welche Versicherten profitieren mehr, welche weniger?
Bürger, W., Streibelt, M. 209
WeB-Reha und Ford-Werke GmbH - Vernetzte Partner in der nachhaltigen Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit
Knülle, E., Theißen, U.....211
Präsentismus und Veränderungen beruflicher Funktionsfähigkeit bei Rehabilitanden in der orthopädischen Rehabilitation (Follow-Up: Drei Monate)
Müller, E., Frey, C., Bengel, J., Wirtz, M.....213

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster).....216
Aufbau und Akzeptanz eines Gruppentrainings für Rehabilitanden zur Förderung beruflicher Motivation
Fiedler, R.G., Hinrichs, J., Greitemann, B., Heuft, G. 216
Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation unter Einbindung des realen Arbeitsplatzes - Erste katamnestische Daten
Kulke, H., Schupp, W.....218
Prädiktoren für die berufliche Wiedereingliederung in der Arbeitsplatzspezifischen Rehabilitation
Schmiedecke, K., Michen, P., Nguyên, B., Tiling, Th.....220

Ergebnismessung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 223
Rückkehr an den Arbeitsplatz: Welche Bedeutung hat dieses Ziel und wie kann man seine Erreichung messen?
Morfeld, M......*223*
Operationalisierung des Ergebnisses von beruflichen Bildungsmaßnahmen - Potenzial der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung
Bestmann, A., Zollmann, P......*225*
Abbrüche bei beruflichen Bildungsleistungen - Analyse der Angaben aus der Teilnehmerbefragung
Erbstößer, S......*228*
Positiver und negativer Reha-Verlauf - Welche Faktoren sind verantwortlich für einen Maßnahmeabbruch?
Arling, V., Schellmann, C., Spijkers, W......*230*
Beeinträchtigen Kontexteffekte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beruflicher Bildungsleistungen?
Streibelt, M., Bethge, M......*232*
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 235
Prozessprofiling und -monitoring: Ein Instrument zur Steuerung und Organisation des individuellen beruflichen Rehabilitationsverlaufs
Schellmann, C., Kleon, S., Arling, V., Frost, M., Spijkers, W......*235*
Erwartungshaltungen von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen als Einflussgröße für die Wiedereingliederung nach beruflicher Rehabilitation
Flach, T.H......*237*
Wege von der Schule ins Erwerbsleben - Ergebnisse einer IAB-Befragung jugendlicher Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit
Rauch, A., Zaleska-Beyersdorf, J......*239*
Berufliche Rehabilitation von psychisch Erkrankten: Eine systematische Literaturübersicht
Friedrich-Gärtner, L., Niehaus, M......*241*
Versorgung hörbehinderter Menschen mit Hörhilfen im Arbeitsleben durch die Integrationsämter
Beyer, C......*243*
Betriebliches Gesundheitsmanagement.....245
Berufliche Gratifikationskrisen als Risikofaktor für Arbeitsfähigkeit: Ergebnisse einer Kohortenstudie
Bethge, M., Radoschewski, F.M......*245*
Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Erste Ergebnisse aus den Modellprojekten
Kittel, J., Fröhlich, S.M., Kruse, N., Olbrich, D., Heilmeyer, P., Greitemann, B., Karoff, M......*247*
Zur Bedeutung des Work Ability Index (WAI) im GUSI-Präventionsprogramm für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen
Olbrich, D., Beblo, A., Passeik-Hartmann, D......*249*
Das Präventionsprojekt "Plan Gesundheit"
Theißen, U., Ochs, U., Koch, D......*251*
Nachhaltigkeit braucht verbindliche Vernetzung
Köpke, K.-H......*253*

Betriebliches Gesundheitsmanagement (Poster) 255
Gerechtigkeit in Unternehmen, Arbeitsfähigkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität
Bethge, M., Radoschewski, F.M. 255
Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben - Ökonomische Aspekte
Ramm, D., Tauscher, A., Seider, H. 257

Sozialmedizin 259
Qualitätssicherung der Begutachtung von Erwerbsminderung durch die Deutsche Rentenversicherung: Entwicklung eines Prüffragenkatalogs zum Peer Review
Vogel, H., Gerlich, C., Löffler, S., Meng, K., Holderied, A., Mai, H., Gehrke, J. 259
Assessmentimplementation in der Arbeitsagentur - Probleme und Lösungen bei der Einbeziehung von Functional Capacity Evaluation in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes
Glatz, A., Nutt, N., Kaltheier, O., Weber, A., Wallrabenstein, H., Bahemann, A., Heipertz, W. 261
Sozialmedizinische Begutachtung: Welche Versichertenangaben unterstützen die sozialmedizinische Sachaufklärung und Leistungsbeurteilung?
Gehrke, J. 263
Macht ein Screening psychischer Störungen in der Begutachtung bei primär somatisch begründeten Rentenanträgen Sinn?
Hesse, B. 265

Sozialmedizin (Poster) 267
Ansatzpunkte und Vernetzungsmöglichkeiten bei der Identifikation und Ansprache von potenziell rehabilitationsbedürftigen arbeitslosen Personen in den Arbeitsverwaltungen
Schubert, M., Bretschneider, K., Schmidt, S., Behrens, J. 267

Reha-Psychologie 270
Finden sich bei Typ D-Persönlichkeiten autonome kardiovaskuläre Dysregulationen als Entstehungsfaktor für koronare Herzerkrankungen?
Mussgay, L., Mohnke, E., Scherffius, S., Rüddel, H. 270
Typ D als Prädiktor für Mortalität nach kardiologischer Rehabilitation
Romppel, M., Herrmann-Lingen, C., Grande, G. 273
Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten zu psychologischen Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung: Zusammenfassung der vorliegenden Empfehlungen und der Evidenz
Reese, C., Mittag, O., Spieser, A., Jäckel, W.H. 275
Charakteristika der Ausprägung subjektiver Krankheits- und Behandlungsrepräsentationen bei Patienten mit depressiver Störung in Abhängigkeit von verschiedenen soziodemographischen Variablen
Heyduck, K., Glattacker, M., Meffert, C. 277
Dokumentation komorbider psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation: Eine Analyse ärztlicher Entlassungsberichte
Jahed, J., Vogel, B., Bitz, I., Härter, M., Bengel, J., Baumeister, H. 279

Reha-Psychologie (Poster) **282**
Strukturen und Praxis der psychologischen Abteilungen in der stationären medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen und koronarer Herzkrankheit
Reese, C., Mittag, O., Jäckel, W.H. *282*
Exergames in der Rehabilitation: Einsatz der Nintendo Wii für kardiologische und depressive Patienten
Schuler, M., Ahnert, J., Vogel, H., Lütgemüller, A., Delle, K., Hinkerode, T., Eckey, U., Heiderhoff, M., Müller-Holthusen, T., Schubmann, R. *284*
Stress, Ressourcenveränderungen und Coping bei Müttern im Kontext einer stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme
Lukasczik, M., Gerlich, C., Schuler, M., Musekamp, G. *286*
Erfassung schulungsnaher Zielkriterien mittels der deutschsprachigen Version des Health Education Impact Questionnaire - Ergebnisse zur faktoriellen Validität und Reliabilität
Schuler, M., Musekamp, G., Kirchhof, R., Ehlebracht-König, I., Gutenbrunner, C., Nolte, S., Osborne, R., Faller, H., Schwarze, M. *288*

Rechtswissenschaften I **290**
Auswirkungen der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland
Welti, F. *290*
"Der Mensch steht im Mittelpunkt, nicht die Leistung!" - Inklusion gemäß Artikel 24 der UN-Behindertenrechtskonvention: Visionen, Anspruch und Wirklichkeit
Krenz, S., Walter, U. *291*
Die Pflicht zur Umsetzung angemessener Vorkehrungen im britischen Arbeitsrecht für Arbeitgeber - Ein Modellbeispiel für das deutsche Recht?
Rosendahl, C. *294*
Die (Un-)Zulässigkeit der Frage nach der Schwerbehinderung unter Geltung des AGG: Neue Überlegungen zu einer alten Frage
Porsche, S. *295*
Vernetzung in der Rehabilitation am Beispiel der Leiharbeit
Kohte, W. *297*
Die Rechtswirklichkeit des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB IX) in der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse eines repräsentativen Surveys
Pohontsch, N., Meyer, T. *298*

Rechtswissenschaften II **300**
Yes, We Can! Das Persönliche Budget in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung
Biewald, M., Frings, S. *300*
Abgrenzung der Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung bei der stufenweisen Wiedereingliederung
Ritter, J. *302*
Verantwortung für die Organisation der Arbeitsassistenz im Betrieb und das Zumutbarkeitserfordernis nach § 81 IV S. 3 SGB IX
Schlegel, A. *303*

Wann endet das Arbeitsleben? Die Zuständigkeitsabgrenzung der Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe bei Beschäftigten in der passiven Phase der Altersteilzeit nach den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.06.2010 (B 1 KR 33/09 R)
Lawall, C. *305*

Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung - Koordinierung sozial- und arbeitsrechtlicher Ansprüche auf behinderungsgerechte Arbeitsplatzgestaltung
Nebe, K. *307*

Ausschreibungspflicht für Leistungen zur Teilhabe?
Welti, F. *309*

Rechtswissenschaften (Poster) **311**

Persönliches Budget - Zukunftsweisende Erkenntnisse für die Rehabilitationsträger aus dem Forschungsprojekt "ProBudget"
Palsherm, K., Rexrodt, C. *311*

Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation **313**

Reproduzierbarkeit isokinetischer und isometrischer Messgrößen bei Patienten mit Coxarthrose und einem gesunden Probandenkollektiv
Steinhilber, B., Haupt, G., Böer, J., Grau, S., Krauss, I. *313*

Erfassung des nachhaltigen Effektes eines EBM-gesicherten Bewegungsprogrammes nach Implementierung in ambulante Rehabilitationssportgruppen am Beispiel der Osteoporose-Erkrankung - Die Erlangen Fitness und Osteoporose Studie
Kemmler, W., von Stengel, S., Bebenek, M., Engelke, K., Kalender, W.A. *314*

Beurteilung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation muskuloskeletaler Krankheiten: Zugänge aus Sicht des Konzepts der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)
Köhn, S., Ammelburg, N., Spyra, K. *316*

Therapieerfolg bei orthopädischen Patienten und Frühberentungsrisiko fünf Jahre später - Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie
Neuner, R., Braig, S., Weyermann, M. *318*

Internetbasierte Nachsorge bei verhaltensmedizinisch-orthopädischen Patienten: Evaluation von technischer Verfügbarkeit und inhaltlichen Erwartungen
Pfaudler, S., Benninghoven, D., Hoberg, E. *319*

Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation (Poster) **322**

Zum Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung bei distaler Radiusfraktur - Schweregrade und Verläufe
Bohley, S., Fach, E., Günther, S., Bak, P., Slesina, W. *322*

Wirksamkeit der NOVOTERGUM Rückentherapie bei chronischen Rückenschmerzpatienten nach 12 Monaten
Freiwald, J., Witte, K. *324*

Patientenorientierung in der Bewegungstherapie I **327**

Förderung eines aktiven Bewegungsalltags - Welche Effekte haben computergestützte Beratungen zusätzlich zur Rehabilitationsbehandlung bei orthopädischen und kardiologischen Rehabilitanden?
Lippke, S., Fleig, L., Pomp, S., Pimmer, V. *327*

Internetbetreutes Kräftigungs- und Ausdauertraining verbessert Kraft und Lungenfunktion bei Multiple Sklerose-Patienten
Tallner, A., Mäurer, M., Pfeifer, K. *329*

Evaluation einer Bewegungsintervention mit KHK-Patienten im Rahmen eines Disease-Management-Programms
Eckert, K., Huber, G., Lange, M., Baldus, G. *331*

Narrative Übersicht zur Bewegungsdosierung in der Rehabilitation
Thiel, C., Vogt, L., Banzer, W. 333

Patientenorientierung in der Bewegungstherapie II 335

Patientenorientierung in der Bewegungstherapie
Huber, G., Eckert, K......335

Depressive Symptome hemmen selbstregulative Strategien zur Ausübung von körperlicher Aktivität nach der Rehabilitation
Pomp, S., Lippke, S., Fleig, L., Schwarzer, R......337

Die Dosis der Bewegungstherapie in der Rehabilitation nach Hüft- oder Knieendoprothese - Eine Bestandsaufnahme339
Hendrich, S., Zech, A., Schmitt, B., Pfeifer, K......339

Passung von Sport- und Bewegungsprogrammen in der Bewegungstherapie - Ein feldexperimentelles Beispiel aus dem Freizeit- und Gesundheitssport
Sudeck, G., Lehnert, K., Conzelmann, A......341

Welche bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen sind sinnvoll in Rehabilitation und Nachsorge bei Kopfschmerzen? - Ergebnisse eines systematischen Reviews
Schupp, W., Wehrfritz, B., Pfeifer, K......343

Patientenorientierung in der Bewegungstherapie (Poster) 345

Motivational-volitionale Interventionen in der Sport- und Bewegungstherapie - Ein Beitrag zur Implementationsforschung in der orthopädischen Rehabilitation
Höner, O., Sudeck, G., Ulitsch, A., Lowis, H., Kosmützky, G. 345

Prädiktoren postrehabilitativer körperlicher Aktivität bei kardiologischen RehabilitandInnen: Ein Anwendungsbeispiel des HAPA-Modells
Schleicher, S., Schmidt, C., Schleicher, R., Spyra, K., Brünger, M. 347

Neurologische Rehabilitation.....349

Kognitive Fatigue bei MS-Rehabilitanden nach kognitiver und körperlicher Belastung vs. Ruhebedingung
Claros-Salinas, D., Dittmer, N., Dettmers, C......349

Kommunikationsorientierte forced-use Therapie bei Aphasikern
Küst, J., Dietrich, J., Kelm, D., Karbe, H......351

Prediction of functional and employment outcome one year after Traumatic Brain Injury: A Structural Equation Modelling approach
Schönberger, M., Ponsford, J., Olver, J., Ponsford, M., Wirtz, M. 353

Patienten mit kommunikativen Einschränkungen nach erworbener Hirnschädigung: Struktur des stationären DRV-Heilverfahrens
Wehking, E., Knaus, S., Mach, S., Stenneken, P. 355

Neurologische Rehabilitation (Poster) 358

Neurologisches Assessment der Kliniken Schmieder für die Phasen C und D
Starrost, K., Claros-Salinas, D., Dettmers, C., Kaiser, M., Küst, J., Greitemann, G. 358

Wie repräsentativ sind randomisierte kontrollierte Studien mit Patienten nach Schlaganfall?
Richter, D., Saal, S., Lorenz, S., Schubert, M., Becker, C., Müller, T., Zierz, S., Behrens, J. 359

Das multimodale Neglectsyndrom während der stationären Rehabilitation und im Langzeitverlauf
Völzke, V., Reil, J., Turek, A., Wiebecke, J., Mandrella, W., Ischebeck, W., Petershofer, A......361

Teilhabe in der ambulanten wohnortnahen Neurorehabilitation
Pöppl, D., Deck, R., Fries, W., Pott, C., Fischer, S., Risse, G., Reuther, P. 363
BoReM-N - Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie
Menzel-Begemann, A., Hemmersbach, A.....365

Neurologische Rehabilitation nach Schlaganfall 368
Nachsorge und Therapieregime bei Schlaganfallpatienten in Deutschland, Italien, Schweden, der Schweiz und Tschechien
Zimmermann, M., Behrens, J., Weber, A.....368
Gesundheitszustand von Patienten mit Schlaganfall nach Akutereignis und abgeschlossener stationärer/ambulanter Rehabilitation
Lorenz, S., Schubert, M., Becker, C., Behrens, J., Richter, D., Saal, S. 369
Einsatz segelbasierter Physiotherapie in der ambulanten Rehabilitation von Schlaganfall-Betroffenen zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Groll, C. 371
Evaluation der Videotherapie bei Patienten mit Schlaganfall - Eine fMRT-Untersuchung
Nedelko, V., Hassa, T., Tüscher, O., Hamzei, F., Weiller, C., Liepert, J., Schoenfeld, M.A., Dettmers, C. 373

Kardiologische Rehabilitation I.....375
Auswirkungen von Kraftausdauertraining auf die Gehstrecke von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK)
Mauch, E., Serowy, A., Jadczak, A., Götte, L., Kleinöder, H., Montiel, G., May, E., Schmitz, S., Bjarnason-Wehrens, B. 375
Geschlechtsspezifische Effekte eines funktionalen Trainings versus Standard-Anschlussrehabilitation auf Kraft und maximale Leistungsfähigkeit bei sehr alten Patienten frühzeitig nach Bypass-*Operation*
Busch, C., Willemsen, D., Placke, J., Bjarnason-Wehrens, B.....377
Ambulante kardiologische Langzeitrehabilitation: Wer nimmt teil? - Retrospektive Kohortenstudie
Piso, B., Tüchler, H.....378
Ein Vergleich von bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden hinsichtlich relevanter Outcomekriterien: Zwischenergebnisse einer laufenden Erhebung
Karoff, J., Kittel, J., Huber, D., Karoff, M.....380
Wirken Tabakentwöhnungsprogramme in der kardiologischen Rehabilitation? - Ergebnisse der CARO-QMS-Studie
Stamm-Balderjahn, S., Schleicher, S.....382

Kardiologische Rehabilitation II - in Kooperation mit der DGPR 384
Bedeutung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz für die kardiologische Rehabilitation
Langer, T., Schwaab, B., Weinbrenner, S., Ollenschläger, G.....384
Kurzfristige Effektivität des interdisziplinären psycho-kardiologischen Behandlungskonzepts für kardiologische Rehabilitanden mit erhöhter psychischer Belastung
Seekatz, B., Brüser, J., Vogel, H., Müller-Holthusen, T., Schubmann, R.....386
Ergebnisse des KARENA-Nachsorgeprojekts (Kardiologische Reha-Nachsorge)
Keck, M., Nübling, R., Schmidt, J. 388
Herzgruppen in Rheinland-Pfalz - Ergebnisse einer Befragung von Herzgruppen-Leitern
Keck, M., Ritter, P., Krönig, B., Stahlheber, R., Nübling, R., Schmidt, J. 390

Strukturierte Schulungen nach einer kardiologischen Rehabilitation - Evaluation aus Sicht der Teilnehmer
Kamke, W., Hechtner, J., Schenk, H. 392

Kardiologische Rehabilitation (Poster) 394

Akzelerometerdaten beim Golfen - Ist die Intensität während des Golfspielens ausreichend, um die Ausdauerleistungsfähigkeit bei Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen zu verbessern?
Gruber, W., Brückner, C., Fischer, S., Radke, B., Kahlert, D. Brand, R.....394

Welchen Einfluss hat Herzangst auf die körperliche Aktivität von kardiologischen RehabilitandInnen? Ergebnisse der CARO-QMS Studie
Schleicher, S., Stamm-Balderjahn, S.....396

Das Herzbuch - Begleitet Patienten nach akutem Koronarsyndrom zur Verbesserung ihres Krankheitswissens und der Compliance
Sandor, B., Hofmann, S., Wüsten, B., Hölschermann, H.....398

Geschlechtsspezifische Effekte eines täglichen, funktionalen Trainings versus Standard-Anschlussrehabilitation (AHB) auf Gleichgewichtsfähigkeit bei sehr alten Patienten frühzeitig nach Bypass-Operation (ACB)
Busch, C., Willemsen, D., Placke, J., Bjarnason-Wehrens, B.....400

Geschlechterspezifische Effekte einer zusätzlichen funktionalen Trainingsintervention während der Anschlussrehabilitation (AHB) auf die funktionale Kapazität von Patienten (>75 Jahre) nach Bypass-Operation (ACB)
Placke, J., Busch, C., Willemsen, D., Bjarnason-Wehrens, B.....401

Onkologische Rehabilitation 403

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Lebensqualität nach einer onkologischen Rehabilitation
Farin-Glattacker, E., Nagl, M. 403

Kognitiver Funktionsstatus bei Patienten mit Leukämien und Lymphomerkrankungen im ersten Jahr nach allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation - Eine prospektive Längsschnittstudie
Mehnert, A., Scherwath, A., Schirmer, L., Schulz-Kindermann, F., Zander, A.R., Kruse, M., Heußner, P., Balck, F., Koch, U. 405

Subjektive Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten im Krankheitsverlauf
Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., Mehnert, A. 407

Störungen des Säure-Basen- und Flüssigkeitshaushaltes bei Patienten mit Kurzdarmsyndrom bei Ileostoma
Söhngen, D., Ebert, K.-H., Waldschmidt, D. 409

Medikamentenkosten in der onkologischen Rehabilitation
Berger, D. 410

Onkologische Rehabilitation (Poster) 413

Therapieassoziierte Polyneuropathien bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Folgen für die Teilhabe am Alltag und im Beruf
Kaden, B., Vogt, T., Körber, J., Berger, D., Barth, J. 413

Berufliche Belastungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation
Böttcher, H.M., Steimann, M., Rotsch, M., Zurborn, K.-H., Koch, U., Bergelt, C. 415

Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen 417
Werden Brustkrebspatientinnen über die Möglichkeiten von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und Rehabilitationssport in den Brustzentren (ausreichend) informiert?
Nellessen-Martens, G., Kowalski, C., Ansmann, A., Pfaff, H. 417
Einfluss einer stationären Rehabilitation auf das Sportverhalten und die sozial-kognitiven Ressourcen von Brustkrebspatientinnen
Kähnert, H., Exner, A.-K., Leibbrand, B., Biester, I., Kalusche, E.-M., Koller, B., Niehues, C. 419
Lebensqualität und subjektive Befindlichkeit von Patientinnen mit Brustrekonstruktion nach Mammakarzinom: Ein Vergleich mit Mastektomie-Patientinnen zu Beginn einer onkologischen Rehabilitation
Giesler, J.M., Bartsch, H.H., Weis, J. 421
Immediate and Long Term Effects of an Inpatient Rehabilitation Programme on Emotional State and Body Image in Breast Cancer Patients as Compared to Appropriate Controls
Gallhofer, G., Schöne, S., Netter, P. 423
Verbessern optimierte Patientenschulung und telefonische Nachsorge die Nachhaltigkeit der onkologischen Rehabilitation? Eine prospektive Längsschnittstudie mit Brustkrebspatientinnen
Tripp, J., Hass, H.G., Schröck, R., Muthny, F.A. 424

Gastroenterologische Rehabilitation - in Kooperation mit der GRVS 426
Erwerbstätige mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen - Wer braucht eine medizinische Rehabilitation?
Langbrandtner, J., Hüppe, A., Raspe, H. 426
Proaktive Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2: Eine kontrollierte, randomisierte Studie bei DMP-PatientInnen - Studiendesign und Baseline-Daten
Döbler, A., Pollmann, H., Raspe, H., Mittag, O. 428
Stuhlinkontinenz: Sonomorphologische und funktionelle Befunde als Prognosekriterien? - Prospektive Studie mit Kurz- und Langzeitevaluation
Allgayer, H., Zipse, S., Dietrich, C.F. 430
Welche Rolle spielen Genderaspekte in der endokrinologischen Rehabilitation und Nachsorge?
Ernst, G., Hübner, P. 432
Web-basiertes Expertensystem zur Erfassung und Optimierung der Therapiequalität in der gastroenterologischen Rehabilitation
Streit, J., Ott, K., Reichel, C. 433

Rehabilitation bei Asthma und COPD 435
Der COPD Assessmenttest (CAT) als ergänzender Outcomeparameter der pneumologischen Rehabilitation
Schultz, K., Göhl, O., Stojanovic, D., Rudnik, J., Wittmann, M., Kirchhof, R., Schwarze, M. 435
Psychische Komorbiditäten (Depression und Angst) bei Rehabilitanden mit Asthma und COPD
Mühlig, S., Schwarze, M., Kirchhof, R., Haarig, F., Schwaighofer, B., Wittmann, M., Schultz, K. 437
Asthmakontrolle und Lebensqualität ein Jahr nach pneumologischer Rehabilitation
Schultz, K., Djahangiri, N., Wittmann, M., Scheub, D., Lingner, H. 438

Relevanz und Bewertung von Lungensportgruppen aus der Sicht der Betroffenen
Kaiser, U., Pleyer, K. *440*
Effekte stationärer pneumologischer und dermatologischer Behandlungen: Erste Ergebnisse der Davoser Outcome Studie (DOS)
Kaiser, U., Nübling, R., Schmidt, J., Ohnmacht, M. *442*

Psychosomatische Rehabilitation I **445**
Die Ergebnisse der psychosomatischen Rehabilitation bei Patienten mit 4-wöchiger Rehabilitation sind schlechter als bei regulärer 6-wöchiger Rehabilitation
Rüddel, H., Reiser, A., Jürgensen, R. *445*
Körperliche Aktivität ein Jahr nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation: Finden sich bleibende Veränderungen?
Mussgay, L., Rüddel, H. *447*
Klinische Diagnose Angststörung - Was zeigt sich in der strukturierten Diagnostik?
Untersinger, I., Schmied, W., Terber, S., Bernardy, K., Kraft, D., Köllner, V. *449*
Die Behandlung Posttraumatischer Verbitterungsstörungen durch Weisheitstherapie und Genusstherapie
Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Lorenz, C., Rotter, M. *451*
Schlafapnoe in der psychosomatischen Rehabilitation
Hanisch, M., Linden, M. *453*

Psychosomatische Rehabilitation II **455**
Zufriedenheit mit der psychosomatischen Rehabilitation in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen
Wiehn, T. *455*
Veränderung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster und Burnout nach stationärer Psychotherapie
Mestel, R., Danner, A-S., von Wahlert, J. *457*
Führt eine intensive Aromapflegebehandlung zu besseren Rehabilitationsergebnissen in der Psychosomatik?
Stangenberg, C., Jürgensen, R., Rüddel, H. *458*
Validierung eines Aktivitätstagebuchs mittels metabolischem Monitor bei psychovegetativ Erschöpften
Bähr, S., Raschke, F., Fischer, J. *461*
Neurobiologische Typisierung von Stressreaktionen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation
Linden, M., Hero, T., Bertram, K., Hellhammer, D. *463*

Psychosomatische Rehabilitation (Poster) **465**
Bibliotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation: Haupt- und Nebenwirkungen
Muschalla, B., Herm, K., Linden, M. *465*
Ist die "subjektive" Bewertung der Rahmenbedingungen einer psychosomatischen Rehabilitation unabhängig vom "objektiven" Rehabilitationserfolg?
Mussgay, L., Jürgensen, R., Rüddel, H. *467*

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen I **470**
Unterschiede in der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit von abhängigkeitserkrankten Rehabilitanden mit und ohne muskuloskeletale Erkrankungen
Kasten, Y., Bethge, M., Sieveking, C.F., Spyra, K. *470*
Wie bewerten Abhängigkeitserkrankte das Modell der Reha-Fallbegleitung?
Kainz, B., Glattacker, M., Wenzel, D., Schröder, A., Hoffmann, S., Kulick, B., Jäckel, W.H. *472*

Je mehr, desto besser? - Kann die Wirksamkeit eines pc-gestützten, neuropsychologischen Vermeidungstrainings bei Alkoholabhängigen durch eine Erhöhung der Trainingsdurchgänge gesteigert werden?
Lindenmeyer, J., Eberl, C., Pawelczak, S., Becker, E., Rinck, M., Wiers, R. *475*

Suchtartige Internetnutzung als komorbide Störung bei Patientinnen und Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter
Müller, K.W., Dickenhorst, U., Medenwaldt, J., Wölfling, K., Koch, A. *476*

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen II **479**

Aktuelle Analysen zu Verläufen, Komorbidität und Behandlung bei Suchterkrankungen auf Datenbasis einer Krankenkasse
Marschall, U., Wolik, A., Sievers, Ch. *479*

Nachhaltiger Rehabilitationserfolg durch Integration von Entgiftung und Entwöhnung als stationäre Kombi-Leistung
Missel, P., Bahl, H.-J., Knufinke, R., Kirchner, P. *481*

Wirkfaktor Wohnort: Empirische Befunde zu Reha-Verlauf und -Erfolg von stationären medizinischen Reha-Maßnahmen bei PatientInnen mit Abhängigkeitsstörungen
Funke, W., Missel, P. *483*

Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK): Therapie-Orientierungs-Werte (TOW) für die stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung
Spyra, K., Egner, U., Köhn, S., Lindenmeyer, J., Missel, P. *485*

Reha-Therapiestandards und RMK-Therapieorientierungswerte als Leistungsanforderungen für die Rehabilitation Alkoholabhängiger - Wie passt das zu den Personalanforderungen der Deutschen Rentenversicherung?
Vorsatz, N. *487*

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Poster) **490**

Entwicklung eines Integrierten suchtmedizinischen und orthopädischen Rehabilitationsangebots
Sieveking, C.F., Kasten, Y., Stein, I. Bethge, M., Spyra, K. *490*

Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen **493**

Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten zu psychologischen Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischem Rückenschmerz: Zusammenfassung der vorliegenden Empfehlungen und der Evidenz
Reese, C., Mittag, O., Jäckel, W.H. *493*

Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz und Anforderungsprofil für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung - Wie passen beide Therapieanforderungen zusammen?
Vorsatz, N. *495*

Schmerztherapie des chronischen Rückenschmerzes bei Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation
Krischak, G., Jacobi, E., Kaluscha, R. *497*

Chronische Rückenschmerzen mental beeinflussen durch "Expressives Schreiben"
Hennighausen, A.E., Schilling, G. *500*

Prädiktoren für die Veränderung der Teilhabe bei ambulant physiotherapeutisch behandelten Wirbelsäulenpatienten
Karstens, S., Froböse, I., Wolf, G., Orthman, P., Weiler, S.W. *501*

Rehabilitation bei chronischen Schmerzen 504
Traumatisierung, posttraumatische Belastungsstörung und Schmerzbewältigung bei Fibromyalgie und somatoformer Schmerzstörung
Bernardy, K., Welter, T., Meiser, E.M., Bialas, P., Köllner, V.....504
Prädiktoren der Schmerzintensität bei Fibromyalgie-Patientinnen zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme
Ullrich, A., Glattacker, M., Ehlebracht-König, I., Kruse, M., Jäckel, W.H. 506
Evaluation der Patientenschulungen in der Rheumatologie mit Hilfe des Health Education Impact Questionnaire (heiQ), eines generischen Fragebogens zur Bewertung von Patientenschulungen
Kirchhof, R., Musekamp, G., Schuler, M., Ehlebracht-König, I., Faller, H., Nolte, S., Osborne, R., Gutenbrunner, C., Schwarze, M. 508
Interdisziplinäre Schmerztherapie in der orthopädischen Rehabilitation (ISOR) - Erste Zwischenergebnisse zu längerfristigen Effekten
Zucker, A., Keck, M., Nübling, R., Schmidt, J. 510
Körperliche Aktivitäten 12 Monate nach stationärer rheumatologischer Rehabilitation mit intensivem Training und systematischer Motivationsarbeit
Mattukat, K., Rennert, D., Ehlebracht-König, I., Kluge, K., Mau, W. 512

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 515
Wie gut bildet der Entwicklungstest ET6-6 die nonverbalen Intelligenzleistungen entwicklungsverzögerter Kinder ab?
Kastner, J., Petermann, F., Petermann, U., Hecking, M., Mayer, H., Springer, S.....515
Wirksamkeit von elternzentrierten Interventionen bei Eltern entwicklungsauffälliger Kinder im Rahmen einer stationären Rehabilitation
Springer, S., Mayer, H., Kastner, J., Petermann, U., Petermann, F., Hecking, M.....517
Auswirkungen psychischer Auffälligkeit auf die Lebensqualität chronisch kranker Jugendlicher
Stachow, R., Wintjen, L., Ender, S., Tiedjen, U., Petermann, F.....520
Schlaganfälle im Kindes- und Jugendalter - Versorgungssituation und familiäre Belastung
Werpup, L., Petermann, F., Daseking, M.....522
Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas (IDA-Insel) Phase 2
Kaps, A., Eggers, I., Schiel, R. 524

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster).....526
Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche mit Übergewicht/Adipositas und Diabetes mellitus hinsichtlich psychosozialer Charakteristika?
Schiel, R., Kramer, G., Kaps, A. 526
Akzeptanz und Anwendbarkeit der Therapiestandards in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation - Ergebnisse der Anwenderbefragung
Ahnert, J., Löffler, S., Müller, J., Vogel, H. 527

Rehabilitation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen 529
Die Ergebnisse eines Qualitätssicherungsverfahrens zur Analyse der Ergebnisqualität und Rehabilitandenzufriedenheit in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation
Farin-Glattacker, E., Gustke, M., Jäckel, W.H., Widera, T., Matthies, S. 529
Prädiktoren des Behandlungserfolgs in der stationären medizinischen Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas
Gustke, M., Farin-Glattacker, E., Widera, T., Matthies, S. 531

Evaluation der Wirksamkeit eines Trainings der Stressbewältigung und sozialen Kompetenz für Jugendliche und junge Erwachsene mit Hirnschädigungen
Thomsen, M., Spranger, M., Hampel, P. 533
Stationäre Rehabilitation von Jugendlichen - Psychosozialer Status und erste Evaluation eines Trainings zur Förderung der Stressbewältigung, Volition und sozialen Kompetenz
Hampel, P., Hermann, T., Perner, M., Fellmann, K. 535

Geriatrische Rehabilitation.....538
Effekte eines Power- vs. Krafttrainings auf die Funktionalität bei älteren Personen im Stadium der Pre-Frailty in der geriatrischen Rehabilitation
Zech, A., Freiberger, E., Drey, M., Bauer, J., Sieber, C., Pfeifer, K. 538
Wirkung einer dreimonatigen stochastischen Resonanztherapie (SRT®) auf die Knochendichte, Rumpfkraft und Koordination bei älteren Menschen - Stochastische Resonanztherapie bei Senioren mit Osteoporose
Eichner, G., Dittrich, M., Kleist, B., Beyer, W.F. 540
Effekte eines ambulanten Rehabilitationssportprogrammes auf die direkten Gesundheitskosten älterer Menschen
Kemmler, W., von Stengel, S., Mayer, S., Engelke, K., Kalender, W.A. 542
Wie ist die Strukturqualität in der geriatrischen Rehabilitation? - Erste Ergebnisse aus dem Projekt "Entwicklung eines Programms zur Sicherung der Strukturqualität für stationäre und ambulante Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation"
Deckenbach, B., Stöppler, C., Loos, S., Dänner, A. 544

Autorenindex.....547
Verzeichnis der Erstautoren.....552

Die Rehabilitation und ihre Kommissionen. Was ist erreicht? Was ist zu tun?

Hüttenmeister, H.P.

Mitglied des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund, alternierender Vorsitzender des Ausschusses für Rehabilitation

Einleitung

Die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung hat seit mehr als 20 Jahren die Rehabilitation der Rentenversicherung durch von ihr initiierte Kommissionen maßgeblich geprägt. Sie hat dadurch ihren Gestaltungsauftrag im Auftrag der Versichertengemeinschaft und der Gesellschaft insgesamt erfolgreich wahrgenommen. An allen Kommissionen nahmen Vertreter der Selbstverwaltung als Mitglieder aktiv teil. Die drei Kommissionen versicherten sich für ihre Arbeit auch externen Sachverstandes und formulierten ihre Empfehlungen auf der Basis einer (selbst-)kritischen Bestandsaufnahme.

Medizinische Rehabilitation

Im Jahr 1989 setzte der Vorstand des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) die erste dieser Kommissionen ein, die Ende 1991 ihre Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in insgesamt 14 Bänden vorlegte. Auf der Basis einer Analyse des Stands der medizinischen Rehabilitation erarbeiteten mehr als 120 Fachleute Vorschläge zum Aufbau der ambulanten Rehabilitation, zur Verbesserung des Zugangs zur Rehabilitation, zur Zusammenarbeit der Reha-Akteure, zu Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. Für alle wichtigen Krankheitsgruppen entstanden Rehabilitationskonzepte, dazu ein indikationsübergreifendes Rahmenkonzept für die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die erfolgreiche Arbeit der ersten Reha-Kommission war Vorbild für die Reha-Kommission Berufsförderung, die sich von September 1995 bis Februar 1997 mit der beruflichen Rehabilitation, also den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auseinandersetzte. Wieder erarbeiteten Fachleute aus verschiedenen Bereichen auf der Basis einer eingehenden Bestandsaufnahme umfangreiche Vorschläge für die Weiterentwicklung. Die Empfehlungen bezogen sich insbesondere auf den Zugang zur beruflichen Rehabilitation, auf die Flexibilisierung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Qualitätssicherung.

Sozialmedizin

Die dritte der Kommissionen richtete von 2002 bis 2004 ihren Blick auf die Rolle der Sozialmedizin in der sozialen Sicherung, das heißt über die Rehabilitation hinaus insbesondere auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Die Expertinnen und Experten analysierten den aktuellen Stand der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung

und formulierten Empfehlungen für die Sicherung der Qualität der sozialmedizinischen Beurteilung bei Rehabilitation und Erwerbsminderung sowie zum Management der sozialmedizinischen Sachaufklärung. Die Empfehlungen zielen sowohl auf eine stärkere Versichertenorientierung als auch auf eine bessere Kooperation der Beteiligten.

Fazit

Die drei Kommissionen der Rentenversicherung zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Sozialmedizin waren erfolgreich. Alle drei haben ihren Gegenstand eingehend analysiert, Stärken und Schwächen herausgearbeitet und auf dieser Basis zukunftsweisende Empfehlungen formuliert. Die Rentenversicherung und ihre Selbstverwaltung sind damit ihrer Verantwortung als Leistungsträger gerecht geworden: Die Rehabilitationsleistungen werden nicht nur finanziert, sondern auch so gestaltet und organisiert, dass sie den jeweiligen Bedarfen gerecht werden und dem aktuellen Stand der Erkenntnis entsprechen. Sowohl der Gesetzgeber, als auch die Rentenversicherungsträger und die Rehabilitationseinrichtungen haben viele der Empfehlungen aufgegriffen und umgesetzt. Die Umsetzung ist nicht abgeschlossen, denn die Weiterentwicklung der Rehabilitation und Sozialmedizin bleibt eine kontinuierliche Aufgabe, auch in Zukunft.

Nicht allen Empfehlungen der Kommissionen wurde entsprochen. In einigen Aspekten traf der Gesetzgeber andere Entscheidungen oder die Weiterentwicklung wurde durch finanzielle Einschnitte erschwert. Andere Empfehlungen stießen auf schwierige Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, etwa bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten oder der Integration der Rehabilitation in Disease Management-Programme (DMP) und in die Integrierte Versorgung. Dennoch haben die Kommissionen entscheidend dazu beigetragen, dass die Deutsche Rentenversicherung in vielen Bereichen eine anerkannte Vorreiterrolle einnimmt, so z. B. bei der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der Rehabilitation durch die Förderung der Reha-Forschung.

Herausforderungen und Perspektiven

Natürlich haben nicht nur die Kommissionen die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung geprägt. Das SGB IX und die ICF, die International Classification of Functioning, Disability and Health, beide aus 2001, waren ebenso Meilensteine für die Weiterentwicklung der Rehabilitation wie es die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen vermutlich sein wird.

Künftige Herausforderungen an die Rehabilitation zeichnen sich bereits heute ab. Der Anstieg des Reha-Bedarfs durch den demografischen Wandel und die geplante Verlängerung der Lebensarbeitszeit wird die Rehabilitation, ihre Einrichtungen und Träger dauerhaft begleiten. Gleichzeitig sind die der Rentenversicherung für die Rehabilitation zur Verfügung stehenden Mittel durch ein Reha-Budget begrenzt. Eine sich verändernde Arbeitswelt, der technologische Fortschritt und die Entwicklung von der Industrie- zur Dienstleistungs-, Medien- und Informationsgesellschaft lassen die Rehabilitation nicht unberührt. Durch strukturelle, organisatorische und inhaltliche Veränderungen in der Arbeitswelt sowie die Angst vor Arbeitsplatzverlust werden psychosoziale Belastungen steigen. Auf der anderen Seite lassen Fortschritte in der Akutmedizin und die sinkende Bedeutung körperlich schwerer Arbeit bestimmte somatische Gesundheitsprobleme an Bedeutung verlieren.

Die Weiterentwicklung der Rehabilitation muss also fortgeführt werden. Das betrifft die stärkere berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation, die Patienten- bzw. Teilnehmerorientierung der Verfahren und Leistungen, die Vernetzung aller Akteure und die Sicherung von Effektivität und Effizienz. Die Nachhaltigkeit der Rehabilitation benötigt Strategien für die Zeit vor, während und nach der Rehabilitation; Flexibilisierung trägt unterschiedlichen Reha-Bedarfen Rechnung. Evidenzbasierung erfordert systematische Forschung und den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis; für die Qualitätsentwicklung der Reha-Einrichtungen ist Qualitätssicherung unverzichtbar.

Es geht darum, die medizinische und berufliche Rehabilitation zukunftsfest zu machen, denn die Einzelnen sind darauf angewiesen, mit Rehabilitation ihre Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität, ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erhalten. Die Rentenversicherung und die Gesellschaft insgesamt brauchen die Rehabilitation - auch aus ökonomischen Gründen, um Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und Erwerbsminderung zu verhindern.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2010): Positionspapier Rehabilitation 2010. Berlin, DRV Bund (http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/SharedDocs/de/Navigation/Service/Zielgruppen/Sozialmedizin_Forschung/konzepte_systemfragen/konzepte/positionspapier_reha_2010_node.html).

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1992): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Frankfurt, VDR.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1997): Abschlussbericht der Reha-Kommission Berufsförderung. DRV-Schriften Band 7. Frankfurt, VDR.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd. 53. Frankfurt, VDR.

DGRW-Update Neurologie: Von empirischen Strategien hin zu evidenzbasierten Interventionen

Schupp, W.
m&i-Fachklinik Herzogenaurach

Schlaganfall, Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Trauma und Neuropathien sind die wichtigsten Krankheitsbilder in der Neurologischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Primäres Ziel ist die berufliche (Re-)Integration. Angestachelt durch vielfältige Forschungsergebnisse der Neurowissenschaften konnte die bisher vorherrschende holistische Herangehensweise mit vorwiegend empirischen Strategien durch neue evidenz-basierte Interventionen weiterentwickelt und verbessert werden. Dies war und ist auch notwendig, um dem gesundheitsökonomischen Druck nach immer kürzeren und effizienteren Reha-Maßnahmen zu begegnen. Evidenzbasierte Interventionen betreffen sowohl symptomorientierte Maßnahmen als auch Disease Management-Konzepte als auch Edukation und psychosoziale Interventionen. Hinzu kommen gezielte medikamentöse und/oder neurophysiologische Maßnahmen zur Förderung von Neuroregeneration und Neuroplastizität. Evidenz-basierte Nachsorgekonzepte dienen der Nachhaltigkeit und Verstetigung.

Laufband und robot-assistiertes Training fördern das Gehen. Spiegeltherapie, robot-assistiertes Training, mentales Training, aufgabenorientiertes spezifisches Training und vor allem Constraint induced movement-Therapie (CIMT) haben ihren Stellenwert bei der Wiederherstellung von Arm- und Handfunktionen. Botulinumtoxin verbessert in Kombination mit physikalischen und redressierenden Methoden das Management von spastischen Bewegungsstörungen. Sensible Funktionen können gezielt durch aufgabenspezifisches oder sensorisches Diskriminationstraining behandelt werden. Das Management von assoziierten Schmerzsyndromen (neuropathisch, myofascial, komplex-regional = reflexdystroph) verbessert ebenfalls primären Outcome und Lebensqualität. Hierbei spielt die gezielte Pharmakotherapie mit sog. Co-Analgetika neben den physikalischen Maßnahmen eine wesentliche Rolle. Schluckstörungen führen akut zu erhöhter Mortalität und Morbidität. Durch eine entsprechend gestufte Diagnostik (Screening, Endoskopie und Radiologie) und Schlucktherapie wird dem begegnet und oft normales Essen und Trinken wieder ermöglicht. Neurogene Blasenstörungen sind häufig nach erworbenen Hirnschädigungen und bei Multipler Sklerose. Auch hier konnten durch spezifisches Management und Training, entsprechende Pharmakotherapie in vielen Fällen Kontinenz wieder hergestellt und soziale Stigmatisierung vermieden werden.

In unserer modernen Industriegesellschaft wirken sich kommunikative und kognitive Beeinträchtigungen stärker als die vorgenannten Störungen aus. Die Behandlung kommunikativer Störungen ist weiterhin die Domäne der Sprachtherapie. Kommunikativ wie linguistisch orientierte Techniken wurden im Hinblick auf ihre differentielle Indikation weiterentwickelt; computergestützte, für telemedizinische Anwendung geeignete (Eigen-)Trainingsmaßnahmen

können Therapiefrequenz und damit Outcome bei Aphasie und Dysarthrie erhöhen. In allen Teilbereichen kognitiver Funktionen hat sich gezeigt, dass hochfrequentes, aufgabenspezifisches Training, oft auch in Form PC-gestützter Trainingsmaßnahmen relevante Verbesserungen hervorbringt. Verschiedene Strategien erweisen sich als effizient bei Neglect. Gesichtsfelddefizite können restitutiv und kompensatorisch PC-gestützt trainiert werden. Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und exekutive Funktionen verlangen ebenfalls jeweils multimodale spezifische Maßnahmen, vermittelt in Einzel- und Gruppentherapie und durch PC-gestützte Trainingsverfahren. Auch spielt die Edukation der Patienten zum Umgang mit solchen Beeinträchtigungen eine wichtige Rolle. Neben dem motorischen Bereich, insbesondere Handfunktionen, ergibt sich im Bereich dieser kognitiven Funktionen bei vielen Patienten die Notwendigkeit zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Solche Ansätze fördern die Rückkehr in die Arbeitswelt. Edukation von Patienten und Angehörigen im Umgang mit den meist chronischen neurologischen Krankheitsbildern verbessert ganz erheblich die Nachhaltigkeit der Reha-Effekte und kann auch langfristig Mortalität und Pflegeheimeinweisung reduzieren. Angepasste sportliche Betätigung ist ebenfalls ein wesentliches Element in der Nachsorge, es stabilisiert sowohl motorisch-koordinative als auch kognitive Funktionen. Bei Multipler Sklerose kann hier erfolgreich der Fatigue-Problematik entgegengewirkt werden.

Wesentliche psychische Komorbiditäten sind Angst und Depression. Medikamentöse und psychologische Interventionen erweisen sich hierbei als gleich wichtig. Oft treten solche Störungen erst in der Nachsorgephase und im Langzeitverlauf auf und verschlechtern dann die Nachhaltigkeit. Hier fehlen noch effiziente Konzepte, damit umzugehen. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung kann dies derzeit nicht leisten.

Die vielfältigen evidenzbasierten Interventionen haben in den letzten 20 Jahren seit der Reha-Kommission des VDR ganz entscheidend dazu beigetragen, trotz deutlich kürzerer Aufenthaltsdauern und sonstiger Restriktionen primären Outcome und Lebensqualität der Betroffenen in vielen Bereichen sogar zu verbessern. Die vor allem klinisch orientierte neurorehabilitative Forschung hat auch ganz wesentlich zur zunehmenden Professionalisierung aller Mitwirkenden im neurorehabilitativen Team beigetragen. Dies ermöglicht auch neue und effizientere Arbeits- und Organisationsstrukturen im Team, hierzu hat die Diskussion jedoch erst begonnen.

DGRW-Update Alkoholabhängigkeit

Vogelgesang, M.
AHG Klinik Münchwies, Neunkirchen

Eingangs werden epidemiologische Angaben und Daten zur sozioökonomischen Bedeutung der Alkoholabhängigkeit gegeben und erläutert (z. B. zur Frühberentung bzw. zum sozialmedizinischen Verlauf). Weiterhin wird die Anzahl der jährlichen Rehabilitationsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit dargestellt.

Im Folgenden werden aktuelle, für die Praxis der Rehabilitation bedeutsame Forschungsergebnisse, insbesondere aus dem Bereich der Intervention und Evaluation vorgetragen. Dabei geht es im Wesentlichen um folgende Themenfelder: Wirksamkeit der Suchtbehandlung im stationären und ambulanten Setting, nachgewiesen durch groß angelegte Katamnesestudien; Fallgruppenbildungen und ihre klinischen Konsequenzen; Stepped-care-Interventionen; Verzahnung von medizinischen und beruflicher Rehabilitation; Reha-Fallbegleitung; Reha-Therapiestandards; neuropsychologische Rückfallprävention; Erfahrungen mit der Naltrexonbehandlung; Therapie bei Sucht und psychischer Komorbidität; die Behandlung verschiedener Untergruppen bei Alkoholabhängigkeit wie z. B. Ältere, Jugendliche und Frauen; Behandlungskonzepte mit neuen Medien; Therapie des schädlichen Alkoholgebrauchs.

Abschließend werden Bereiche aufgeführt, bei denen ein weiterer Forschungsbedarf von vorrangigem Interesse ist.

Medizinische Nachsorge als integraler Bestandteil medizinischer Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Stapel, M., Kulick, B., Faath, V., Thuy, A.
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer

Problemstellung

Die Medizinische Rehabilitation soll dazu beitragen, Störungen einzelner Fähigkeiten und Funktionen und sozialer Beeinträchtigungen als Folgen einer Krankheit zu mindern oder zu beseitigen und eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichen. Unterschiedliche indikationsbezogene, multiprofessionelle Interventionen sollen gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen fördern, Hilfen zur Krankheitsbewältigung bieten und die beruflichen Wiedereingliederungschancen verbessern. Diese Interventionen bedürfen oft länger andauernde Lernprozesse und setzen alltagsnahe Übungen zum Transfer der Inhalte in den persönlichen Alltag der Betroffenen voraus. Die vorgestellte Untersuchung befasst sich mit den strukturellen Rahmenbedingungen und der Transferförderung in Form von regionalen Nachsorgeangeboten in die Praxis.

Methodik

In einem quasi-experimentellen Design wurden jeweils n=400 Rehabilitand(inn)en mit und ohne medizinische Nachsorge (MERENA-Programm der DRV Rheinland-Pfalz) zufällig ausgewählt, die im ersten Halbjahr 2009 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine Entwöhnung) abgeschlossen hatten. Anschließend wurden die vorbehandelnden Einrichtungen der ausgewählten Rehabilitand(inn)en identifiziert. Mit einer parallelen postalischen Befragung wurden u. a. Fragen zur Empfehlung und zur Nutzungsabsicht, zu Gründen einer Empfehlung und zu Schwierigkeiten bei der Nutzung von Nachsorgeangeboten gestellt.

Ergebnisse

Die Rücklaufquoten liegen nach einmaligem Erinnerungsanschreiben zwischen 73 % (Patienten) und 76 % (stationäre Rehabilitationseinrichtungen). Aus vorangehender stationärer Anschluss- bzw. normaler Rehabilitation antworteten n=187 Patienten aus der Gruppe ohne medizinische Nachsorgemaßnahme und aus der Gruppe mit medizinische Nachsorgemaßnahme antworteten n=133 Patienten (Anteil an allen Antworten: 55,1 %).

Die Rehabiltand(inn)en wurden zunächst gefragt, ob sie in der Rehabilitationsklinik einen für die medizinische Nachsorge zuständigen Ansprechpartner vorgefunden haben, dem mit 55 % (ohne Nachsorge) bzw. 82 % (mit Nachsorge) zustimmten. Demgegenüber würden sich mehr als 80 % derjenigen Rehabilitand(inn)en, bei denen kein Ansprechpartner für die medizinische Nachsorge in der Klinik vorzufinden war, einen direkten Ansprechpartner wünschen. Die Stabilisierung der Rehabilitationsergebnisse, bestehende Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung und ungenügende Zielerreichung stellten sich für die Nutzung von Nachsorgeangeboten als förderlich, ungünstige Öffnungszeiten, die Entfernung und eine geringe Auf-

klärung über die Möglichkeiten medizinischer Nachsorge stellten sich als hinderlich heraus. Die Kenntnis wohnortnaher Nachsorgeeinrichtungen und Bemühungen zur Erstkontaktherstellung der Kliniken erwiesen sich ebenfalls als relevante Rahmenbedingung zur Nutzung von Nachsorgeangeboten. Das Leistungsgeschehen (gemäß KTL) in der medizinischen Nachsorge wurde dem in der Klinik im Zusammenhang mit den finanziellen Aufwendungen gegenübergestellt.

Fazit

Eine alltagsnahe Integration des erlernten Verhaltens bedarf zur Wirkungspersistenz neben Eigenaktivitäten und -initiativen der Betroffenen, individuelle wohnortnahe Nachsorgeangebote mit rehabilitativen Behandlungselementen.

In Kombination mit der Stufenweisen Wiedereingliederung als erwerbsbezogene Unterstützungsleistung, im Rahmen der Nachsorge individuell und einzelfallbezogen begleitet, wird die medizinische Nachsorge zum integralen Bestandteil der Aufgabenstellung der medizinischen Rehabilitation. Dazu müssen die strukturellen Rahmenbedingen so beschaffen sein, dass eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme gefördert und bestenfalls sichergestellt werden kann.

Evaluierung der Ergebnisse der IRENA bei orthopädischen Patienten

Erler, K. (1,2), Heyne, A. (1), Brückner, L. (1)

(1) Moritz-Klinik GmbH & Co., Bad Klosterlausnitz ,

(2) Friedrich-Schiller-Universität Jena, Klinik für Unfall-, Hand, und Wiederherstellungschirurgie, FB Motorik, Pathophysiologie und Biomechanik

Hintergrund

Die IRENA als Nachsorgeprogramm der DRV ist etabliert und wird immer mehr angenommen. Die Maßnahme mit dem Ziel der Stabilisierung der während der Rehabilitation erreichten Rehabilitationsziele ist ein wichtiger Faktor zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation.

Methode

200 IRENA-Patienten, die im Zeitraum vom 01.07.2009 bis zum 30.06.2010 die Maßnahme in unserer Klinik absolvierten, wurden in die Auswertung einbezogen. Die Ergebnisevaluation erfolgte jeweils zu Beginn und am Ende der IRENA mittels Fragebögen. Als Assessmentverfahren verwendeten wir jeweils den SF36 zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie einen indikationsspezifischen funktionellen Fragebogen (Lequesne-Index, DASH, FfbH-R).

Ergebnisse

Sowohl in der körperlichen Summenskala des SF 36 als auch in den funktionellen Fragebögen erreichten die untersuchten IRENA-Patienten signifikante Verbesserungen. Dagegen konnte für die psychische Skala des SF 36 keine signifikante Verbesserung nachgewiesen werden.

Unterteilt man die untersuchte Gesamtgruppe von IRENA-Patienten in indikationsspezifische Untergruppen, z. B. Kniepatienten, operierte Patienten im Bereich der LWS u.s.w., ist eine differenziertere Auswertung möglich. Zunächst fällt auf, dass die Gruppe der Rückenpatienten (konservativ und operativ behandelte LWS- und HWS-Patienten) die zahlenmäßig stärkste Gruppe ausmacht (63 %). Die von den einzelnen Patientengruppen erzielten Ergebnisse sind jedoch sehr unterschiedlich. Die operativ versorgten Patienten weisen sowohl in der körperlichen und der psychischen Summenskala des SF 36 als auch im Funktionsfragebogen Hannover - Rücken (FfbH-R) die schlechteren Ausgangswerte als die konservativ behandelten Patienten auf. Sie erreichen aber größere Verbesserungen im Verlauf der IRENA. Die größten prozentualen Verbesserungen im Vergleich von Anfangs- und Endwert aller Skalen im Verlauf der IRENA sind bei den Gruppen der Knie-, Hüft- und Schulterpatienten, die zum größten Teil operierte Patienten beinhalten, nachweisbar. Auch hier wird jedoch deutlich, dass die in der psychischen Summenskala des SF 36 erzielten Verbesserungen nicht so groß wie in der körperlichen Summenskala bzw. im indikationsspezifischen funktionellen Bereich sind.

Im Untersuchungszeitraum haben 17 Patienten die verordnete Maßnahme nicht angetreten und 26 Patienten haben diese aus unterschiedlichen Gründen vorzeitig beendet.

Diskussion

Die Verbesserungen sowohl der indikationsspezifischen funktionellen Leistungsfähigkeit als auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen einer IRENA-Maßnahme zeigen, dass diese zur Sicherung der Rehabilitationsziele geeignet ist und die teilnehmenden Patienten in jedem Fall davon profitieren. Besonders zu empfehlen ist die Verordnung einer IRENA für Patienten, die eine operative Behandlung erfahren haben, da diese in viel stärkerem Maß von einer solchen Nachsorge profitieren. Die erhobenen Ergebnisse zeigen aber auch, dass eine Veränderung der von uns angebotenen Therapieinhalte bei spezifischen Indikationen erfolgen sollte. Das betrifft z. B. die Einbindung eines Schmerzbewältigungsprogrammes für chronische Rückenschmerzpatienten. Außerdem muss die Wahl der Assessmentverfahren überdacht werden, um Befindlichkeitsverbesserungen noch besser abbilden zu können. Eine weiterführende Studie zur Nachhaltigkeit der IRENA ist bereits im Planung.

Literatur

Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitationsnachsorge "IRENA". http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Rohm, E., Brüggemann, S., Pfeifer, K. (2010): IRENA - Anspruch und Wirklichkeit. DRV-Schriften, Bd. 88. 373-375.

Empfehlungsverhalten und Beurteilung des IRENA-Programms durch Rehabilitationskliniken

Schubert, M. (1), Lamprecht, J. (2), Behrens, J. (1), Steinack, R. (3), Mau, W. (2)

(1) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (2) Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Zur Stabilisierung und/oder zum Ausbau der in der medizinischen Rehabilitation erreichten Therapieerfolge sowie zur Verstetigung gesundheitsfördernder Lebensweisen können Reha-Nachsorgemaßnahmen einen wesentlichen Beitrag leisten (DRV, 2008a). Ein wichtiges spezifisches Nachsorgekonzept stellt das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der DRV Bund dar (DRV, 2008b). Während die Inanspruchnahme dieses Programms jährlich durch zweistellige Zuwachsraten der Teilnehmerzahlen steigt, wurde das Programm bislang nicht systematisch evaluiert. Vor diesem Hintergrund werden im Auftrag und mit Unterstützung der DRV Bund die Inanspruchnahme, Einschätzung des Verfahrens sowie Akzeptanz und Prozesse des IRENA-Programms untersucht.

Dieser Beitrag präsentiert zentrale Ergebnisse des Empfehlungsverhaltens von orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationskliniken und deren Beurteilung des IRENA-Programms.

Methodik

Grundlage der Analyse bilden anonymisierte Prozessdaten der Deutschen Rentenversicherung Bund, welche aus dem Reha-Konto und der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) extrahiert wurden. Einbezogen wurden Daten zu allen im Jahr 2007 abgeschlossenen IRENA-Leistungen sowie zu den jeweils vorangegangenen medizinischen Rehabilitationen (n=34.522). Zudem wurden in einer Vollerhebung alle von der DRV-Bund belegten Reha-Einrichtungen der Indikationen Orthopädie und Kardiologie im Jahr 2009 schriftlich befragt. Im Bereich Orthopädie liegen n=283 (Rücklauf 67 %) und im Bereich Kardiologie n=60 (Rücklauf 55 %) auswertbare Antworten vor. Die Analyse erfolgte auf Grundlage etablierter statistischer Verfahren.

Ergebnisse

Das IRENA-Empfehlungsverhalten der Rehabilitationskliniken ist überaus heterogen: während einerseits 41,9 % (Orthopädie) bzw. 50,4 % (Kardiologie) der späteren IRENA-Fälle des Jahres 2007 aus nur 10 % der Rehabilitationskliniken stammen, die medizinische Rehabilitationsleistungen für die DRV Bund durchführen, betreute andererseits die Hälfte solcher Reha-Einrichtungen zusammen weniger als 10 % der späteren IRENA-Fälle. Hierbei sind die IRENA-Empfehlungsquoten ambulanter Reha-Einrichtungen (Orthopädie: 36,2 %; Kardiologie: 21,5 %) deutlich höher als die stationärer (Orthopädie: 16,0 %; Kardiologie: 2,7 %). Die Mehrzahl der ambulanten Rehabilitanden nimmt dabei auch in der gleichen Einrichtung an IRENA teil (Orthopädie: 91 %; Kardiologie: 67 %), was nur auf eine Minderheit der Rehabilitanden im stationären Kontext zutrifft (Orthopädie: 11 %; Kardiologie: 23 %). Eine differenzierte regionale Analyse des Wohnortes von IRENA-Teilnehmern mit orthopädi-

scher Indikation zeigt ebenfalls eine heterogene Versorgungslage. Einerseits wird ein Stadt-Land-Gefälle deutlich, andererseits sind auch unterdurchschnittlich versorgte Ballungsräume (z. B. in Hessen und Baden-Württemberg) abbildbar.

Da fast alle im Rahmen einer Einrichtungserhebung befragten Kliniken IRENA anbieten, ist das unterschiedliche Empfehlungsverhalten nicht auf ein fehlendes IRENA-Angebot zurückzuführen, sondern verweist auf unterschiedliche Einschätzungen von IRENA und dessen Nutzbarkeit. So beurteilen ambulante Einrichtungen IRENA als deutlich wichtiger im Rehabilitationsprozess und bewerten das Einleitungsverfahren und die Indikationsstellung (Ausnahme: Kardiologie) positiver als stationäre Einrichtungen. Trotz heterogenem Empfehlungsverhalten wird das IRENA-Konzept durch die Kliniken zumeist positiv - zum Teil sehr positiv - beurteilt. Indikationsunabhängig ist für die Kliniken das Therapiefeld A "Übungs- und Trainingstherapie" deutlich wichtiger für die Rehabilitanden als Therapiefeld B ("Problemverarbeitung, Verhaltensänderung, Entspannungstherapie") und C ("Information, Motivation, Schulung"). Zugleich sind aus Sicht der Einrichtungen die im Konzept benannten Ziele von IRENA in gleicher Weise gut zu erreichen. Als zentrale Einflussvariablen für eine IRENA-Empfehlung durch die Rehabilitationskliniken lassen sich die Wohnortnähe der Einrichtung sowie die Vereinbarkeit von IRENA mit der Berufstätigkeit der Teilnehmer herausarbeiten, wobei letztere auch häufiger kritisch beurteilt wird.

Diskussion und Schlussfolgerung

Insgesamt stehen sich zwei Befunde gegenüber: einerseits eine unabhängig von der Empfehlungsquote der Einrichtungen positive Beurteilung des Konzepts; andererseits ein sehr heterogenes Empfehlungsverhalten der Kliniken. Letzterem entsprechend wäre ein heterogeneres Antwortspektrum zu erwarten gewesen. Die Ergebnisse verweisen gerade hinsichtlich der Unterscheidung ambulant/stationär auf einen unterschiedlichen Stellenwert des Nachsorgeprogramms und geben Hinweise auf Selektionsmechanismen bei einer IRENA-Empfehlung. Die schlechtere Selbsteinschätzung der Nutzungsmöglichkeiten von IRENA für die Rehabilitanden durch die stationären Rehabilitationseinrichtungen kann als wesentlicher Hinweis darauf gelten, dass für diese Einrichtungen strukturelle Barrieren der Erbringung bestehen, die im ambulanten Bereich deutlich geringer sind.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2008a): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung, Stand: 7.4.20008. Download unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de. download: 15.10.10.

Deutsche Rentenversicherung (2008b): Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitationsnachsorge "IRENA" inkl. Curriculum Hannover. Stand: 17.10.2006, i. d. Fassung vom 01.02.2008. Download unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de. download: 15.10.10.

Rahmenbedingungen einer IRENA-Teilnahme aus Rehabilitandensicht und Therapiegeschehen im IRENA-Nachsorgeprogramm bei orthopädischen Erkrankungen

Lamprecht, J. (1), Schubert, M. (2), Behrens, J. (2), Steinack, R. (3), Mau, W. (1)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (2) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Zur Sicherung und Verstetigung des Rehabilitationserfolges sind Nachsorgeangebote häufig sinnvoll (Deck et al., 2009). Für verschiedene indikationsbezogene Schwerpunkte kann im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation eine intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) in Anspruch genommen werden. Seit 2006 liegt ein IRENA-Rahmenkonzept vor, welches Empfehlungen zu den therapeutischen Nachsorgeleistungen und zum Verfahrensablauf gibt (DRV Bund, 2008). Die praktische Umsetzung der IRENA sollte demnach den individuellen Lebensumständen der Rehabilitanden angepasst sein und eine berufsbegleitende Inanspruchnahme ermöglichen. Orientierend an der Hauptdiagnose des Patienten wird eine individuelle und variable Zusammenstellung von therapeutischen Leistungen aus drei verschiedenen Therapiefeldern empfohlen. Inwieweit die Empfehlungen des Rahmenkonzeptes zur Therapiegestaltung in die Praxis umgesetzt werden, wurde im Rahmen der IRENA-Evaluation überprüft und ist Gegenstand des folgenden Beitrags.

Methoden

Von November 2009 bis Januar 2010 wurden 1.000 orthopädische Patienten durch die DRV Bund zufallsbasiert rekrutiert und um ihre Teilnahme an einer schriftlichen Befragung zur abgeschlossenen IRENA gebeten. Insgesamt nahmen 750 Patienten an der Befragung teil und beantworteten prozessbezogene Fragen zur Durchführung und zum Inhalt ihrer IRENA, die durch eine zusätzliche Analyse der in der IRENA-Nachsorge-Dokumentation klassifizierten therapeutischen Leistungen (KTL) ergänzt wurde. Der Zeitraum zwischen Befragung und dem Ende der IRENA lag im Durchschnitt bei 14 Wochen.

Ergebnisse

Deskription der Stichprobe: Die befragten IRENA-Teilnehmer waren zwischen 19 und 65 Jahre (M = 49 Jahre) alt. Der Anteil der Frauen betrug 70 %. Zu Beginn der IRENA waren 58 % der Teilnehmer arbeitsfähig. Als Hauptdiagnose wiesen 88 % der Teilnehmer Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes auf, hauptsächlich aufgrund einer Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens (ICD 10: M50-M54 75 %). 8 % der Teilnehmer nahmen aufgrund anderer Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, überwiegend bedingt durch Gelenkimplantate (ICD 10: Z96.6 65 %) an IRENA teil, 4 % aufgrund von Verletzungen an Arm oder Bein (ICD 10: S40-59 27 %, S70-89 27 %).

Patientenbeurteilung der praktischen Umsetzung der IRENA: Die Anreise zur IRENA-Einrichtung wurde mit durchschnittlich 16 km Entfernung vom Wohnort als zumutbar (81 %) erlebt. Auch die Tageszeiten der IRENA entsprachen zu 88 % dem Wunsch der Teilnehmer.

Dabei wurden von den Befragten IRENA Leistungen überwiegend am Vormittag (41 %) oder am späten Nachmittag (39 %) in Anspruch genommen; lediglich 10 % der Teilnehmer nahmen auch samstags an IRENA-Terminen teil. Die Vereinbarkeit der Nachsorgeleistung mit dem Beruf wurde insgesamt mit "gut" bewertet.

Umsetzung des möglichen inhaltlichen Spektrums in der Praxis: Hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der IRENA zeigte die Analyse der Nachsorge-Dokumentation, dass alle Teilnehmer Leistungen aus dem Therapiefeld A "Übungs- und Trainingstherapie (KTL-Gruppen A, B)" erhielten. Lediglich 11 % erhielten dagegen mindestens eine Leistung aus dem Therapiefeld B "Problemverarbeitung, Verhaltensänderung und Entspannungstherapie (KTL-Gruppen D, E, F)". Mindestens eine Leistung aus dem Therapiefeld C "Information, Motivation und Schulung (KTL-Gruppen C, M)" wurden bei 48 % der Teilnehmer dokumentiert. Gemessen an der Leistungsanzahl werden pro Patient für Therapiefeld A durchschnittlich 56 Leistungen erbracht, für Therapiefeld B und C hingegen durchschnittlich nur eine Leistung. Der Anteil der Patienten, die ausschließlich Leistungen aus dem Therapiefeld A erhielten lag bei 48 %.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass hinsichtlich der organisatorischen Rahmenbedingungen den individuellen Lebensumständen und Bedürfnissen der IRENA-Teilnehmer bei der Erbringung der IRENA weitgehend entsprochen wird. Allerdings lässt sich die im Rahmenkonzept empfohlene Zusammenstellung der therapeutischen Leistungen aus drei verschiedenen Therapiefeldern in der Praxis selten finden. Der Hauptfokus der IRENA liegt auf übungs- und trainingstherapeutischen Nachsorgeleistungen. Insbesondere vertiefende psychologische Angebote (Therapiefeld B) sind in der Praxis deutlich geringer repräsentiert. In weiteren Analysen wird zu überprüfen sein, ob die starke Fokussierung des Therapiefeldes A nur bei der orthopädischen Indikation besteht. Bei der zukünftigen Gestaltung von IRENA-Leistungen sollten die Therapiefelder B und C bedarfsgerecht stärker einbezogen werden, wenn der Anspruch eines komplexen Nachsorgeangebots erhoben wird. Hinweise auf einen höheren Bedarf an solchen Leistungen ergeben sich z. B. aus der Häufigkeit psychischer Komorbidität bei 15 % - 31 % der Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen in Deutschland (Nicklas, Mau, 2010). Über die Hinweise auf Selektionsmechanismen bei einer IRENA-Empfehlung und die Einschätzung der IRENA durch die Rehabilitationseinrichtungen wird an anderer Stelle berichtet.

Literatur

Deck, R., Hüppe, A., Arlt, A.C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden-Ergebnisse einer Pilotstudie. Die Rehabilitation, 48. 39-46.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2008): Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitationsnachsorge "IRENA" incl. "Curriculum Hannover". Stand: 01.02.2008. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_7130/DRVB/de/Inhalt/Zielgruppen/Infos__fuer__Rehaeinrichtungen/dateianhaenge/irena__nachsorge/irena__rahmenkonzeption__inkl__curriculum,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/irena_rahmenkonzeption_inkl_curriculum, Abruf: 23.10.09.

Nicklas, S., Mau, W. (im Druck): Gegenüberstellung von zentralen Merkmalen bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen und psychischen Erkrankungen. Bericht vom siebenten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung am 18. und 19. Juni in Berlin 2010. DRV-Schriften.

W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie

Ebert, D.D. (1), Tarnowski, T. (2), Dippel, A. (3), Pflicht, M. (3), Eggenwirth, S. (3), Sieland, B. (2), Berking, M. (1)

(1) Philipps-Universität Marburg, (2) Leuphana Universität Lüneburg,
(3) Dr. Ebel Fachkliniken - Vogelsbergklinik, Grebenhain

Hintergrund

Aktuelle Reviews und Meta-Analysen weisen auf das große Potenzial internet-basierter Interventionen zur Behandlung und Behandlungsunterstützung verschiedener psychischer Störungen und chronischer Krankheiten hin (Calear, Christensen, 2010). In internet-basierten Interventionen liegen spezifische Vorteile, die es nahe legen, ihren potenziellen Nutzen auch zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit stationärer Rehabilitations-Behandlungen zu untersuchen: Beispielsweise lassen sie sich, entsprechend konzipiert, zeit- und ortsunabhängig einsetzen, so dass auch Rehabilitanden wohnhaft in den entlegensten Regionen unmittelbar im Anschluss an den stationären Rehabilitationsprozess bei der Integrierung und Aufrechterhaltung der Rehabilitationserfolge begleitet werden könnten.

Daher wurden in den letzten Jahren verschiedene Konzepte zur internetgestützten Rehabilitationsnachsorge entwickelt (bspw. Golkaramnay et al., 2007; Wolf et al., 2006; Theissing et al., 2009; Bischoff et al., 2010). Allerdings liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht ausreichend empirische Ergebnisse auf Basis von randomisierten klinischen Studien zur abschließenden Beurteilung des Nutzens solcher Interventionen vor. Ziel der hier vorgestellten Studie ist die Prozess- und Ergebnisqualität einer web-basierten Rehabilitationsnachsorge (W-RENA) in einer solchen randomisierten klinischen Studie zu überprüfen.

Intervention

Im Rahmen von indikationsübergreifend ausgerichteten transfervorbereitenden Gruppen werden die Teilnehmer nach einem manualisierten Vorgehen in der letzten Woche des stationären Aufenthaltes auf den folgenden Transferprozess und die Teilnahme an W-RENA vorbereitet. Die web-basierte Nachsorge beginnt in der ersten Woche nach Entlassung und kombiniert die strukturierte Arbeit an individuellen Zielen mit wechselseitigem Peer-Support, Therapeutenfeedback und einem online-basierten Monitoring therapeutischer Fortschritte. Näheres zum Gesamt-Konzept findet sich detailliert in Ebert et al., 2008.

Methode

Akzeptanz und Wirksamkeit der W-RENA wurden in einer zwei-armigen randomisierten Kontrollgruppenstudie in der Dr.-Ebel Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik - Vogelsbergklinik mit n=410 Rehabilitanten überprüft. Teilnehmer der Interventionsbedingung (W-RENA) wurden verglichen mit einer Treatment-As-Usual-Gruppe (TAU). Diagnostische Daten wurden zur stationären Aufnahme (t_1), zur Entlassung (t_2), drei und 12 Monate nach Entlassung (t_3, t_4) erfasst. Als Primäres Zielkriterium wurde die Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome zu t_3 bzw. t_4 angestrebt. Als Sekundäre Zielkriterien galten u. a. die Fähigkeit zur Aktivität und Partizipation, die Erreichung individueller Therapieziele, Dauer der positiven Effekte der Rehabilitation, Arbeitsfähigkeit, Belastbarkeit, psychisches Wohlbefinden, Selbststeuerungskompetenzen, Emotionsregulationskompetenzen, interpersonelle Probleme. Darüber hinaus wurden therapeutische Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit, Einschätzungen zum Nutzen der Intervention und zur Überprüfung eventueller Moderatoreffekte, sowie Computerkompetenzen erfasst. Als Messinstrumente wurden u. a. HEALTH-49, SEK-27, SSI-K3, FCE-17, HAQ sowie eine adaptierte Version des KFB-EQUA eingesetzt.

Ergebnisse

Interventionsteilnehmer zeigen eine hohe Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und mit den im Rahmen der Intervention erzielten Erfolgen (HAQ; Erfolgszufriedenheit M=4.47, SD=0.90, 1.5-6; Therapeutische Beziehungszufriedenheit, M=5.0, SD=0.94, 1-6). Die Drop Out Quote ist gering (13 %, n=27) Intergruppen-Vergleiche anhand von ANVOAS unter Kontrolle der Entlassungswerte zeigen, dass Interventionsteilnehmer eine signifikant geringere psychopathologische Symptomatik zur 3 Monats-Katamnese zeigen als Teilnehmer der Kontrollbedingung (HEALTH-49-GSB; $F_{(1,398)}=17.556$, $p<0.001$, $\eta^2=0.043$). Darüber hinaus zeigen Teilnehmer der W-RENA 50 % öfter eine vollständige Remission bei gleichzeitiger klinisch bedeutsamer Veränderung als Teilnehmer der Treatment-As-Usual-Gruppe (HEALTH-49-GSB<0.63; W-RENA=24.05 %; TAU: 35.86 %). Auch hinsichtlich sekundärer Outcome-Kriterien zeigt sich eine Überlegenheit der Interventionsbedingung ($F_{(1,398)}=7.98$-19.48, $p=0.0001$-0.005, $\eta^2=0.020$-0.047). Erste Analysen zur 12-Monats-Katamnese legen eine langfristige Stabilität der Effekt nahe.

Diskussion und Ausblick

Bisherige Ergebnisse deuten auf eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit der Intervention hin. Weitere Analysen müssen zeigen, für welche spezifischen Indikationen und Patienten-Charakteristika (bspw. Symptomschwere, Krankheitsdauer, Komorbiditäten, Computererfahrung etc.) die hier vorgestellte Intervention geeignet ist. Für die nahe Zukunft gilt es aus unserer Sicht die aktuell bestehenden online-basierten Transferförderungskonzepte auf Basis der bisherigen Ergebnisse weiter zu optimieren, miteinander zu vergleichen und auch mithilfe von Mediatoranalysen die am erfolgversprechendsten Vorgehensweisen zu identifizieren, um anschließend für die Dissemination notwendige Standards und Leitlinien zu entwickeln.

Literatur

Bischoff, C., Schmädeke, S., Dreher, C., Adam, M., Bencetic, D., Limbacher, K. (2010): Akzeptanz von elektronischem Coaching in der psychosomatischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin. (im Druck).

Calear, A.L., Christensen, H. (2010): Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. MJA; 192 (11). 12-14.

Ebert, D., Tarnowski, T., Berking, M., Sieland, B. (2008): Vernetzung von Psychotherapie und Alltag. Ein web-basiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären Therapieerfolgen. In: Bauer, S., Kordy, H. (Hrsg.): Neue Medien in der psychosomatischen Rehabilitation. Heidelberg: Springer. 251-265.

Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., Kordy, H. (2007): The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. Psychotherapy and Psychosomatics, 76. 219-225.

Theissing, J., Deck, R. (2009): Reha-Nachsorge per Internet: Akzeptanz und Kompetenzen bei Patienten mit abdomineller Adipositas in der kardio-diabetologischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 83. 44-46.

Wolf, M., Maurer, W.-J., Dogs, P., Kordy, H. (2006): E-Mail in der Psychotherapie - ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56. 38-146.

Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken - Ein möglicher Weg zur Steigerung der längerfristigen Effektivität der medizinischen Rehabilitation

Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A., Raspe, H.
Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck

Hintergrund

Medizinische Rehabilitation in Deutschland ist erfolgreich, allerdings nur kurzzeitig. Systematische Übersichten zeigen, dass nach drei bis sechs Monaten kaum noch Reha-Effekte nachweisbar sind (Hüppe, Raspe, 2003). Seit längerer Zeit wird als ein möglicher Lösungsansatz die Ausweitung bzw. Optimierung der Reha-Nachsorge gesehen. Aber auch hier scheint die Lage noch defizitär; die Bedeutung und die Notwendigkeit der Nachsorge sind im Bewusstsein vieler Rehabilitanden und Reha-Kliniker noch nicht hinreichend verankert (Köpke, 2005). Mit dem "neuen Credo" (Deck et al., 2009; Hüppe et al., 2010) wurde eine Strategie der Nachsorge entwickelt, die auf eine längerfristige begleitete Eigeninitiative und die Selbstverantwortung der Rehabilitanden unter Einbindung der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung (Ausweitung der Verantwortung über 12 Monate) fokussiert.

Methodik

Das "neue Credo" wurde im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten, multizentrischen Studie* mit sechs orthopädischen Reha-Kliniken aus Schleswig-Holstein evaluiert. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen (M51-M54 nach ICD-10).

Schwerpunkt der Nachsorge bildete die Ausübung körperlicher Aktivität. Die Rehabilitanden der drei Interventionskliniken (IG) wurden mit Beginn der Rehabilitation hinsichtlich der eigeninitiativen Nachsorge geschult, sie erhielten verschiedene Beobachtungs- und Dokumentationshefte für die Zeit während und über einen zwölfmonatigen Zeitraum nach der Reha. Bei Bedarf wurden sie nach der Reha durch einen "Nachsorgebeauftragten" kontaktiert (zum Rehabilitationsprozess siehe Schramm et al., 2009). Die Rehabilitanden der drei Kontrollkliniken (KG) erhielten die Standardversorgung.

Die Evaluation erfolgte durch schriftliche Befragung zu drei Messzeitpunkten, zu Beginn und am Ende der Reha sowie 12 Monate nach Rehabilitationsende. Einschränkungen der Teilhabe (IMET), Funktionsbehinderungen im Alltag (FFbH-R) sowie Einschränkungstage wurden als primäre Zielvariablen definiert. Verschiedene Skalen der subjektiven Gesundheit gelten als sekundäre Zielgrößen. Die Auswertungen der Langzeiteffekte erfolgten anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung unter Kontrolle von Alter, Schulbildung und Berufsstatus.

* Gefördert von der Deutschen Rentenversicherung und dem BMBF.

Ergebnisse

Nach Abschluss der Studie liegen die kompletten Daten (Teilnahmequote 65 %) von 166 Rehabilitanden der IG (Dropoutquote 26 %) und 368 Rehabilitanden der KG (Dropoutquote 31 %) vor. Die beiden Stichproben unterscheiden sich in Hinblick auf das Alter ($p<0.01$), die Schulbildung ($p<0.05$) und den Berufsstatus ($p<0.01$). Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Ausgangslagen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede.

Am Ende der Reha zeigt sich, dass die Rehabilitanden der IG fast alle Angebote intensiver nutzen als die der KG, dass sie sich eigeninitiativ schon während der Reha-Maßnahme auf die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt vorbereiten und dass sie die Nachsorge-Empfehlungen der Klinik signifikant besser bewerten als die Rehabilitanden der KG, die hier die bekannt ungünstigen Bewertungen vornehmen ($p<0.01$). Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Parameter unmittelbar am Ende der Rehabilitation profitieren sowohl IG als auch KG erwartungsgemäß von der Maßnahme.

Was den Langzeiteffekt betrifft, sehen wir bei den Verläufen bei zwei der drei Hauptzielkriterien (Funktionsbehinderungen und Teilhabe) signifikante Unterschiede zugunsten der IG (jeweils $p<0.01$ für die Interaktionseffekte Gruppe*Zeit). Auch bei den sekundären Outcomegrößen unterscheidet sich die IG mit signifikant besseren Verlaufsergebnissen von der KG. Die IG-Teilnehmer profitieren im Zeitverlauf stärker von der Reha als die Rehabilitanden der KG.

Darüber hinaus berichten die Rehabilitanden der IG nach 12 Monaten signifikant häufiger, dass sie ihre verschiedenen definierten Reha-Ziele nach der Maßnahme verwirklichen konnten ($p<0.01$). Sie haben 12 Monate nach der Reha verschiedene Präventionsangebote (Sportverein, Fitnessstudie, Ausdauertraining) signifikant häufiger in Anspruch genommen als die Rehabilitanden der KG ($p<0.01$).

Auch in beruflicher Hinsicht stellen sich die Rehabilitanden der IG besser dar. Sie geben 12 Monate nach der Reha eine signifikant günstigere Prognose der subjektiven Erwerbsfähigkeit ab und berichten im Fall einer beruflichen Änderung seltener eine Berufsaufgabe.

Schlussfolgerung und Ausblick

Für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen erwies sich das "Neue Credo" insgesamt als praktikabel und wird von allen Beteiligten gut angenommen. Unseren Daten zu Folge trägt es zur Verstetigung der langfristigen Reha-Erfolge bei dieser Rehabilitandengruppe bei.

Literatur

Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Zur Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Die Rehabilitation, 44. 24-33.

Köpke, K.-H. (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 44. 344-352.

Deck, R., Hüppe, A., Arlt, C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden - Ergebnisse einer Pilotstudie. Die Rehabilitation, 38. 39-46.

Hüppe, A., Deck, R., Schramm, S. (2010): Der Weg zu einer Gelebten Nachsorge - über 7 Brücken musst du gehen. In: Deck, R., Glaser-Möller, N., Reme, T.: Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation. Verlag Hans Jacobs, Lage. 91-100.

Schramm, S., Deck, R., Hüppe, A., Raspe, H. (2009): Rehabilitationsnachsorge (NaSo) - Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken - Konzeption und Durchführung des Modellprojekts. DRV-Schriften, Bd. 83. 37-38.

Aufbau eines bundesweiten web-basierten Zentrums "Reha-Nachsorge": www.nachderReha.de

Schramm, S., Hüppe, A., Deck, R.

Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck

Hintergrund

Rehabilitation und Nachsorge sind eng verbundene Elemente des Krankheitsbewältigungsprozesses: Die für einen langfristigen Rehabilitationserfolg notwendigen Verhaltens- bzw. Lebensstiländerungen sind (zum Teil lebenslange) adaptive Prozesse, die im Rahmen einer regulär dreiwöchigen Rehabilitationsphase wohl eingeleitet, aber nicht verstetigt werden können (Hüppe, 2005). "Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge!" Diese von Köpke (2007) formulierte Feststellung findet nunmehr uneingeschränkte Zustimmung bei allen am Reha-Prozess Beteiligten.

Obwohl bereits für eine Vielzahl von Indikationen und Problembereichen Nachsorgeangebote vorgehalten werden (Köpke, 2005), ist die Umsetzung defizitär: Empfehlungen sind nicht konkret bzw. nachdrücklich genug und die Inanspruchnahmeraten gering (Deck, 2004; Gerdes, 2005; Köpke, 2005). Eine mögliche Ursache liegt in der relativen Unübersichtlichkeit der Angebote bzw. der Anbieter; bereits zwischen regionalen Kostenträgern gibt es unterschiedliche Inhalte und Regelungen. Auch bei forschenden Instituten und Reha-Kliniken mangelt es an Transparenz. Ausstehend ist eine systematische Sammlung, Bewertung und Synopse bundesweit vorgehaltener Nachsorgeangebote.

Ziel

Vor diesem Hintergrund möchte das im Aufbau befindliche web-basierte Nachsorge-Zentrum* Abhilfe schaffen: Es soll zur bundesweiten Vernetzung sowie zur Transparenz und Dissemination themenrelevanter Forschung beitragen, schwellenfreie Informationen für Rehabilitanden/ -innen zur Verfügung stellen, als auch den Austausch und die Expertise unter den Nachsorgeanbietern fördern.

Das Zentrum "Reha-Nachsorge" stellt als Internetplattform themen- und indikationsspezifische Informationen zu Nachsorgeangeboten zur Verfügung und unterstützt die passgenaue und patientenorientierte Auswahl nachsorgender Strategien.

Der Aufgabenbereich ist auf folgenden Ebenen angesiedelt: 1) Informationsvermittlung, 2) Service, 3) wissenschaftlicher Support/ Transparenz.

---

* gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund

Methodik

Grundlage für den Aufbau des Zentrums "Reha-Nachsorge" ist eine systematische Übersicht. Um die Wahrscheinlichkeit für eine Vollerhebung bundesweit verfügbarer Nachsorgeangebote zu maximieren werden:

A) indikationsspezifische systematische Recherchen (ab dem Jahr 2000) in den bibliografischen Datenbanken MEDLINE, EMBASE, Psyc.INFO, SOMED und REHADAT durchgeführt,

B) bundesweit alle rehabilitationswissenschaftlichen Institutionen und Einrichtungen konsultiert sowie

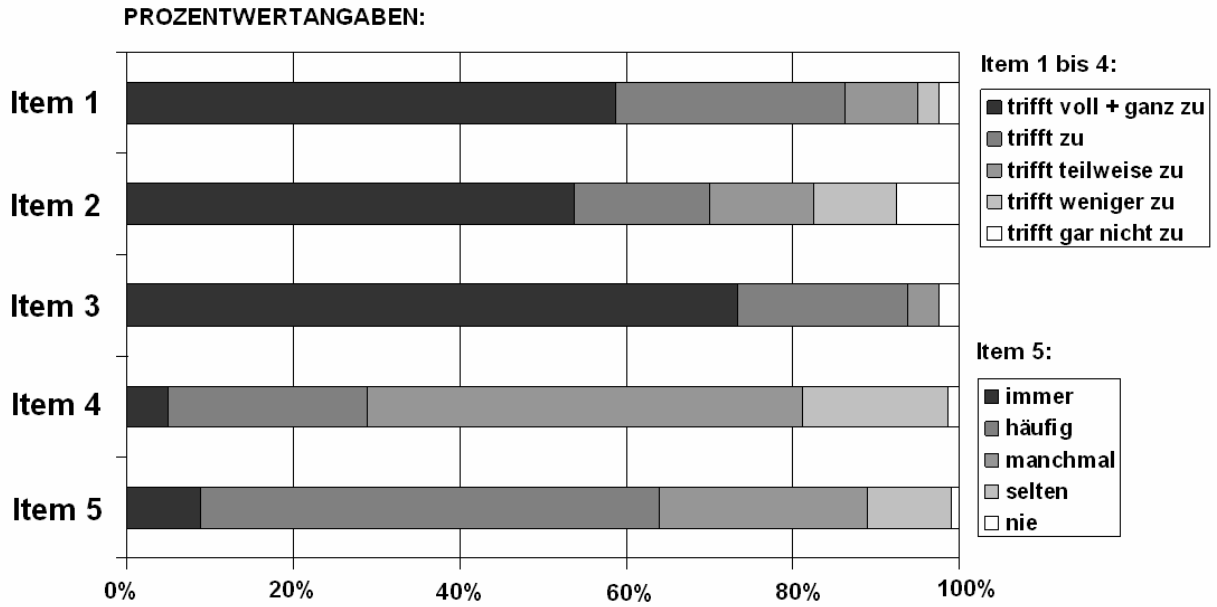
C) die Referenzlisten relevanter Publikationen sowie themenrelevante Monografien gesichtet.

Entsprechend der a priori definierten Ein- und Ausschlusskriterien schließt sich ein zweistufiger Selektionsprozess (1. Titel-/ Abstraktscreening, 2. Volltext), die methodische Qualitätsbewertung (Evidenzlevel, Validitätskriterien) anhand standardisierter Checklisten sowie die Extraktion der Daten an.

Alle inkludierten Angebote werden anhand eines nachsorgespezifischen Qualitätsprofils bewertet; dies soll die Vergleichbarkeit der Programme untereinander ermöglichen und insbesondere deren Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität abbilden. Die Erarbeitung nachsorgespezifischer relevanter Qualitätsindikatoren erfolgt durch Konsensfindung (Delphi-Verfahren).

Ergebnisse zur Akzeptanzbefragung

Um den praktischen Nutzen bzw. die Akzeptanz des Vorhabens bewerten zu können, wurden im März 2010 alle Mitglieder (n=193) der rehabilitationswissenschaftlichen Arbeitskreise SH und MV schriftlich befragt. In Abbildung 1 sind die Ergebnisse der anonymen Erhebung (Rücklauf 47 %) zusammenfassend dargestellt:



Legende:

Item 1: Aus meiner Sicht wäre eine webbasierte Datenbank Reha-Nachsorge für Rehabilitanden/ innen sinnvoll.

Item 2: Eine bundesweite Datenbank Reha-Nachsorge würde mich (als Kliniker, Forscher etc.) bei meiner täglichen Arbeit unterstützen.

Item 3: Den Aufbau einer bundesweiten Datenbank Reha-Nachsorge halte ich für hilfreich und wichtig.

Item 4: Meines Erachtens würden die meisten Rehabilitanden/ innen die Datenbank eigeninitiativ nutzen.

Item 5: Ich würde die Datenbank Reha-Nachsorge in Anspruch nehmen.

Abb. 1: Erste Ergebnisse zur Akzeptanz

Ausblick

Das geplante Zentrum "Reha-Nachsorge" orientiert sich in seinen Grundzügen am bereits bestehenden Zentrum "Patientenschulung". Es ist bundesweit ausgerichtet und schöpft die Möglichkeiten der modernen Informationstechnologien aus. Inwieweit die Nutzung solcher Medien tatsächlich Einzug in den praktischen Alltag halten, darüber werden unter anderem Zugriffsraten informieren können.

Literatur

Deck, R., Glaser-Möller, N., Mittag, O. (2004): Rehabilitation und Nachsorge. Lage: Jacobs.

Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S., Jäckel, W.H. (2005): Rehabilitationsnachsorge: Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzungen. Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin (Bd. 10). Regensburg: Roderer.

Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Zur Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Die Rehabilitation, 44. 24-33.

Köpke, K.H. (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 44. 344-352.

Köpke, K.H. (2007): Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge! Vortrag im Rahmen der Hannoverschen Werkstattgespräche Rehabilitation der Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung. Medizinische Hochschule Hannover.

Effektivität einer telefonischen Nachsorge zur Bewegungsförderung bei Rehabilitanden mit Adipositas 6 Monate nach der Rehabilitation

Ströbl, V. (1), Knisel, W. (2), Landgraf, U. (1,2), Faller, H. (1)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg,

(2) Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund

Hintergrund

Die Motivation zur Lebensstiländerung zu fördern, ist ein Ziel der medizinischen Rehabilitation. Allerdings gelingt es den Patienten nicht immer, die in der Rehabilitation initiierten Verhaltensänderungen langfristig weiterzuführen und in ihren Alltag zu integrieren. Ansatzpunkte zur Verbesserung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen stellen Planungsinterventionen sowie Nachsorgemaßnahmen dar, die sich für verschiedene Indikationsbereiche als erfolgreich erwiesen haben (z. B. Göhner et al., 2009; Hillebrand, Wirth, 1996; Lippke et al., 2004).

Im Rahmen des Projekts "Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Förderung körperlicher Aktivität" (gefördert im Rahmen des Förderschwerpunkts Chronische Krankheiten und Patientenorientierung) wurde eine kombinierte Planungs- und Nachsorgeintervention zur Bewegungsförderung für Patienten mit Adipositas durchgeführt, die sich am HAPA-Modell (Schwarzer, 2004) orientiert. Im Rahmen der Nachsorge wurden die Patienten im Zeitraum von 2 Wochen bis 6 Monaten nach der Rehabilitation 6 Mal telefonisch kontaktiert. Ziel des Projekts ist die Evaluation dieser Intervention in Hinblick auf Bewegungsverhalten und Gewichtsreduktion 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation. Im vorliegenden Beitrag werden die Effekte der Nachsorge auf die Hauptzielgrößen körperliche Aktivität und Gewicht 6 Monate nach der Rehabilitation vorgestellt.

Methode

Der Studie liegt ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn und -Ende, 6 und 12 Monate nach Rehabilitation) zugrunde. Patienten mit Adipositas (BMI: 30 - 44) wurden konsekutiv in die Studie aufgenommen und durch externe Randomisierung entweder der Kontrollgruppe (KG, Standardrehabilitation) oder der Interventionsgruppe (IG, Standardrehabilitation + Nachsorge) zugewiesen. Alle Zielgrößen wurden über Fragebogen erfasst, das Körpergewicht zusätzlich über Arztangaben.

Die Stichprobe zu t1 besteht aus 467 Patienten (55 % Männer; Alter: M=48 Jahre, SD=10) mit einem mittleren BMI von 36.3 (SD=3.5). Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht in soziodemographischen Variablen. Zu t3 (6 Monats-Follow-up) liegen Daten von 404 Teilnehmern vor (85 %).

Interventionseffekte, d. h. Unterschiede zwischen IG und KG, wurden zu t3 über Kovarianzanalysen unter Berücksichtigung von Baseline-Unterschieden geprüft. Explorativ wurde die differentielle Wirksamkeit der Intervention in Abhängigkeit vom Geschlecht untersucht, indem diese Variable als zusätzlicher Faktor in die ANCOVA aufgenommen und ggf. simple effects-Analysen durchgeführt wurden.

Ergebnisse

Die Intervention wies eine hohe Akzeptanz durch die Teilnehmer auf. Durchschnittlich fanden mit jedem Teilnehmer der IG 5,3 telefonische Kontakte mit der Sporttherapeutin statt (SD=1,1). Die Gesamtdauer aller Nachsorgetelefonate pro Patient betrug im Mittel 44,0 Minuten (SD=19,9), die mittlere Dauer je Telefonat 8,2 Minuten (SD=3,0).

Sowohl für körperliche Aktivität als auch für das Körpergewicht zeigten sich im Verlauf von Reha-Beginn zur 6-Monats-Katamnese in beiden Gruppen Verbesserungen (mittlere bis große Effekte). Der Vergleich der beiden Gruppen zur 6-Monats-Katamnese (Interventionseffekt, vgl. Tab. 1) ergab keine Unterschiede im Körpergewicht, jedoch einen signifikanten Effekt im Hinblick auf körperliche Aktivität. Teilnehmer der IG weisen zu t3 eine höhere Gesamtaktivität auf als Teilnehmer der KG, die Effektstärke liegt erwartungsgemäß im kleinen Bereich. Geschlechtsspezifische Analysen zeigen, dass Männer der IG zu t3 signifikant mehr Bewegungsaktivitäten ausüben als Männer der KG und im Durchschnitt 1,37 Stunden/Woche länger aktiv sind ($p<,01$, $\eta^2=,02$), während sich die Bewegungsaktivität von Frauen zwischen den Gruppen nicht unterscheidet ($p=,96$, $\eta^2=,00$).

Zielparameter	n	Reha-Beginn t1	6-Monats-Kat. t3	ANCOVA	
		M (SD)	M (SD)	p	η^2
BMI				,704	,000
IG	195	36,28 (3,51)	33,38 (3,54)		
KG	198	36,12 (3,45)	33,33 (3,66)		
Gesamtaktivität (h/Woche)				,048	,010
IG	201	5,38 (4,56)	9,51 (5,95)		
KG	203	6,63 (5,21)	8,99 (5,11)		

Tab. 1: Ergebnisse der ANCOVA zum Vergleich der Gruppen zu t3

Diskussion

Durch die Nachsorge ist es gelungen, das Aktivitätsverhalten adipöser Patienten nach der Rehabilitation stärker zu steigern als in einer KG ohne Nachsorge; allerdings scheinen nur männliche Teilnehmer von der Intervention zu profitieren. Mögliche Ursachen für dieses Ergebnis könnten in einer besseren Planungsfähigkeit (auch ohne Intervention) von Frauen oder im Geschlecht der Therapeutin gesehen werden. Auch wenn sich die Aktivitätszunahme nicht in eine Gewichtsabnahme umsetzte, vermindert sich möglicherweise auch allein durch die gesteigerte Aktivität das Krankheitsrisiko.

Literatur

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, 1/2. 233-256.

Hillebrand, T., Wirth, A. (1996): Betreuung von Adipösen im Anschluß an die stationäre Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 8. 83-87.

Lippke, S., Ziegelmann, J., Schwarzer, R. (2004): Initiation and maintenance of physical exercise: stage-specific effects of a planning intervention. Research in Sports Medicine, 12. 221-240.

Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens - Einführung in die Gesundheitspsychologie (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Die Auswirkungen des Funktionstrainings auf die Lebensqualität - Eine Befragung von Mitgliedern der Rheuma-Liga Niedersachsen e.V.

Ehlebracht-König, I. (1), Fricke, D. (2), Wollenhaupt, J. (3)

(1) Rehazentrum Bad Eilsen, (2) UCB GmbH, Monheim, (3) Klinikum Eilbek, Hamburg

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Die Rheuma-Liga Niedersachsen e.V. ist eine Selbsthilfeorganisation mit 56 000 Mitgliedern und bietet neben der ehrenamtlichen Selbsthilfearbeit vor Ort flächendeckend ein Funktionstraining sowie weitere Bewegungsangebote an. In der Geschäftsstelle der Rheuma-Liga Niedersachsen wird ein Qualitätsmanagement zur Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität und insbesondere der Qualifikation der Therapeuten vorgehalten. Aus Voruntersuchungen ist bekannt, dass Betroffene in den Aktivitäten und Teilhabe erheblich eingeschränkt sind (Mau et al., 2008). Bereits 2003 wurden erste Befragungen zum Funktionstraining durchgeführt (Bitzer et al., 2004).

Ziele der Befragung waren zum einen die Erfassung der Lebensqualität (QoL) und zum anderen die Auswirkungen des Funktionstrainings auf die Lebensqualität. Hier nicht berücksichtigt werden sollen die gleichzeitig erfasste Zufriedenheit mit den Dienstleistungen der Rheuma-Liga in Niedersachsen und die geäußerten Wünsche zur Verbesserung des Serviceangebotes.

Methoden

Die eingesetzten Fragebögen umfassten z. B. Angaben zu Alter, Geschlecht, Grunderkrankungen, Teilnahme am Funktionstraining und Skalen zur gesundheitsbezogene Lebensqualität (Nottingham Health Profile (NHP) und aktuellen Funktionskapazität [Funktionsfragebogen Hannover (FFbH)]. Insgesamt wurden zwischen Juli und September 2009 3000 zufällig ermittelte Mitglieder angeschrieben. 926 Datensätze der Mitglieder der Rheuma-Liga mit verschiedenen rheumatischen Erkrankungen konnten ausgewertet werden. Die Datensätze wurden mittels einer deskriptiven Statistik ausgewertet.

Ergebnisse

Von diesen 927 Patienten waren (83 %) weiblich. 64 % der Patienten 60 Jahre und nur 2 % 39 Jahre alt. 74 % der Patienten hatten eine Krankheitsdauer von 5 Jahren. 72 % gaben eine ausgeprägte bis moderate Schmerzbelastung an. Nur 24 % beurteilten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, 60,5 % der Patienten die Auswirkungen der Erkrankung auf ihr Leben als eher stark bis sehr stark. Die Mobilitätseinschränkungen der Patienten bei alltäglichen Aktivitäten waren in allen Ebenen ausgeprägt. Es bestehen Einschränkungen in der Teilhabe und Abhängigkeiten in der Versorgung. Mitglieder sind ungefähr in 50 % der Fälle abhängig vom Partner (62 %) oder von Familie und Freunden (46 %).

Die Hauptgründe warum die RL-Mitglieder ihre Organisation empfehlen waren das Funktionstraining (86,5 %), die patientenzentrierte Information (68,8 %) und der Erfahrungsaustausch bei Gruppentreffen (56,6 %). Die Patienten geben eine positive Auswirkung des Funktionstrainings sowohl auf der körperlichen Ebene (97 %) als auch auf den Gemütszustand (94 %) an.

Diskussion und Ausblick

Die Einschränkungen in der Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Erkrankungen der Bewegungsorgane, die in der Rheuma-Liga organisiert sind, werden in den Befragungsergebnissen sehr deutlich. Sie beziehen sich auf den Bereich der Aktivitäten und der Teilhabe. Die Betroffenen sind mehrheitlich mit stärkeren Auswirkungen der Erkrankungen auf ihren Alltag konfrontiert. Sie benötigen durch das soziale Umfeld in hohem Maße Unterstützung. Auch die psychischen Belastungen sind auffällig. Das Funktionstraining stellt eine zentrale Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung dar. Eindrücklich konnten die Auswirkungen des Funktionstrainings auf die körperliche und die seelische Ebene beschrieben werden. Obwohl in der Rahmenvereinbarungen zum Funktionstraining und Rehabilitationssport das Funktionstraining als eine organbezogene Intervention definiert wird, gehen die Effekte deutlich darüber hinaus. In der Rahmenvereinbarung werden die Aspekte der Aktivitäten und Teilhabe, sowie die Ganzheitlichkeit der Bewegungstherapie nicht berücksichtigt. Hier ist eine dringliche Überarbeitung erforderlich. Zudem handelt es sich bei dem Funktionstraining um ein moderates Übungsprogramm, dass neue positive Ergebnisse eines Kraft-, Ausdauertrainings wenig integriert. Auch hier besteht Anpassungsbedarf, da die Effekte durch eine Intensivierung des Trainingsprogramms weiter gesteigert werden können.

Literatur

Bitzer, E.M., Dörning, H., Ehlebracht-König, I. (2004): Das Funktionstraining der Rheuma-Liga Niedersachsen - Auswirkungen auf Funktionskapazität und ärztlich verordnete Krankengymnastik. Aktuelle Rheumatologie, 29/1. 24-35.

Mau, W., Beyer, W., Ehlebracht-König, I., Engel, M., Genth, E., Greitemann, B., Jäckel, W.H., Zink, A. (2008): Routineberichterstattung zu sozialmedizinischen Folgen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. Zeitschrift für Rheumatologie, 67. 157-164.

Rehabilitation am Arbeitsplatz durch telemedizinische Betreuung

Körtke, H., Feige, T., Frisch, S.

Herz- und Diabeteszentrum NRW, Institut für angewandte Telemedizin, Bad Oeynhausen

Hintergrund

Es ist allgemein bekannt, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nach operativen Eingriffen eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit erzielen und den Genesungsprozess fördern. Nach den gesetzlichen Bestimmungen besteht in der Bundesrepublik ein Anspruch der Versicherten auf die Durchführung einer Anschlussheilbehandlung (SGB V & IX). Eine recht neue Möglichkeit als Nachbehandlung für Patienten nach herzchirurgischen Eingriff ist die ambulante telemedizinisch gestützte Rehabilitation, die in der 1-jährigen Pilotstudie NOPT bereits erfolgreich erprobt wurde. Seit Juni 2005 wird die telemedizinisch betreute ambulante Rehabilitation im Herz- und Diabeteszentrum NRW als weitere Rehabilitationsmöglichkeit neben der stationären Rehabilitation eingesetzt, die besonders berufstätigen Personen, die schnell wieder am Alltagsgeschehen teilnehmen wollen, zugute kommt. In einer Auswertung wurden die Auswirkungen der ambulanten telemedizinisch gestützten Rehabilitation auf die beruflichen Widereinstieg überprüft.

Patienten und Methodik

Seit 2005 haben 370 Patienten (314 ♂, 56 ♀) an der telemedizinisch betreuten ambulanten Rehabilitation teilgenommen. Nach einer Koronar- oder Klappenoperation wurden die Patienten über einen Zeitraum von 12 Wochen über die telemedizinisch betreute ambulante Rehabilitation betreut. Wichtig bei diesem Programm ist die kontinuierliche Unterstützung im häuslichen Umfeld. Auf Grundlage der postoperativ ermittelten Ergometriewerte erhalten die Patienten einen Trainingsplan, den sie in ihrer häuslichen Umgebung unter telemedizinischer Überwachung mit einem elektronisch gesteuerten Fahrradergometer umsetzen sollen. Alle drei Wochen werden ambulante Kontrolluntersuchungen durch den betreuenden Hausarzt und Kardiologen durchgeführt, und das Trainingsprogramm wird dem aktuellen Gesundheitszustand des Patienten entsprechend angepasst. An einer Umfrage in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Rehabilitation nahmen alle 370 Patienten teil, von denen 157 Patienten (42,43 %) vor dem operativen Eingriff berufstätig waren.

Ergebnisse

Von den 157 ehemals berufstätigen Patienten nahmen nach dem Eingriff 151 Patienten (96,18 %; 51 Patienten stundenweise, 100 Patienten Vollzeit) ihren Beruf wieder auf. Lediglich 7 Patienten (3,82 %) gingen in den vorzeitigen Ruhestand oder waren zum Ende der Rehabilitation noch nicht wieder berufsfähig. Im Durchschnitt dauerte es 9 Wochen ± 5,7 Wochen, bis die Berufstätigkeit wieder aufgenommen wurde. Die berufstätigen Patienten konnten 3 Monate nach dem Eingriff ihre maximale Herzfrequenz bei Belastung im Mittel um 19,26 % steigern, die maximale Belastung konnte nach einem Jahr im Mittel um 102,29 % gesteigert werden. Zudem konnte die Ruhefrequenz signifikant gesenkt werden. Spätestens nach 10 Wochen war bei 83,2 % der Patienten eine volle Belastbarkeit im Alltag wieder hergestellt.

Diskussion

Im Routinebetrieb des Rehaprogramms ließ sich nachweisen, dass körperliche Belastbarkeit und Herzfrequenz günstig beeinflusst werden können. Interessant ist dabei, dass der Wiedereintritt in das Berufs- und gewohnte Alltagsleben erreicht werden konnte. 15 % der Betroffenen fühlten sich nach dem gesamten Therapieverlauf immer noch körperlich eingeschränkt. Der Rest der Patienten setzte das Programm komplett um. Diese Ergebnisse zeigen, dass aufgrund der telemedizinischen Betreuung die Möglichkeit besteht, eine ambulante Nachbehandlung durchzuführen, ohne dabei die hohe medizinische Sicherheit, die bei der stationären Betreuung vorhanden ist, aufzugeben. Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass dieses Trainingsprogramm in das soziale Umfeld der Patienten hineingetragen wird. Es wird ein positiver Eindruck der erforderlichen Lebensstiländerung in das persönliche Umfeld hineingetragen und verfestigt. Dieses verstärkt den grundsätzlichen Erfolg ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen.

Schlussfolgerung

Die Patienten können schnell in den Lebensalltag zurückkehren und nehmen zum größten Teil ihren Beruf nach dem operativen Eingriff wieder auf. Hierzu trägt auch die Integration in das häusliche Umfeld bei, wodurch der Patient lernt, seine eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Das Nachbehandlungsergebnis konnte durch die individuelle Anpassung in den Lebensalltag des Patienten sowie die Einbindung von Angehörigen positiv Beeinflusst werden.

Literatur

Sozialgesetzbuch V und IX. http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de.

Medizinisch-berufliche Reha Südbaden - Berufsfördernde Unterstützung und Nachsorge in der orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation

Nordmann, A., Reiber, M.
Zentrum Beruf+Gesundheit Bad Krozingen

Hintergrund

Aktuell kann man in der medizinischen Rehabilitation von einem Patientenanteil mit berufsbezogenen Problemlagen von ca. einem Drittel ausgehen. Diese Patienten erhalten eine zunehmende Aufmerksamkeit und Unterstützung im Rahmen der sozialtherapeutischen Angebote während des Klinikalltages. Doch auch im Anschluss an den Klinikaufenthalt benötigen viele der betroffenen Patienten eine berufsfördernde Unterstützung. Seit Februar 2006 wird daher Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen der Reha-Klinik Glotterbad (Psychosomatik) sowie der Rheintalklinik Bad Krozingen (Orthopädie) im Rahmen der Konzeption Medizinisch-berufliche Reha Südbaden (MB-Reha Südbaden) längerfristig ein "Berufscoach" zur Seite gestellt. Im Mittelpunkt der Arbeit des Berufscoaches steht die kompetente Unterstützung der Patienten beim Erhalt bestehender Arbeitsplätze bzw. beim Finden neuer (gesundheitserhaltender) Beschäftigungsverhältnisse. Ziel ist es, krankheitsbedingten beruflichen Ausgliederungen, unnötigen Verzögerungen im Rehabilitationsprozess, jahrelanger Arbeitslosigkeit sowie Frühberentung aktiv und individuell entgegen zu wirken. Die Konzeption wird durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg gefördert und durch das Zentrum Beruf+Gesundheit Bad Krozingen - einer Phase II Einrichtung - als externe Dienstleistung umgesetzt.

Methodik

Die Berufscoaches des Zentrum Beruf+Gesundheit erbringen je nach individuellem Bedarf der einzelnen Patienten bzw. Klienten sowie der verschiedenen Reha-Kliniken Leistungen aus folgenden 4 Bereichen:

a) Erfassen des individuellen beruflichen Förderbedarfs aller Patienten der Klinik zu Rehabeginn durch CTA-Checklisten, Informationsveranstaltungen für Patienten und Fallbesprechungen mit dem sozialmedizinischen Fachteam der Klinik.

b) Individuelles Berufscoaching mit den Patienten mit motivations- und volitionsfördernden, beratenden, krisenintervenierenden und kontaktvermittelnden Maßnahme-Inhalten.

c) Informierung des Reha-Trägers durch Erstgesprächsberichte.

d) Moderation von "Berufsbezogenen Gesprächsgruppen" in den Reha-Kliniken bei Bedarf.

e) 1- bis 5-tägige Verzahnungsmaßnahmen, die nach Genehmigung durch den Rehafachberater direkt im Anschluss an die medizinische Rehabilitation durchgeführt werden können.

Die berufsfördernden Handlungsschritte werden bereits in der Klinik gemeinsam mit den Patienten und dem sozialmedizinischen Fachteam geplant und bis zu 1 Jahr nach dem Klinikaufenthalt begleitet. Während des Klinikaufenthaltes wird mit jedem Patienten ein klientenorientiertes Erstgespräch durchgeführt, in manchen Fällen auch ein Folgegespräch. Nach dem Klinikaufenthalt kommt es im Durchschnitt zu 3 bis 5 Kontakten mit dem Klienten, die je nach Inhalt von unterschiedlicher Dauer sein können. Insgesamt kann - mit Ausnahme der Verzahnungsleistungen - von einem durchschnittlichen Betreuungsaufwand pro Patient von 4-5 Stunden ausgegangen werden. Jeder Berufscoach ist bewusst weder Mitarbeiter der Klinik noch des Kostenträgers. Damit unterstützt er die Patienten dabei, ihren Blick aktiv auf die Zukunft "nach der Klinik" zu richten - ihren Alltag - in dem sie eigenständig entscheiden und handeln müssen, um die nächsten Schritte zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung aktiv gehen zu können. Die Stellungnahmen des Berufscoaches in den Ergebnisberichten dienen als Grundlage für zügige Folgeentscheidungen im Rahmen des Rehabilitationsprozesses.

Ergebnisse

Erste Zufriedenheitsbefragungen, Stichprobenergebnisse und telefonische Nachbefragungen im Rahmen der Fallverläufe konnten zeigen, dass das Berufscoaching auf Seiten der begleiteten Patienten als motivations- und prozessfördernd im Reintegrationsprozess, auf Seiten des Kostenträgers als Unterstützung bei der Klärung der beruflichen Sachverhalte und der engeren Verzahnung der medizinisch-beruflichen Rehabilitationsverläufe gesehen werden kann.

Diskussion

Die vorliegenden Daten lassen erste positive Ergebnistendenzen erkennen, für eine wissenschaftlich fundierte Aussage benötigt es jedoch noch eine zusätzliche wissenschaftliche Begleitung. Im Oktober 2010 startete daher ein entsprechendes Forschungsprojekt, geleitet durch Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel - Leiter der Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg - im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Baden Württemberg.

Literatur

Nordmann, A. (2010): Medizinisch-Berufliche Rehabilitation (MB-Reha) Südbaden. In: Löffler, S., Gerlich, C., Lukasczik, M., Wolf, H.-D., Neuderth, S. (Hrsg.). Praxishandbuch Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (1. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 210-217.

Der Vergleich der Nutzung und der inhaltlichen Gestaltung eines selbständigen und eines Therapeuten-moderierten Internetforums in der Nachbetreuung nach einer psychosomatischen Rehabilitation

Linden, M., Ubben, C.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Nach einer stationären, psychosomatischen Rehabilitation stehen Patienten vor der Aufgabe, eine weitergehende Förderung, Verstetigung und Verbesserung von erworbenen Bewältigungs- und Kompensationsstrategien sowie deren Transfer in den Alltag zu gewährleisten. Zu ihrer Unterstützung gibt es vielfältige Nachsorgeaktivitäten (z. B. Selbsthilfegruppen, IRENA). Seit einigen Jahren gibt es auch zunehmend Versuche von Seiten der Reha-Kliniken mit den Patienten über Internet noch einige Zeit Kontakt zu halten. In diesem Rahmen wurde an der Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik des Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund bereits vor fünf Jahren ein Internet-Forum eingerichtet, zunächst als reines Patientenforum und dann als von Therapeuten moderiertes Forum.

Auf dieser Basis wurde eine Untersuchung durchgeführt mit den Fragen, wie häufig und von welchen Patienten internetbasierte Selbsthilfe nach einem Rehabilitationsklinikaufenthalt genutzt wird, wie sich der Informationsaustausch inhaltlich entwickelt und ob sich ein selbstbestimmtes vs. moderiertes Internet-Forum hinsichtlich dieser Aspekte unterscheiden.

Methode

Es wurde die Nutzungshäufigkeit erhoben. Die Inhalte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet mit einem Kategoriensystem, dessen Reliabilitäts- bzw. Cronbachs-Alpha-Koeffizienten zwischen $r=.82$ und $r=.95$ (bei jeweils $p < 0.01$) lagen.

Ergebnisse

Im selbstbestimmten Internet-Forum haben sich von 1842 informierten Patienten 144 (8 %) angemeldet. 46 (32 %) der angemeldeten Patienten haben Beiträge geschrieben. Im moderierten Internet-Forum haben sich von 893 informierten Patienten 76 (8,5 %) angemeldet und 33 (ca. 43 %) der angemeldeten Patienten haben aktiv und damit tendenziell (jedoch nicht signifikant) mehr Beiträge verfasst, als dies im selbstbestimmten Forum der Fall ist. Die Nutzer beider Foren sind bezüglich soziodemografischer Merkmale und ICD-10-Diagnosen (vorwiegend aus den Bereichen F1, F3, F4 und F6) vergleichbar. Die Nutzer beider Foren unterscheiden sich hinsichtlich der ICD-10-F-Diagnosen nicht von den Nicht-Nutzern (weisen somit typische Diagnosen psychisch kranker Rehabilitanden auf), sind im Vergleich zu Nicht-Nutzern jedoch signifikant jünger, überwiegend weiblich, gebildeter, arbeiten aktuell entweder Vollzeit oder sind arbeitslos, besitzen tendenziell einen mindestens einfachen, meist mittleren Beamten-/Angestelltenstatus und haben vornehmlich einen vollstationären Rehabilitationsklinik-Aufenthalt hinter sich. Die Foren-Nutzer nehmen durchschnittlich 50-60 Tage in ihrem Forum teil, verfassen durchschnittlich ca. 7-15 Beiträge (im

moderierten Forum ist die Beitragsmenge tendenziell, jedoch nicht signifikant größer), schreiben überwiegend anonym und vorwiegend asynchron zu unterschiedlichen Tages- und Abendzeiten. Dabei nehmen sie interaktiv aufeinander Bezug, antworten signifikant mehr auf Beiträge von Mitpatienten, als dass sie neue Beiträge schreiben. Sie schaffen in ihren Foren-Beiträgen eine vornehmlich neutral-positive Grundstimmung, die im moderierten Forum signifikant ausgeprägter ist als im selbstbestimmten Forum. In beiden Foren äußern sich die Patienten signifikant mehr zu "gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen", als dass sie Small-Talk betreiben. In beiden Foren tragen die Patienten maßgeblich zur Ausbildung von "gesundheitsförderlichen Gruppenwirkfaktoren" bei. Im Gegensatz zum selbstbestimmten Forum zeigen sich im moderierten Forum zum einen signifikant mehr Äußerungen zu gesundheitsförderlichen Gesprächsthemen, zum anderen bilden sich signifikant verstärkt "gesundheits-förderliche Wirkfaktoren" aus (Gruppenkohäsion, emotionale Unterstützung und Selbstöffnung der Teilnehmer).

Schlussfolgerung

Da die ausgetauschten Inhalte und Gruppenwirkfaktoren in den Internet-Foren als im Dienste einer weiteren Gesundheitsförderung nach einem Reha-Klinikaufenthalt stehend einzuschätzen sind, kann die Nutzung von Internet-Selbsthilfe-Foren als eine Variante rehabilitativer Nachsorge empfohlen werden. Das Konzept "moderiertes Internet-Forum" ist insbesondere zu befürworten, da es sich als kommunikativer und vermehrt in der Lage erwies, den Austausch gesundheits-förderlicher Inhalte und Prozesse hervorzubringen. Für die Zielgruppe der psycho-somatisch erkrankten, mitunter nach dem Klinikaufenthalt wieder berufstätigen Reha-Patienten konnte belegt werden, dass die medialen Vorteile wie asynchrone (zeitverschobene) Kommunikation, Nutzungsmöglichkeiten zu unterschiedlichen Tageszeiten, Interaktivität und Anonymität die Teilnahme an einer (hier Internet-) Selbsthilfegruppe ermöglichen und erleichtern können.

Die Beteiligungsrate von etwa 8 % in den Internet-Foren liegt deutlich höher, als die Beteiligungsrate von Patienten an der IRENA-Nachsorgegruppe, die im gleichen Zeitraum bei 3 % lag.

Literatur

Klose, C., Matteucci-Gothe, R., Linden, M. (2006): Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 45. 359-368.

Schnittstellen-Probleme in der medizinischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse von Fokusgruppen mit Kostenträger-Vertretern, Rehabilitationsklinikern, niedergelassenen Ärzten und Rehabilitanden

Pohontsch, N., Deck, R.
Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck

Hintergrund

Deutschlands segmentierte Gesundheitsversorgung führt im System der medizinischen Rehabilitation zu Kooperations- und Koordinationsproblemen. Trotz vielfältiger Anstrengungen zur Überwindung von "Schnittstellen" in der medizinischen Rehabilitation ist eine optimale Verzahnung in der Rehabilitationskette (Kostenträger, Rehabilitationskliniken, ambulante Versorgung und Rehabilitanden) noch nicht erreicht (Deck et al., 2009a; Deck et al., 2009b; Träder, 2007). Im Rahmen eines Forschungsprojekts sollen die Barrieren einer effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie deren Ursachen identifiziert und Lösungsmöglichkeiten diskutiert werden.

Methodik

Bisher wurden 10 leitfadengestützte Fokusgruppen zur getrennten Befragung von niedergelassenen Ärzten, Kostenträger-Vertretern, Rehabilitationsklinikern und Rehabilitanden durchgeführt. Diese wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch (Mayring, 2010) ausgewertet. Drei weitere interdisziplinäre Fokusgruppen zur Vorbereitung einer Abschlusskonferenz sind geplant. Resultierende Probleme und Lösungsvorschläge werden synoptisch aufgearbeitet und in der institutionsübergreifenden Abschlusskonferenz vorgestellt, die Praktikabilität der potentiellen Lösungsansätze diskutiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Ergebnisse

Aus Sicht der Kostenträger entstehen schon durch die mangelnde Systematik zur Erkennung des Rehabilitationsbedarfs und das unzureichende Wissen der niedergelassenen Ärzte über die Beantragung einer Rehabilitation Schnittstellenprobleme.

Niedergelassene Ärzte beklagen die mangelnde Nachvollziehbarkeit von (Nicht-) Bewilligungen und die starke Bindung von Zeitressourcen durch umfangreiche und je nach Kostenträger unterschiedliche Formulare bzw. durch Widersprüche in anscheinend eindeutigen Fällen. Niedergelassene Ärzte, Rehabilitationskliniker und auch die Rehabilitanden bemängeln Unklarheiten über die beim Kostenträger zuständigen Ansprechpartner, zudem seien diese oftmals schlecht erreichbar.

Die Rehabilitationskliniker sehen die Ursache für Probleme in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten vor allem in den bürokratischen Zwängen, die die Rehabilitationskette prägen. Insgesamt sei wenig Zeit für eventuell notwendige Kontaktaufnahmen verfügbar. In

der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern werden u. a. Aspekte der Zuweisungspraxis (Rehabilitanden mit fehlender sozialmedizinischer Belastung oder mangelnder Rehabilitationsfähigkeit) kritisiert.

Die Rehabilitanden beanstanden die insgesamt mangelnde Kommunikation zwischen den einzelnen beteiligten Institutionen und mit den Betroffenen selbst. Weitere Problempunkte sind aus ihrer Sicht u. a. ungeklärte Zuständigkeiten verschiedener Professionen bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen und lange Wartezeiten gepaart mit kurzfristigen Terminvergaben bei psychosomatischen Rehabilitationen.

Rentenversicherung und Rehabilitationskliniker sehen die mangelnde Einbindung des niedergelassenen Arztes und der Krankenkassen in die Nachsorge als Problem an.

Diskussion

Es zeigen sich in allen Bereichen altbekannte aber auch bisher wenig bearbeitete Probleme bezüglich der Zusammenarbeit der an der Rehabilitationskette beteiligten Gruppen. Die institutionenübergreifende Problematisierung von Schnittstellenproblemen und die gemeinsame Erarbeitung von Handlungsstrategien sollen zu einer Optimierung der formalen Abläufe, einer Erhöhung der inhaltlichen Transparenz und einer Verstärkung des Austauschs zwischen allen Beteiligten an der Rehabilitationskette führen.

Schlussfolgerungen

Um das Potential eines gemeinsamen Arbeitsbündnisses voll nutzen zu können, ist die Etablierung neuer Begegnungs- und Kommunikationsformen unbedingt notwendig. Ihr Entwurf ist ein wesentlicher Bestandteil des Projekts.

Literatur

Deck, R., Glaser-Möller, N., Remé, T. (Hrsg.) (2009a): Brücken bauen. Schnittstellenprobleme der medizinischen Rehabilitation. Lage: Hans Jacobs.

Deck, R., Träder, J.-M., Raspe, H. (2009b): Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Die Rehabilitation, 48. 73-83.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Träder, J.-M. (2007): Rehabedarf aus Hausarztsicht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 78. 184-186.

Medizinische Rehabilitation chronischer psychischer Erkrankungen durch niedergelassene Ärzte

Muschalla, B., Keßler, U., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Rehabilitationsmedizin ist nach § 2 und § 26 SGB IX die medizinische Spezialdisziplin zur Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung chronischer Erkrankungen, was in besonderem Maße für psychische Erkrankungen zutrifft. Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert in der Regel eine komplexe und multimodale Langzeitbetreuung, die ohne niedergelassene Ärzte nicht vorstellbar ist und denen deshalb dabei auch eine zentrale Rolle zukommt.

Methode

Zur Klärung der Frage, wie groß der Reha-Bedarf auf Grund chronischer psychischer Erkrankungen bei allgemeinärztlichen Patienten ist, wurden in 25 Hausarztpraxen die Ärzte zu Einschätzungen über die Bedeutung chronisch Kranker in ihrer Praxis befragt und 805 Patienten im Alter von 18-60 Jahren im Wartezimmer mit dem WHO-5, einem Fragebogen zur psychischen Befindlichkeit (WHO, 1998), der Burvill-Skala, einer Multimorbiditätsliste (Burvill et al., 1989), dem IMET, dem Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe (Deck et al., 2006) und Fragen zum Arbeitsstatus untersucht.

Ergebnisse

Im Durchschnitt schätzten die Hausärzte den Anteil ihrer Patienten mit psychischen Erkrankungen auf 45,4 % (SD=19,6; Range 20-90 %).

Von den untersuchten Patienten gaben 50,6 % an, unter psychischen Beschwerden zu leiden. 42,5 % berichteten, dass psychische Probleme bereits seit sechs Monaten oder länger bestünden, 39,2 %, dass sie die Beschwerden in den letzten sechs Monaten durchgängig erlebt hätten. 33,7 % litten unter chronischen psychischen Beschwerden mit zusätzlich relevanten Teilhabestörungen.

Patienten mit psychischen Problemen zeigen hinsichtlich des Wohlbefindens (WHO 5), der körperlichen Erkrankungen (Multimorbiditätsliste), sowie der Alltagsaktivitäten (IMET) signifikant höhere Scores als Patienten ohne psychische Probleme. Sie waren häufiger und auch länger arbeitsunfähig und hatten siebenmal häufiger einen Rentenantrag gestellt als die nicht psychisch Belasteten (Tabelle 1).

Beschwerden und Beeinträchtigungen	Patienten mit psychischen Problemen (n=407)	Patienten ohne psychische Probleme (n=398)	*p*
Alter in Jahren	41,71 (11,5)	38,6 (12,6)	0,001**
Multimorbiditätsliste: akute körperliche Erkrankungen (Mittelwert über alle Körperbereiche, Rating 0-4)	0,43 (0,39)	0,27 (0,27)	0,000**
Multimorbiditätsliste: chronische körperliche Erkrankungen (Mittelwert über alle Körperbereiche, Rating 0-4)	0,56 (0,47)	0,31 (0,32)	0,000**
WHO 5 Psychisches Wohlbefinden (Mittelwert über 5 Items, Rating 0-5)	1,78 (1,0)	2,9 (1,0)	0,000**
IMET Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten (Mittelwert über 10 Items, Rating 0-10)	3,36 (2,4)	1,53 (2,1)	0,000**
IMET Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten: Dimension Arbeit und Beruf (Mittelwert des Items Arbeit und Beruf, Rating 0-10)	4,75 (3,3)	2,23 (3,0)	0,000**
Aktuell arbeitsunfähig	32 %	21 %	0,000**
Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit in Wochen	7,24 (36,8)	0,63 (2,9)	0,000**
Antrag auf medizinische Rehabilitation	18 %	6 %	0,000**
Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente	7 %	1 %	0,000**

Tab. 1: Beschwerden und Beeinträchtigungen von hausärztlichen Patienten mit und ohne psychische Probleme (n=805, Mittelwerte und Standardabweichungen bzw. Häufigkeiten in Prozent).

Schlussfolgerungen

Patienten mit chronischen psychischen Problemen und Teilhabestörungen sind in Praxen niedergelassener Ärzte häufig anzutreffen. Niedergelassene Ärzte und insbesondere Hausärzte sind demnach zu einem wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit als Rehabilitationsmediziner anzusehen, in deren Händen die Diagnostik, Behandlung, Koordinierung und Langzeitführung, wie auch die sozialmedizinische Betreuung, von der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit bis hin zur Einleitung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen liegt. Die Rolle der niedergelassenen Ärzte im Rehabilitationsprozess sollte wissenschaftlich und organisatorisch mehr Aufmerksamkeit bekommen.

Literatur

Burvill, P.W., Mowry, B., Hall, W.D. (1989): Quantification of physical illness in psychiatric research in the elderly. Intern J Geriat Psychiat 5. 161-170.

Deck, R., Borowski, C., Mittag, O., Hüppe, A., Raspe, H. (2006): IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe). Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. DRV-Schriften, Bd. 64. 152-153.

WHO (1998): WHO Fünf. Fragebogen zum Wohlbefinden. WHO Collaborating Center for Mental Health, Psychiatric Research Unit, Frederiksborg General Hospital, Denmark.

Wer profitiert von Vorbereitungsmaßnahmen auf die psychosomatische Rehabilitation?

Lange, M. (1), Franke, W. (2), Hessel, A. (3), Petermann, F. (1)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) Marbachtalklinik der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Bad Kissingen,
(3) Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Oldenburg

Hintergrund

Vorbereitungsmaßnahmen erleichtern den Einstieg in die stationäre psychosomatische Rehabilitation. Dieser ist häufig durch unzureichende Informationen, Ängste und Motivationsdefizite negativ besetzt (Best et al., 2009; Bischoff et al., 2005). Durch eine Einzelberatung zur Vorbereitung auf die psychosomatische Rehabilitation konnten der Informationsstand, die Motivation und das Vertrauen der Patienten deutlich verbessert werden. Jedoch profitieren nicht alle Patienten von einer Vorbereitungsmaßnahme (Lange et al., 2010).

Methode

Im Rahmen eines Projektes zum Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation* wurde vom Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR) der Universität Bremen in Kooperation mit der Marbachtalklinik Bad Kissingen (Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen) eine Reha-Vorbereitungsmaßnahme entwickelt und evaluiert. Die Patienten nahmen an einem Gruppenberatungsgespräch teil, in dem Organisatorisches und Elemente der psychosomatischen Rehabilitation, Therapieziele, Ängste und Erwartungen der Patienten sowie potentielle Nachsorgemaßnahmen diskutiert wurden. Die Patienten erhielten zu zwei Messzeitpunkten (prä, post) den *F*ragebogen zur *V*orbereitung auf die *p*sychosomatische Rehabilitation (FVP). Zudem wurden n=202 Patienten mit dem Fragebogen zur Therapiemotivation (PAREMO) und dem Brief Symptom Inventory (BSI) befragt. Als Erfolgsmaß wurden Veränderungen auf den Skalen des FVP (Wissen, Motivation, Vertrauen) von mindestens einer Standardabweichung festgelegt. Als "erfolgreich" wurden Patienten eingestuft, deren Mittelwerte der einzelnen FVP-Skalen um mindestens eine Standardabweichung verbessert werden konnten. Wurde dieser Grad der Verbesserung nicht erreicht, wurde der Patient der Gruppe der "erfolglosen" Patienten zugeordnet.

Ergebnisse und Diskussion

"Erfolgreiche" Patienten, gemessen über die Skala "Wissen" (FVP), waren eher weiblich (χ^2=0,01), sechs bis acht Stunden täglich berufstätig (χ^2=0,02) und in den letzten zwölf Monaten nicht arbeitslos (χ^2=0,01). Zudem waren diese Patienten auf den Skalen "Somatisierung", "Depressivität", "Ängstlichkeit" und "Aggressivität" deutlich weniger belastet (BSI, p=0,01-0,05) und gaben eine höhere Änderungsbereitschaft an (PAREMO, p=0,05) als "erfolglose" Patienten.

In Bezug auf die Motivation (FVP) waren "erfolgreiche" Patienten in den letzten zwölf Monaten nicht arbeitslos (χ^2=0,007). Ferner gaben diese Patienten geringere Werte auf den Skalen "Seelischen Leidensdruck" (p=0,01) und eine größere "Soziale Unterstützung" (p=0,03)

* Das Projekt wird seit April 2008 von der DRV Oldenburg-Bremen finanziell gefördert.

an. Die Mittelwerte der Skalen "Unsicherheit im Sozialkontakt", "Aggressivität", "Phobische Angst", Paranoides Denken" und "Psychotizismus" waren deutlich geringer ausgeprägt (BSI, p=0,02-0,03) im Vergleich zu "erfolglosen" Patienten.

Schlussfolgerungen

Patienten, die ihr Wissen über die psychosomatische Rehabilitation und ihre Therapiemotivation durch eine Vorbereitungsmaßnahme verbessern konnten, sind eher

- weiblich,
- gehen regelmäßig einer Arbeitsbeschäftigung nach,
- zeigen eine gering ausgeprägte Somatisierung,
- haben eine hohe Änderungsbereitschaft und
- weisen einen sicheren Sozialkontakt auf.

Eine Spezifizierung der Vorbereitungsmaßnahme für einzelne Patientengruppen (z. B. männliche oder stark somatisierende Patienten), könnte den Zugang zur stationären psychosomatischen Rehabilitation optimieren.

Literatur

Best, M., Lange, M., Karpinski, N., Hessel, A., Söpper-Terborg, B., Sieling, W., Petermann, F. (2009): Psychosomatische Rehabilitation: Effekte einer prästationären Beratung durch die Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 48. 283-287.

Bischoff, C., Gönner, S., Ehrhardt, M., Limbacher, K. (2005): Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Ergebnisse des Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekts. Verhaltenstherapie, 15. 78-87.

Lange, M., Best, M., Hessel, A., Sieling, W., Petermann, F. (2010): Patientenorientierte Vorbereitung auf die psychosomatische Rehabilitation. In: Petermann, F. (Hrsg.): Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabiliation. Regensburg: Roderer. 113-132.

Psychotherapeutische Vorbehandlung als wichtiges Kriterium für die Rehabilitationsprognose und den Rehabilitationserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation? Eine rehabilitative und rechtliche Kontroverse?

Kobelt, A. (1), Jabben, J. (1), König, R. (1), Petermann, F. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,

(2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund

Es hat sich gezeigt, dass vor allem Versicherte von einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung profitieren, die eine höhere Psychotherapiemotivation mitbringen, die weniger körperliche Beschwerden haben, die länger in der Rehabilitationsklinik bleiben und damit eine höhere Psychotherapiedosis erhalten und die vor allem im Katamnesezeitraum entweder eine ambulante Psychotherapie abschließen oder keine mehr benötigen (Nübling et al., 1999). Schwerer Erkrankte profitieren zwar von der psychosomatischen Rehabilitation, werden jedoch mit klinisch auffälligen Beschwerden entlassen (Kobelt et al., 2010).

70 % der Rehabilitanden in der psychosomatischen Rehabilitation erhalten die Empfehlung, entweder eine ambulante psychotherapeutische Behandlung fortzusetzen oder zu beginnen (Klose et al., 2006). Bemerkenswert ist, dass 65,5 % derjenigen, denen eine anschließende psychotherapeutische Behandlung empfohlen wird, zuvor keine fachspezifische Behandlung erhalten hatten (Harfst et al., 2002). Bei einer Wartezeit von vier bis sechs Monaten auf einen Psychotherapieplatz und einer Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe von etwa 40 % der Unterstützungsbedürftigen (Schulz et al., 2008) muss davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der Krankenbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgt.

Die Rehabilitationsfähigkeit als ein Kriterium zur Beurteilung des Rehabilitationsantrags setzt voraus, dass der Versicherte schon oder noch von der medizinischen Heilbehandlung profitieren kann. Gleichzeitig muss bei der Beurteilung der Rehabilitationsprognose sichergestellt sein, dass das Rehabilitationsziel, nämlich die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erreichbar ist. Bei Antragstellern, die keine fachtherapeutische Vorbehandlung aufweisen, muss die Rehabilitationsbedürftigkeit in Frage gestellt werden.

Welche Bedeutung hat die psychotherapeutische Vorbehandlung für die Bewilligung eines Antrags auf medizinisch-psychosomatische Rehabilitation?

Welche Kriterien führen zur Bewilligung bzw. Ablehnung eines Antrags auf medizinische Rehabilitation?

Methodik

Die Prüfärzte der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover prüften anhand eines Fragebogens in der Zeit von 8/10 - 10/10 insgesamt 441 Anträge auf medizinisch-psychosomatische Rehabilitation hinsichtlich der Aussagen zur Diagnose, zur Länge der Arbeitsunfähigkeit, zur Erwerbsgefährdung, zur psychotherapeutischen Vorbehandlung, zur Erreichbarkeit des Reha-Ziels und zur Reha-Prognose.

Es wurden ÷^{2} und T-tests sowie eine logistische Regression gerechnet.

Ergebnisse

Von den 441 Anträgen wurden 57,5 % befürwortet. Von den Antragstellern, deren Reha-Antrag befürwortet wurde, waren 16,5 % arbeitslos, knapp 40 % waren länger als drei Monate arbeitsunfähig, wobei von weiteren 18 % keine Informationen dazu vorlagen. 42 % wiesen eine psychotherapeutische Vorbehandlung auf, wobei lediglich 15 % dieser Vorbehandlungen minestens 8 Termine umfasste. Bei 52 % war die ambulante Weiterbehandlung sichergestellt.

In eine logistische Regressionsgleichung zur Vorhersage der Bewilligung oder Ablehnung einer medizinisch-psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme wurden insgesamt 13 Variablen schrittweise eingeführt, unter anderem auch die kumulierte Anzahl nicht zu beantwortender Items.

Folgende Variablen leisteten einen signifikanten Anteil zur Vorhersage der Bewilligung (÷^{2}=458,6, df=8, p=0,000, R^2=0,92):

- Ambulante Psychotherapie nicht ausreichend (OR=34)
- Erwerbstätigkeit gefährdet (OR=28)
- Rehabilitationsziel realistisch erreichbar (OR=17)
- Rehabilitationsprognose positiv (OR=10)

Die Anzahl der nicht zu beantwortenden Items hatte keinen Einfluss auf die Entscheidung.

Diskussion

Weniger als die Hälfte der Rehabilitationsantragsteller sind psychotherapeutisch vorbehandelt. Entscheidend für die Bewilligung war jedoch nicht, ob eine Vorbehandlung stattgefunden hat, sondern ob eine ambulante Behandlung unabhängig von der Verfügbarkeit, ausreichen würde, wobei unklar bleiben muss, ob die eingereichten Unterlagen eine solche Beurteilung rechtfertigen. Gleichzeitig muss nämlich davon ausgegangen werden, dass bei fehlender therapeutischer Vorbehandlung keine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt. Hier sind die Krankenkassen in besonderer Weise gefordert, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Rehabilitanden von einem erwerbsbezogenen Rehabilitationsprogramm mit dem Ziel der Wiedereingliederung in Erwerbsleben bzw. der Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit profitieren können.

Literatur

Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2002): Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation. Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. Die Rehabilitation, 41. 407-414.

Klose, C., Matteucci-Gothe, R., Linden, M. (2006): Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 45. 359-368.

Kobelt, A., Pfeiffer, W., Winkler, M., Petermann, F. (2010): Erwerbsbezug in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Petermann, F. (Hrsg.): Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation. Regensburg (Roderer). 27-48.

Nübling, R., Schmidt, J., Wittmann, W.W. (1999): Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. Psychother Psych Med, 49. 343-353.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41.

Die Bedeutung des Migrationshintergrundes für den Behandlungserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation

Göbber, J. (1), Kobelt, A. (2), Winkler, M. (3), Pfeiffer, W. (3), Petermann, F. (1)

(1) Zentrum für klinische Psychologie und Rehabilitation, Bremen,
(2) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hannover,
(3) Klinik am Hasenbach, Clausthal-Zellerfeld

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Die psychosomatische, rehabilitative Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund (nachfolgend: Migranten) gewinnt zunehmend an Bedeutung. Grund hierfür sind steigende Zahlen von Versicherten mit Migrationshintergrund einerseits und schlechtere Behandlungs- und Wiedereingliederungserfolge andererseits (Maier, 2008; Rommel, 2005). Als Hauptursache für die bei ihnen beobachteten schlechteren Behandlungsergebnisse in der psychosomatischen Rehabilitation und für erhöhte Berentungszahlen im Vergleich zu deutschen Rehabilitanden werden neben kulturellen Unterschieden vermehrt vorliegende Hemmfaktoren (hohe sozioökonomische Belastung, geringere Schulbildung, höhere Gesamtbelastung bei Antritt der Rehabilitationsbehandlung) diskutiert (Mösko et al., 2008; Göbber et al., 2010). Die vorliegenden Untersuchung beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob der Migrationshintergrund ein hinreichender Prädiktor für den Behandlungserfolg ist oder ob der Einfluss des Migrationshintergrundes nur unter Berücksichtigung weiterer Faktoren beurteilt werden kann.

Methodik/Studiendesign

In einer Erhebung in der Fachklinik am Hasenbach kam zwischen Juli und Dezember 2009 bei 486 Patienten eine Fragebogenbatterie zum Einsatz (Demographische Angaben, Würzburger Fragebogen, DIAMO, FBTM, TMKS, Health 49, SPE). 381 vollständige Datensätze (91 Migranten, 290 Deutsche) wurden in die Auswertung einbezogen. Es wurden Gruppen nach dem Migrationshintergrund, dem Schichtindex und der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit gebildet (Kobelt et al., 2010). Migranten und Deutsche wurden verglichen und die Bedeutsamkeit des Migrationshintergrundes (als alleiniger) Prädiktor für den Rehabilitationserfolg untersucht.

Ergebnisse

Die Gruppe der Migranten unterschied sich weder im Alter, noch in der Geschlechterverteilung, der Schichtzugehörigkeit, in der Behandlungsdauer oder in den Mobbingerfahrungen von den deutschstämmigen Patienten. Die Patienten mit Migrationshintergrund wiesen jedoch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Behandlung auf und hatten einen höheren Anteil von Patienten mit negativer Erwerbsprognose. Versicherte mit Migrationshintergrund wiesen zudem zu Beginn der Behandlung eine höhere Symptombelastung auf der Angst- und Somatisierungsskala des Health 49 auf. Die Patienten mit Migrationshintergrund aus

der Mittelschicht wiesen den höchsten Eingangswert (Gesamtwert Health 49) auf, profitieren aber deutlich von der Rehabilitationsbehandlung. Patienten mit Migrationshintergrund aus der Unterschicht hatten den gleichen Eingangswert wie Versicherte ohne Migrationshintergrund, profitieren aber schlechter. Das Ausmaß der Somatisierung und die Schichtzugehörigkeit sind bedeutsame Prädiktoren. Bei der Beurteilung des Leistungsvermögens bei Abschluss der Heilbehandlung zeigten sich keine Unterschiede zwischen Migranten und Deutschen. Dennoch wurden für die Migranten signifikant mehr Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass zur Beurteilung der Rehabilitationsprognose die Interaktion von Migrationshintergrund, Schichtzugehörigkeit und somatischer Belastung berücksichtigt werden muss. Einer negativen Prognose der Erwerbstätigkeit kann alleine mit "klassischen" Modulen der psychosomatischen Rehabilitation nicht begegnet werden. Längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitationsbehandlung und ein höherer Anteil von Patienten mit negativer Erwerbsprognose bei den Migranten zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf bei dieser Patientengruppe auf. Eine hohe Zahl von Empfehlungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Migranten trotz fehlender Voraussetzungen und weitgehend gleicher Arbeitsplatzbedingungen zeigt einerseits das Bewusstsein der Problematik in der Klinik auf und repräsentiert gleichzeitig die Dringlichkeit einer Erarbeitung ergänzender Versorgungsstrategien. Hierzu gehört die Entwicklung und Anwendung zielgruppen- und integrationsorientierter Rehabilitationsansätze, wie zum Beispiel die Weiterentwicklung eines kultursensiblen Fallmanagements.

Literatur

Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A., Petermann, F. (2010): Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58/3. 181-187.

Kobelt, A., Winkler, M., Göbber, J., Pfeiffer, W., Petermann, F. (2010): Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58/3. 189-197.

Maier, C. (2008): Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland. In: Schott, T.: Veröffentlichungsreihe des Zentrums für Versorgungsforschung. Forschungsbericht, Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Mösko, M., Schneider, J., Koch, U., Schulz, H. (2008): Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 58. 176-182.

Rommel, A. (2005): Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen - Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichtserstattung mit Routinedaten. Gesundheitswesen, 67. 280-288.

Frühe Versorgung und Prozess-Steuerung psychosomatisch erkrankter Patienten über Integrierte Versorgung und Rehabilitation

Webendörfer, S., Benoit, D., Bischoff, C., Limbacher, K.
AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Hintergrund

Seit Anfang 2006 bieten wir in Zusammenarbeit mit der DAK und anderen Ersatzkassen ein Behandlungsangebot im Sinne der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a SGB V: Schnelle sektorenübergreifende therapeutische Hilfe für Patienten, die an einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung leiden (DRV Bund, 2006). Das Angebot richtet sich an Patienten, die die Diagnosekriterien nach ICD 10 für eine der folgenden Erkrankungen erfüllen: F32, F33 und F34, F4, F5 und F6 sowie Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen oder unspezifischen Krankheitsbildern, bei denen psychosoziale Verursachungsfaktoren vermutet werden können (Bassler et al., 2009). Nach differentialdiagnostischer Klärung und indikativer Weichenstellung werden die Patienten zeitnah in das Programm aufgenommen. Die Patienten besuchen in einem Zeitraum von ca. sechs Wochen zweimal wöchentlich die multimodale IV-Tagesambulanz. Diese basiert auf einer Kombination von Bezugsgruppe mit Frühtreff und Gruppentherapie, verhaltenstherapeutisch orientierten Einzelgesprächen mit dem Bezugstherapeuten, Sport und Entspannung. Die IV-Gruppentherapie bietet einen bedarfsorientierten psychoedukativen Anteil und gleichzeitig die Möglichkeit zur Einzelarbeit in der Gruppe im Sinne einer Problemlösegruppe nach Grawe.

Wir evaluieren IV und mögliche nachfolgende Rehabilitation retrospektiv zur Fragestellung: In welchem Umfang profitieren Patienten von früher Integrierter Versorgung und einer nachfolgenden psychosomatischen Rehabilitation, insofern für diese ein Bedarf besteht? Unterscheiden sich IV-Patienten mit Reha-Empfehlung von Patienten ohne Reha-Empfehlung?

In den letzten drei Jahren nahmen ca. 160 Patienten mit den häufigsten Erstdiagnosen aus den Gruppen F32, 33 und F43 an IV teil: Von 91 % erwerbstätigen Patienten wurden 74 % arbeitsunfähig aufgenommen, von diesen nach Abschluss der IV-Maßnahme 43 % arbeitsfähig entlassen. 55 % blieben arbeitsunfähig, 33 % dieser arbeitsunfähigen Patienten wurde eine ambulante Psychotherapie empfohlen, 54 % eine psychosomatische Rehabilitation (Linden, 2005). 22 dieser Patienten mit Reha-Empfehlung wurden in die AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim zur stationären Rehabilitation aufgenommen. Nach einer mittleren Verweildauer von 46 Tagen (min. 23, max. 63 Tage) wurden 13 Patienten weiterhin arbeitsunfähig, jedoch elf >6 Stunden und zwei 3-6 Stunden leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen, acht davon mit der Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe.

Methode

Die Therapieevaluation erfolgt für die Integrierte Versorgung und die Rehabilitationsphase anhand von standardisierter psychometrischer Prä-Post-Messung mit dem HEALTH-49 (Rabung et al., 2007), der Vergleich soziomedizinischer Daten anhand der IV-Basisdokumentation.

Ergebnis

In der tagesambulanten Behandlung der IV wurden in Bezug auf Depressivität, Ängste, Psychische und somatische Beschwerden und das psychische Wohlbefinden mittlere Effektstärken erzielt, diese Therapieerfolge blieben bis zur Aufnahme in die stationäre Rehabilitation konstant und zeigten sich nach der Rehabilitation weiter verbessert. Es ergeben sich hohe Effekte auf das psychisches Wohlbefinden und mittlere Effekte auf die Selbstwirksamkeit sowie Aktivität und Partizipation. Die nach der psychosomatischen Rehabilitation weiterhin arbeitunfähigen Patienten wurden für ihre letzte versicherungspflichtige Tätigkeit überwiegend in ihrer Leistungsfähigkeit sowohl qualitativ als auch quantitativ eingeschränkt.

Literatur

Bassler, M., Nosper, M., Fittig, E., Braner, H., Bell, R. (2009): Integrierte Versorgung "Psych-Direkt" - Versorgung von psychisch und somatisch erkrankten Patienten. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother, 38/1. 21.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2006): Integrierte Versorgung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Linden, M., Weidner, Ch. (2005): Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. Nervenarzt, 11. 1421-1431.

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2007): "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)" - Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version "HEALTH-49". Url: http://www.hamburger-module.de.

Patientenberichtete Assessmentverfahren in der stationären orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation

Bahr, K., Kohlmann, T.[*]
Institut für Community Medicine, Universität Greifswald

Hintergrund

Patientenberichtete und klinische Assessmentinstrumente gewinnen auch in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Dabei besteht jedoch eine Diskrepanz zwischen der hohen Bedeutung, die dem Einsatz solcher Instrumente beigemessen wird und der Kenntnis über deren konkrete Anwendungspraxis. In einer Befragung von Kliniken sollten dazu erste Erkenntnisse gewonnen werden. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zur Nutzung patientenberichteter Assessments vorgestellt.

Methode

Im August 2010 erfolgte die postalische Befragung. Diese richtete sich an leitende Ärzte von unfallchirurgischen, chirurgischen, orthopädischen oder rehabilitationsmedizinischen Kliniken und Stationen an 335 Akuthäusern und Rehabilitationseinrichtungen, die am Regelbesuchsverfahren der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) beteiligt sind und somit jährlich mehr als 100 schwerverletzte Patienten behandeln.

In einem zweiseitigen schriftlichen Dokumentationsbogen wurden Angaben zum Einsatz patientenberichteter und klinischer Assessmentinstrumente sowie zum Verwendungszweck und zur Dokumentationsform der Ergebnisse erfragt.

Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 156 Kliniken (47 %) an der Befragung. In 61 % der antwortenden Kliniken werden patientenbezogene Assessments eingesetzt. Davon verwendet etwa die Hälfte (31 %) drei und mehr patientenberichtete Assessmentinstrumente.

Zur Anwendung kommen sowohl generische als auch erkrankungs- bzw. verletzungsspezifische Instrumente. Unter den generischen Fragebögen wurde der Short-Form 36 Items-Fragebogen (SF-36) bzw. seine Kurzform SF-12 (n = 38) am häufigsten genannt. Der EuroQol-Fragebogen (EQ-5D) wurde in 13 Kliniken eingesetzt.

Bei den spezifischen Assessmentinstrumenten wird der Disabilities of Arm, Shoulder and Hand - Fragebogen (DASH, n = 56) zur Messung von Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten am häufigsten eingesetzt. Instrumente zur Erhebung patientenberichteter Ergebnisparameter bei Verletzungen oder Erkrankungen des Rückens finden ebenfalls Anwendung: Funktionsfragebogen Hannover - Rücken (FFbH-R, n = 21), Oswestry Disability

[*] In Kooperation mit dem Arbeitskreis Assessments und Scores der Sektion Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. (Mitglieder des Arbeitskreises sind: P. Bak, H. Bork, M. Büdenbender, H.-H. Daalmann, A. Lohsträter, S. Middeldorf, W.-D. Müller und S.R. Schwarzkopf.)

Index (ODI, n = 18). Bei Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten werden vorrangig der Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC, n = 29) und der Lequesne-Index (n = 6) verwendet.

Die beschriebenen Assessmentinstrumente machen 77 % aller genannten patientenberichteten Fragebögen aus. Etwa die Hälfte der Instrumente kommt nur bei bestimmten Patientengruppen zum Einsatz, 30 % der Fragebögen werden bei allen Patienten einer Indikation, 21 % nur bei einzelnen Patienten verwendet.

Am häufigsten dient der Einsatz der Instrumente zur Qualitätssicherung (62 %). Patientenberichtete Outcomeparameter werden in der Befunderhebung bei einzelnen Patienten, aber auch im Rahmen der Routinedokumentation (53 % bzw. 52 %) erfasst, 48 % der Kliniken nutzen die Ergebnisse zu Forschungszwecken.

Die Ergebnisdokumentation erfolgt in 84 % der Einrichtungen in der Patientenakte, zusätzlich in 60 % der Kliniken in einer elektronischen Datenbank.

Bei Betrachtung der Anwendung patientenberichteter Assessmentinstrumente in Hinblick auf die Belegung der Kliniken durch einzelne Kostenträger zeigt sich, dass die Fragebögen in 73 % der vorrangig mit Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung belegten Kliniken eingesetzt werden, in 64 % der vorrangig mit Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung und in 57 % der vorrangig mit Patienten der gesetzlichen Rentenversicherung belegten Kliniken.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Befragung lieferte wichtige Erkenntnisse über Einsatzgebiete von Instrumenten zur Messung patientenberichteter Outcomes und über die Ergebnisverwertung. Die Untersuchung zeigt, dass trotz Verwendung einer kleinen Zahl von Standardinstrumenten eine weitere Harmonisierung der verwendeten Assessments angestrebt werden sollte. Durch Befragungen in weiteren Akut- und Rehabilitationskliniken, die nicht vorrangig mit Patienten der Gesetzlichen Unfallversicherung belegt sind, sollen die gewonnenen Erkenntnisse abgerundet werden.

Entwicklung von Itembanken für den Bereich "Funktionsfähigkeit im Alltag" bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen

Wirtz, M. (1), Müller, E. (1), Böcker, M. (2), Forkmann, T. (2), Frey, C. (1), Bengel, J. (3)

(1) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, (3) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Einleitung

Die Fähigkeit eines Patienten, Tätigkeiten des Alltags zu verrichten (Funktionsfähigkeit im Alltag), ist gemäß der ICF (WHO, 2001) als zentraler Gesundheitsaspekt insbesondere bei chronisch kranken Patienten zu berücksichtigen. Diese Fähigkeiten stellen eine wichtige Voraussetzung der ‚Partizipation' des Patienten dar (Heinemann, 2005). Zur Erfassung der "Funktionsfähigkeit im Alltag" existieren inzwischen eine Vielzahl von Skalen (Bengel et al., 2008), die jedoch häufig für nur einen eingeschränkten Merkmalsbereich erfassen, was Einschränkungen der Validität und der Reliabilität zur Folge hat. Ziel des vorgestellten Forschungsprojektes* ist es, für Patienten in der orthopädischen Rehabilitation Itembanken zur Erfassung der Funktionsfähigkeit des Alltags zu entwickeln. Dabei soll (a) eine empirische Untersuchung des Konstruktbereiches in Bezug auf die Modellvorstellung der ICF erfolgen und (b) eine empirisch validierte Basis an homogenen Itemgruppen (Itembanken) für verschiedene diagnostische Anwendungen zur Verfügung gestellt werden.

Methoden

Ausgehend von etablierten Messinstrumenten, Experten- und Patientenbefragungen sowie den Definitionen der ICF wurde eine Itembank erarbeitet, die ein breites Spektrum der Einschränkungen im Bereich der ‚Funktionsfähigkeit im Alltag' erfasst (178 Items, Domänen Mobilität, Selbstversorgung und Häusliches Leben). Die Items wurden einer Stichprobe von n = 871 (vollständige Beantwortung oder Testheftdesign) orthopädischen Rehabilitationspatienten vorgelegt. Zunächst wurde mittels einer Faktorenanalyse für ordinale Daten (Analyseprogramm: MPlus, Promax-Rotation) die dimensionale Struktur des Itempools exploratorisch analysiert. Anschließend wurde für die Hauptdimension ‚Funktionsfähigkeit im Alltag' mittels des ordinalen Rasch-Modells (Analyseprogramm: RUMM2020) an einer Substichprobe von n = 500 Patienten eine Rasch-homogene Itembank entwickelt.

Ergebnisse

Die Faktorenanalyse ergab eine dreifaktorielle Lösung: Nach dem Kriterium maximaler Faktorladungen sind 71 Items dem Konstrukt "Funktionsfähigkeit im Alltag", 53 Items dem Konstrukt "Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten" und 55 Items dem Konstrukt ‚Funktionsfähigkeit der unteren Extremitäten' zugeordnet.

Für die Dimension "Funktionsfähigkeit im Alltag" wurde eine Itembank entwickelt, die den Kriterien des Rasch-Models genügt (Belvedere, Morton, 2010; Mills et al., 2009). Zunächst wurden Items mit hohem Item-Misfit (positives Fit-Residual > 3,5) eliminiert. Anschließend wurden itemspezifisch ungeordnete Kategorienschwelle für das fünfstufige Ratingformat i-

* Gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): WI 3210/2-1

dentifiziert, sodass für alle Items nach einzelnen Kategorienfusionierungen ein gültiges ordinales Antwortformat vorlag. Anschließend wurden (a) Items mit substantieller Residualkorrelation (r > 0,3), (b) Items mit Differential Item Functioning (in Bezug auf Alter, Geschlecht, Indikation oder (c) Items mit extremen Schwierigkeiten vorläufig aus der Analyse ausgeschlossen, um eine geeignete Itemgruppe für die Ankerung der Itembank zu erstellen.

Die verbleibende Anker-Itemgruppe (n = 7) erfüllte alle Kriterien für strikt eindimensionale Skalen: (1) keine signifikanten Abweichungen der empirischen Daten von den Vorhersagen des Gesamtmodells (Gesamtmodellfit), indiziert durch $p(Chi^2)>.05$, (2) Itemfit, indiziert durch Fit-Residuen $-2,5>RR>2,5$ und $p(Chi^2)>.05$ (nach Bonferroni-Korrektur), (3) strikte Eindimensionalität überprüft mittels des Smith-Tests. Die in den vorangegangenen Schritten eliminierten Items wurden an dieser Ankerbasis blockspezifisch auf Modellkompatibilität getestet und kalibriert. Als Ergebnis konnte eine Itembank mit 32 Items identifiziert werden, die die Basis für eine Rasch-basierte Erfassung des gesamten Beeinträchtigungsspektrums im Bereich "Funktionsfähigkeit im Alltag" ermöglicht.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die entwickelte Itembank von n = 32 Items kann als Basis für die flexible Definition und Anwendung von Itemgruppen in der Diagnostik und Evaluation der ‚Funktionsfähigkeit im Alltag' verwendet werden. Da die Eindimensionalität der Itembank geprüft wurde, ist trotz Verwendung unterschiedlicher Items (z. B. leichte Items für gering belastete Patienten, schwere Items für stark belastete Patienten) die Vergleichbarkeit der diagnostischen Befunde sichergestellt. Dies stellt insbesondere die Voraussetzung für adaptive Testprozeduren dar, bei der Items vorgelegt werden, die optimal auf den Beeinträchtigungsgrad der Patienten abgestimmt sind. Die Verwendung der Itembank als Basis für die computergestützte adaptive Assessmentprozedur RehaCAT wird derzeit geprüft.

Literatur

Belvedere, S.L., Morton, N.A. (2010): Application of Rasch analysis in health care is increasing and is applied for variable reasons in mobility instruments. Journal of Clinical Epidemiology, 63/12. 1287-1297.

Bengel, J., Wirtz, M., Zwingmann, C. (Hrsg.) (2008): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe.

Heinemann, A.W. (2005): Putting outcome measurement in context: A Rehabilitation Psychology perspective. Rehabilitation Psychology, 50. 6-14.

Mills, R.J., Young, C.A., Nicholas, R.S., Pallant, J.F., Tennant, A. (2009): Rasch analysis of the fatigue severity scale in multiple sclerosis. Mulitple Sclerosis, 15. 81-87.

World Health Organisation (WHO) (2001): International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva, Switzerland: Author.

Validierung des Bavaria Rehabilitanden Assessments für die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation MBO®

Landau, K. (1), Brauchler, R. (2), Diaz Meyer, M. (2), Gnauck, M. (3), Hirthammer, H. (3)

(1) Institut für Organisation und Arbeitsgestaltung, Millstatt, Österreich,

(2) Ergonomia GmbH Co KG, Stuttgart, (3) KLINIK BAVARIA, Kreischa

Hintergrund

Das Bavaria Rehabilitanden Assessment (BRA) ist ein seit etwa zehn Jahren in drei Rehabilitationskliniken eingesetztes Analyseverfahren zur Bewertung von Arbeitsplätzen und Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden vor allem aus der orthopädischen und neurologischen Rehabilitation (Landau et al., 2007). Das BRA wurde und wird als Standardverfahren in der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation (MBO®) bisher in etwa 11.000 Fällen angewendet. Das BRA hat einen arbeitsmedizinisch zu beurteilenden Anforderungsteil, der sich auf die maßgeblich, vom Patienten ausgeführte Tätigkeit bezieht und einen Fähigkeitsteil, der durch klinische Testung bzw. durch Erhebungen des Arztes, des Physiotherapeuten/Ergonomietrainers sowie des Psychologen und Sozialpädagogen ermittelt wird. Zwischen beiden BRA-Profilen wird ein Anforderungs-/Fähigkeitsmatching durchgeführt, das zur Therapiesteuerung, zur Prüfung eventueller LTA-Maßnahmen und zur Unterstützung beruflicher Eingliederung bzw. Um- oder Neuorientierung eingesetzt wird. Das Verfahren hat 118 vorwiegend sechsstufig ordinalskalierte Items, mit denen Belastungshöhe und -dauer des Arbeitsplatzes bzw. Fähigkeiten des Patienten eingestuft werden.

Fragestellung

Das BRA ist ein standardisiertes Erhebungsverfahren, dessen Inhaltsvalidität sowie die Durchführungs-, Interpretations- und Auswertungsobjektivität während der Verfahrensentwicklung 2002 und 2005 sicher gestellt wurden. Bisher fehlten jedoch die Nachweise der inneren Konsistenz und der Konstruktvalidität. So war nicht gesichert, ob der Analytiker tatsächlich anhand einer arbeitsmedizinischen Anamnese und Tätigkeitsbeschreibung des Rehabilitanden verlässlich die Anforderungen des Arbeitsplatzes beurteilen konnte, ohne eine Arbeitsplatzbegehung durchführen zu können.

Methodik

Aus diesem Grund wurde an der Klinik Bavaria in Kreischa 2009/2010 eine Validierungsstudie durchgeführt. Die Validierungsstichprobe bestand aus 88 Arbeitsplätzen in 15 sächsischen Betrieben aus industrieller Produktion, Büro, Handwerk und Dienstleistung. Die Stichprobe wurde so zusammengesetzt, dass die Grundgesamtheit der orthopädischen und neurologischen Patienten der drei Bavaria-Kliniken bezüglich Arbeitsformen, Berufsgruppen, Alter und Geschlecht möglichst realitätsgetreu abgebildet wurde. Die Tätigkeitsanforderungen dieser Arbeitsplätze wurden durch zwei Analytiker mit zwei Eichverfahren - K-AET (Landau et al., 1975) und AAWS (Schaub, 2004) (die selbst validiert sind) bewertet. Unabhängig davon führten zwei weitere Analytiker mit den Stelleninhabern Interviews durch und stuften das BRA ein. Es wurde darauf geachtet, dass die BRA-Analytiker keine Möglichkeit hatten, tatsächlich die Arbeitsplätze der interviewten Mitarbeiter zu sehen.

BRA-Items, die informatorische Arbeit abfragen, wurden mit dem K-AET validiert, BRA-Items, die körperliche Arbeit abfragen, wurden mittels AAWS validiert. Da das BRA und die Eichverfahren unterschiedlichen Aufbau und Itemschlüssel haben, waren Zuordnungen der Items und Schlüssel-Transformationen erforderlich.

Ergebnisse

Die Berechnungen wurden mit SPSS (PASW 18) vorgenommen. Die innere Konsistenz des BRA mit den Konstrukten erforderliche Qualifikation, physikalische Arbeitsumgebung, Sinneswahrnehmungen und psychomentale Anforderungen lag zwischen 0,75 und 0,97 (Cronbachs Alpha) und ist damit als gut bis sehr gut einzustufen. Lediglich für das Konstrukt Arbeitsorganisation konnte die innere Konsistenz nicht gesichert werden.

Die konvergente Validität wurde anhand der Heterotrait-Heteromethod-Korrelation (MTMM-Methode; Campbell, Fiske, 1959) zwischen K-AET/AAWS und BRA mit Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) zwischen 0,225 und 0,815 (alle signifikant) abgesichert. Die diskriminante Validität konnte mit den Monotrait-Heteromethod-Korrelationen bzw. Heterotrait-Heteromethod-Korrelationen in 34 von 40 Vergleichen für die nicht-körperlichen Merkmale und 99 von 112 für die körperlichen Merkmale ebenfalls gesichert werden.

Fazit

Somit erfüllt das BRA die teststatistischen Anforderungen und man kann davon ausgehen, dass über Patienteninterviews durch speziell geschulte BRA-Analytiker die Arbeitsplatzanforderungen des Patienten verlässlich detektiert werden können.

Literatur

Campbell, D.T., Fiske, D.W. (1959): Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bulletin, 56. 81-105.

Landau, K., Luczak, H., Rohmert, W. (1975): Arbeitswissenschaftlicher Erhebungsbogen zur Tätigkeitsanalyse. In: Rohmert, W., Rutenfranz, J. (Hrsg.): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Arbeitsplätzen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Selbstverlag. 251-293.

Landau, K., Brauchler, R., Meschke, H., Weißert-Horn, M., Kiesel, J., Knörzer, J., Rascher, M. (2007): Arbeitsanalyse in der berufsorientierten Rehabilitation. In: Schäfer, E., Buch, M., Pahls I., Pfitzmann J. (Hrsg.): Arbeitsleben! Arbeitsanalyse, Kompetenzentwicklung. Kassler Personalschriften, 6. 59-81.

Schaub, K. (2004): Das Automotive Assembly Worksheet. In: Landau, K. (Hrsg.): Montageprozesse gestalten. Stuttgart: Ergonomia. 91-112.

Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem EORTC-QLQ-C30 in der onkologischen Rehabilitation - Wie gut vergleichbar sind die Funktionsskalen bei verschiedenen Krebserkrankungen?

Jelitte, M. (1), Schuler, M. (1), Schulte, T. (2), Faller, H. (1)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg,

(2) Klinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung, Bad Oexen

Hintergrund

In der onkologischen Rehabilitation wird der EORTC-QLQ-C30 (Fayers et al., 1995) als krebsspezifisches Lebensqualitätsinstrument eingesetzt. Eine Anwendungsmöglichkeit dieses Fragebogens liegt darin, die gesundheitsbezogene Lebensqualität (GLQ) von Menschen mit verschiedenen Krebserkrankungen erfassen und vergleichen zu können. Anhand eines Messmodells der GLQ als latenter Variablen und den Funktionsskalen Physische, Emotionale, Soziale, Kognitive und Rollenfunktionsfähigkeit des EORTC-QLQ-C30 als Indikatoren der GLQ kann geprüft werden, ob bei Patienten mit verschiedenen Krebserkrankungen bei gleicher GLQ tatsächlich auch vergleichbare Werte in den Funktionsskalen gemessen werden. Diese Prüfung erfolgt anhand so genannter Invarianztestungen, bei denen verschiedene statistische Parameter des Messmodells genauer untersucht werden (Schmitt, Kuljanin, 2008). Wenn die Vergleichbarkeit dieser Parameter zwischen den Gruppen *nicht* gegeben ist, dann können die Werte der Funktionsskalen auch nicht ohne Weiteres zwischen den Gruppen verglichen werden.

Methodik

Bei 307 Patienten mit Prostatakrebs (Alter: M=66,5; SD=5,8; Min=43, Max=83) und 162 Patientinnen mit Brustkrebs (Alter: M=54,6; SD=15,6; Min=28, Max=86) wurde nach einer onkologischen Rehabilitation die GLQ mit dem EORTC-QLQ-C30 erfasst. Mit Hilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mit Multigruppenvergleich wurde ein Messmodell der GLQ auf Passung in beiden Subgruppen mit Hilfe des Statistikprogramms AMOS berechnet (χ^2/df = 1,24, RMSEA = 0,02, CFI = 1,00, TLI = 0,99). Anschließend wurden sukzessive verschiedene Parameterebenen dieses Ausgangsmodells der GLQ zwischen den Gruppen gleichgesetzt. Im Vergleichsmodell 1 wurden die Faktorladungen der Indikatoren gleichgesetzt (Prüfung auf metrische Invarianz). Im Vergleichsmodell 2 wurden zusätzlich zu den Faktorladungen die Intercepts der Indikatoren gleichgesetzt (skalare Invarianz).

Ergebnisse

Die Prüfung auf metrische Invarianz (Vergleichsmodell 1) erbrachte ein gut passendes Messmodell (χ^2/df = 1,10, RMSEA = 0,01, CFI = 1,00, TLI = 1,00), das sich nicht statistisch signifikant vom Ausgangsmodell unterscheidet. Die Prüfung auf skalare Invarianz (Vergleichsmodell 2) zeigte ebenfalls ein gut passendes Messmodell (χ^2/df = 2,23, RMSEA = 0,05, CFI = 0,98, TLI = 0,97), das sich jedoch statistisch hochsignifikant vom Vorläufermodell (Vergleichsmodell 1) unterscheidet (χ^2_{DIFF} = 23,7; DF_{DIFF} = 5; $p < 0{,}001$). Somit konnte skalare Invarianz nicht bestätigt werden. Die Analyse der Gleichsetzung der Intercepts ergab, dass der Intercept der Funktionsskala Emotionale Funktionsfähigkeit (EF) freizusetzen war. Bei gleicher Ausprägung der GLQ in beiden Gruppen gaben die Prostatakrebspatienten

(M_{EF} = 71,6) eine positivere emotionale Funktionsfähigkeit an als die Brustkrebspatientinnen (M_{EF} = 65,0). Ein neu berechnetes Vergleichsmodell der sog. partiellen skalaren Invarianz, in dem der Intercept der Skala EF in beiden Gruppen unterschiedlich sein konnte, zeigte wiederum eine gute Modellpassung (χ^2/df = 1,4, RMSEA = 0,03, CFI = 0,99, TLI = 0,99), die sich statistisch nicht signifikant vom Ausgangsmodell unterscheidet.

Diskussion

Die Invarianztestung der Funktionsskalen des EORTC-QLQ-C30 bei Patientinnen mit Brustkrebs und Patienten mit Prostatakrebs erbrachte Hinweise darauf, dass die Skala Emotionale Funktionsfähigkeit bei beiden Patientengruppen nicht ohne Weiteres miteinander vergleichbar ist. Den Einschätzungen der beiden Patientengruppen auf dieser Skala liegen möglicherweise unterschiedliche Bewertungsprozesse zugrunde. Für die anderen Funktionsskalen ist anzunehmen, dass gleiche Werte in den Skalen in beiden Gruppen mit gleichen Werten in der GLQ einhergehen. Das gilt nicht für die Skala EF. Das beschriebene Vorgehen eignet sich zur Prüfung, ob krankheitsübergreifend einsetzbare Lebensqualitätsinstrumente in der medizinischen Rehabilitation tatsächlich geeignet sind, vergleichende Aussagen zur GLQ oder den Funktionsskalen bei Patienten mit verschiedenen Grunderkrankungen zu treffen.

Literatur

Fayers, P.M., Aaronson, N., Bjordal, K., Sullivan, M. (1995): EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Brussels: EORTC Study Group on Quality of Life.

Schmitt, N., Kuljanin, G. (2008): Measurement invariance: Review of practice and implications. Human Resource Management Review, 18. 210-222.

Vergleichende Betrachtung von Ermittlungsmethoden der Trainingsherzfrequenz und deren kardiovaskuläre Adaptation bei Patienten mit Asthma bronchiale

Röder, S. (1), Pleyer, K. (2), Göttlicher, A. (2), Hübscher, J. (1), Menz, G. (2)

(1) Friedrich-Schiller-Universität Jena, (2) Hochgebirgsklinik Davos

Hintergrund

Patienten mit Asthma bronchiale leiden oft unter einer Anstrengungsdyspnoe. Dabei sind sie weniger durch die Beeinträchtigung der Lungenfunktion als vielmehr durch die Dekonditionierung ihres kardiovaskulären und muskulären Systems eingeschränkt (Pleyer, 2001, 2005; Worth et al., 2000). Durch ein gezieltes Training können die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität gesteigert werden (Baumann et al., 2009).

Ziel der Studie war die Untersuchung dreier Ermittlungsmethoden und die Leistungssteigerung während eines drei- bis vierwöchigen Ausdauertrainings bei Patienten mit Atemwegserkrankungen. Die untersuchten Ermittlungsmethoden: HGK-Formel, Karvonen, Formel, Laktat-Leistungssteuerung.

Methodik

In der Studie wurden die drei verschiedenen Ermittlungsmethoden der Trainingsherzfrequenz und deren Trainingseffekte miteinander verglichen. Pro Ermittlungsverfahren wurden 15 Probanden getestet und anhand der Ergebnisse der Trainingsherzfrequenz trainiert (Göhl et al., 2006). Nach dem drei- bis vierwöchigen Training anlässlich eines stationären pneumologischen Rehabilitationsaufenthaltes wurde ein Re-Test durchgeführt und die Leistungssteigerung dokumentiert/verglichen.

Es wurden Männer und Frauen untersucht im durchschnittlichen Alter von 46 Jahren. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgte durch eine Randomisierung. Insgesamt nahmen 60 Patienten an der Studie teil. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 21 bis 28 Tage.

Ergebnisse

Die Untersuchungsgruppen sind homogen und können somit miteinander verglichen werden. D. h. sie zeigen in Alter, sportlicher Vorbelastung, Asthmaschweregrad u.s.w. keine signifikanten Unterschiede. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Leistung der Probanden im Durchschnitt signifikant gesteigert hat. Dennoch sind im Median keine signifikanten Unterschiede der Leistungssteigerung zu betrachten. Betrachtet man aber den Mittelwert liegen die Leistungssteigerungen bei der HGK-Formel (16 %), Karvonen Formel (8,7 %), Laktat Leistungssteuerung (22,4 %) und die Kontrollgruppe lag bei einer Steigerung von 6,7 %.

Diskussion

Weiterführend muss die Korrelation der einzelnen Variablen überprüft werden. Inwieweit hängt z. B. die sportliche Vorbelastung mit der Leistungssteigerung zusammen u.s.w. Welchen Einfluss hat es, dass die einzelnen Untersuchungsgruppen nur eine Probandenzahl von 15 hat.

Schlussfolgerung

Die Untersuchungsergebnisse zeigen bei allen Methoden eine positive Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit der Patienten, obwohl es sich nur um eine Trainingsintervention von drei bis vier Wochen handelt. Die beiden Ermittlungsverfahren Laktat-Leistungssteuerung und die HGK-Formel zeigten eine erheblichere Leistungssteigerung im gleichen Trainingszeitraum.

Literatur

Baumann, H.J., Kluge, S., Klose, H., Hellweger, A., Braumann, K.M., Meyer, A. (2009): Herzfrequenzmessung zur Bestimmung der Trainingsintensität in Lungensportgruppen. Pneumologie, 63/2. 72-77.

Göhl, O., Pleyer, K., Biberger, G., Taube, K., Müller, C., Worth, H. (2006): Empfehlungen zur Planung und Durchführung des körperlichen Trainings im Lungensport. Pneumologie, 60. 716-723.

Pleyer, K. (2001): Sporttherapie bei Erwachsenen mit Asthma bronchiale oder COPD. Med Report, 17. 25.

Pleyer, K., Kaiser, U. (2005): Erweiterung der akutmedizinischen Perspektiven - Rehabilitation, Patientenschulung und Sport in der Langzeitbehandlung von Asthma und Allergien. Notfall und Hausarztmedizin, 3. 98-104.

Worth, H., Meyer, A., Folgering, H., Kirsten, D., Lecheler, J., Magnussen, H., Pleyer, K., Schmidt, S., Schmitz, M., Taube, K., Wettengel, R. (2000): Empfehlung der Deutschen Atemwegsliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. Pneumologie, 54. 61-67.

Überprüfung des Schweriner Fragebogens zum Glücksspielen

Premper, V.
AHG Klinik Schweriner See

Hintergrund

Bei Patienten mit pathologischem Glücksspielen besteht eine massive Gefährdung ihrer Einbindung in soziale Lebensbezüge und Arbeitswelt. Einer rechtzeitigen und erfolgreichen Beratung und Behandlung kommt daher erhebliche Wichtigkeit zu (Premper, Schulz, 2007). Der Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG) wurde mit dem Ziel entwickelt, eine Abschätzung der aktuellen Gefährdung und der Wirksamkeit der Behandlung von pathologischen Glücksspielern vornehmen zu können. Es sollte ein störungsspezifisches Instrument entstehen, dass zur Veränderungsmessung und Behandlungsevaluation geeignet ist. Der SFG erfasst die kognitive und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen. Er umfasst 15 Items, die primär auf die DSM-IV-Diagnosekriterien bezogen sind. Das Instrument wurde erstmals bei einer Stichprobe von 101 stationär behandelten Glücksspielern angewendet und anhand dieser Stichprobe evaluiert. Item-Schwierigkeit, Trennschärfe der Items sowie Homogenität der Items erwiesen sich als gut. Weiter erwies sich der Fragebogen als uni dimensional. Die Reliabilität bestimmt als interne Konsistenz und die Kriteruimsvalidität waren zufriedenstellend. Es konnte gezeigt werden, dass der SFG veränderungssensitiv ist und dass ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des mit ihm gemessenen Merkmals "Involviertheit in das Glücksspielen" und der Rückfallgefährdung nach Ende einer Behandlung besteht (Premper et al., 2007; Premper, 2008). Eine Überprüfung des Instrumentes auf Basis einer größeren Stichprobe erschien daher lohnenswert.

Methode

Zur Überprüfung des Testgütekriterien und zur Replikation von Itemanalyse und Dimensionalitätsüberprüfung wurde der SFG bei einer weiteren Stichprobe stationär behandelter pathologischer Glücksspieler eingesetzt. Untersucht wurden 193 Patienten der AHG Klinik Schweriner See, die sich zwischen dem 01.08.2008 und dem 31.12.2009 in stationärer Behandlung befanden. Der SFG wurde zu Beginn und zum Ende der Behandlung eingesetzt. Zur Überprüfung der Zuweisungsdiagnose wurde der Kurzfragebogen zum Glücksspielen (KFG; Petry, Baulig, 1996) eingesetzt. Parameter des bisherigen Krankheitsverlaufs wurden mit einem speziell entwickelten Anamnesefragebogen erhoben.

Ergebnisse

Das Alter bei Beginn des Glücksspielens lag im Mittel bei 23 Jahren, die aktive Zeit des Glücksspielens betrug im Mittel 12,7 Jahre. Gemessen mit dem KFG lag bei 28 % eine fort-

geschrittene, bei 64 % eine mittelgradige und bei 7 % eine beginnende Glücksspielproblematik vor.

Die Item-Schwierigkeit, die Trennschärfe der Items sowie die Homogenität der Items zeigten ähnliche Werte, wie bei der ersten Stichprobe. Auch bei der Überprüfung erwies sich der Fragebogen wieder als unidimensional. Die Reliabilität, bestimmt als interne Konsistenz, zeigte mit Cronbachs Alpha = 0,91 erneut einen guten Wert. Daten zur Kriteruimsvalidität in Form von Glücksspielfreiheit zum Nachbefragungszeitpunkt liegen für die Stichprobe noch nicht vor. Es zeigte sich im Mittel erneut ein starker Rückgang des mit dem SFG gemessenen Merkmals "Involviertheit in das Glücksspielen" von 21,0 zu Behandlungsbeginn auf 7,2 bei Behandlungsende. Der SFG zeigte sich erneut als veränderungssensitiv.

Diskussion

Die Ergebnisse der Untersuchung von Premper et al. (2007) ließen sich im Wesentlichen replizieren. Item-Schwierigkeit, Trennschärfe der Items sowie Homogenität der Items erwiesen sich erneut als gut. Weiter konnte die Unidimensionalität des Fragebogens bestätigt werden. Die Reliabilität bestimmt als interne Konsistenz zeigte erneut einen guten Wert. Daten zur Kriteruimsvalidität liegen für die Stichprobe noch nicht vor. Auch bei der Wiederholungsuntersuchung erwies sich der SFG als veränderungssensitiv. Zusammenfassend kann er daher als gut geeignet angesehen werden, zur Veränderungsmessung und Behandlungsevaluation bei pathologischem Glücksspielen eingesetzt zu werden. Der SFG kann somit einen wichtigen Beitrag zur adäquaten Gestaltung von Behandlungsprozessen einschließlich Beratungsphase und Nachbehandlung und damit zur Verstetigung von Reha-Erfolgen in der Lebens- und Arbeitswelt der Rehabilitanden leisten.

Literatur

Petry, J., Baulig, H. (1996): Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG). Göttingen: Hogrefe.

Premper, V. (2008): Ergebnisqualität in der Behandlung von pathologischen Glücksspielern. In: Qualitäten der Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland. 393-400.

Premper, V., Sobottka, B., Fischer, T. (2007): Der Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 28. 244-249.

Premper, V., Schulz, W. (2007): Behandlungserfolg und prospektiver Krankheitsverlauf bei pathologischen Glücksspielern in Abhängigkeit von Komorbidität und Spielkarriere. Suchttherapie, 8. 108-114.

Psychisches Befinden in der Gegenüberstellung zu körperlicher und psychischer Symptombelastung bei Patienten medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation

Senft, B., Platz, Th., Hochfellner, S.
Reha-Klinik für Seelische Gesundheit, Klagenfurt

Hintergrund

Der Wunsch nach validen Daten für den Nachweis der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit stationärer Rehabilitationsaufenthalte ist sowohl für das Qualitätsmanagement wie auch für die Evaluation einer Klinik von großer Bedeutung. Häufig divergieren klinische Einschätzungen der Behandler und Werte von Selbstbeurteilungsinstrumenten der Patienten. Deshalb wird versucht, das Assessment laufend zu optimieren. Bisher wurde der IRES 24 häufig in der medizinischen Rehabilitation und in psychosomatischen Kliniken in Deutschland eingesetzt.

Fragestellung

Wie gut eignet sich der IRES 24 zur Evaluation medizinisch psychiatrischer Rehabilitation an einer österreichischen Klinik? Wie hoch ist die Reliabilität des Instruments bei dieser Klientel und wie verhalten sich die Ausprägungen und Veränderungswerte des IRES 24 zu Werten anderer Messinstrumente? Welchen Nutzen hat der zusätzliche Einsatz des IRES 24 in der psychiatrisch-medizinischen Rehabilitation?

Ergebnisse

Es zeigte sich eine sehr hohe Reliabilität für die Skalen des IRES 24 bei rund 900 Patienten medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation. Die Effektstärken der Skala "Psychisches Befinden" aus dem IRES 24 liegen weit über den Effektstärken des GSI im Brief Symptom Inventory (Aufnahme im Vergleich mit Entlassung und Katamnesen nach drei Monaten und einem Jahr). Die Ausgangwerte der Skala "Psychisches Befinden" korrelieren mittelstark mit dem GSI-Wert und nicht bedeutsam mit den Subskalen des BSI. Auch die Differenzen prä-post im GSI und IRES 24 korrelieren nur mittelstark. Für die Skala "Schmerzen" aus dem IRES 24 zeigte sich über die vier Messzeitpunkte eine Verbesserung im Ausmaß einer niedrigen Effektstärke, die Skalen "Funktionsfähigkeit im Alltag" und "Somatische Gesundheit" (beide aus dem IRES 24) verbessern sich zum Entlassungszeitpunkt im Ausmaß einer niedrigen Effektstärke, welche zu den Katamnesezeitpunkten nicht mehr nachweisbar ist.

Konklusionen

Während sich die körperliche und psychische Symptombelastung nur im Ausmaß einer mittleren bis niedrigen Effektstärke verringert, steigen die Werte der Skala "Psychisches Befinden" im Ausmaß eines großen Effekts. Es kann von einer hohen Veränderungssensitivität dieser Skala ausgegangen werden, die sich in guten Effektstärken auch zu den katamnestischen Zeitpunkten widerspiegelt. Möglicherweise kommt die einfache, an der Alltagssprache

orientierte Formulierung der Items den Patienten entgegen. Die acht Items der Skala "Psychisches Befinden" im IRES 24 weisen eine höhere emotionale Färbung auf als die 53 Items des BSI, welche ausschließlich körperliche und psychische Symptome der letzten sieben Tage erheben. Eine präzise Beschreibung von Symptomen für einen genau definierten Zeitpunkt scheint für einen erheblichen Teil der Klientel in der Reha-Klinik ungewohnt und schwierig zu sein, was sich auch in Anamnesegesprächen zeigt. Eine Übereinstimmung der Ergebnisse im IRES 24 mit Fremdurteilen durch BehandlerInnen wurde im Rahmen dieser Studie nicht untersucht. Die Skala "Psychisches Befinden" erscheint anhand dieser Ergebnisse eine gute Ergänzung zu den bisher eingesetzten Symptomskalen zu sein. Es konnte belegt werden, dass das psychische Befinden trotz erheblicher Symptombelastung nachhaltig verbessert werden konnte, was ein Hinweis auf einen verbesserten Umgang mit der Erkrankung bzw. Symptomatik sein könnte.

Die Arbeitsplatzphobieskala - Ein Screeninginstrument in der psychosomatischen Rehabilitation

Muschalla, B., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Arbeitsplatzphobien stellen eine häufige Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen dar. Sie sind jedoch schwer zu erkennen, da allein der Bericht darüber für Patienten angstauslösend und/oder peinlich sein kann. Die "Arbeitsplatzphobieskala" ist ein Screeninginstrument, das die Identifizierung solcher Patienten unterstützen soll.

Methode

Aus der differentialdiagnostisch konzipierten mehrdimensionalen Job-Angst-Skala (JAS, Linden et al., 2008) wurden die Items der Subdimensionen Antizipatorische Angst, Phobische Vermeidung und Globale Arbeitsplatzangst zu einer Kurzskala zusammengestellt. Diese 13 Items umfassen die für die Beschreibung eines Arbeitsplatzphobiesyndroms nötigen Symptome. Die Items sind jeweils auf einer Likert-Skala von "0 = trifft gar nicht zu" bis hin zu "4 = trifft voll zu" von den Probanden zu beantworten. Die Items werden den Patienten unter dem Titel "Fragebogen zu Arbeitsplatzproblemen" vorgegeben, der "Situationen, Gedanken und Gefühle" erfragt, "die man am Arbeitsplatz erleben kann" (Abbildung 1).

Wenn ich an meinen Arbeitsplatz denke, merke ich, wie sich alles in mir anspannt.
Bei der Vorstellung, an diesem Arbeitsplatz einen kompletten Arbeitstag durchstehen zu müssen, bekomme ich Panikgefühle.
In bestimmten Situationen am Arbeitsplatz befürchte ich, ich könnte körperliche Symptome bekommen, wie z. B. Erröten, Zittern, Schwitzen, Herzrasen...
Lieber laufe ich einen Umweg, als dass ich die Straße entlanggehe, in der sich meine Arbeitsstelle befindet.

Im Allgemeinen habe ich vor Arbeitstagen einen deutlich schlechteren Schlaf als vor Nicht-Arbeitstagen.
Es kostet mich Überwindung, öffentliche Orte (z. B. örtlicher Supermarkt) aufzusuchen, an denen ich Arbeitskollegen oder Vorgesetzte treffen könnte.
Wenn irgend möglich, meide ich es, mich in die Nähe meiner Arbeitsstelle zu begeben.
Ich musste mich ein oder mehrere Male krank schreiben lassen, weil ich die Probleme an meinem Arbeitsplatz nicht länger hätte ertragen können.
Auf dem Weg hin zu meiner Arbeitsstelle würde ich am liebsten umdrehen.
Nach der Arbeit beeile ich mich mehr als andere, bloß schnell von allem dort wegzukommen.
Während ich arbeite, bin ich ständig auf der Hut, was als nächstes passieren könnte.
Ich erlebe starke Befindlichkeitsstörungen oder Unbehagen, wenn ich an meinem Arbeitsplatz bin.
Ich erlebe starke Befindlichkeitsstörungen oder Unbehagen, wenn ich an meinen Arbeitsplatz denke.

Abb. 1: Items der Arbeitsplatzphobieskala

Ergebnisse

Diese Arbeitsplatzphobieskala wurde an 212 Patienten, darunter 71,7 % Frauen, einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik validiert. Faktorenanalytisch ergaben sich die zwei Dimensionen "Panikerleben" (Angstsymptome) und "spezifisches Vermeidungsverhalten" bezüglich des Arbeitsplatzes. Je höher der Wert auf der Arbeitsplatzphobieskala, desto häufiger wurde in einem diagnostischen Interview die Diagnose einer Arbeitsplatzphobie gestellt (Linden, Muschalla, 2007) und desto häufiger und länger waren die Patienten arbeitsunfähig. Die interne Konsistenz (Cronbach´s alpha) der Arbeitsplatzphobieskala ist mit .957 als sehr gut anzusehen (Muschalla, Linden, 2008). Eine nochmalige Überprüfung der Skala an n=1.559 Patienten, die im Rahmen der klinischen Routine die Skala ausfüllten, erbrachte eine Bestätigung der Faktorenstruktur.

Schlussfolgerungen

Die Arbeitsplatzphobieskala ist ein für den klinischen Gebrauch nützliches Screeninginstrument, das ohne großen Aufwand als Globalindikator für arbeitsplatzbezogene Ängste und die Ausprägung einer arbeitsplatzphobischen Symptomatik dienen kann.

Literatur

Linden, M., Muschalla, B. (2007): Anxiety disorders and workplace-related anxieties. Journal of Anxiety Disorders, 21. 467-474.

Linden, M., Muschalla, B., Olbrich, D. (2008): Die Job-Angst-Skala (JAS). Ein Fragebogen zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 52. 126-134.

Muschalla, B., Linden, M. (2008): Die Arbeitsplatzphobieskala. Ein Screening-Instrument für die medizinische Rehabilitation. Ärztliche Psychotherapie, 3. 258-262.

Die deutsche Version des Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ-D) zur Erfassung der Komorbidität. Analysen zur prädiktiven Validität

Streibelt, M.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Komorbidität beeinflusst bei Gelenkersatz das Behandlungsergebnis nachweislich (Davis et al., 2006; Lingard et al., 2004). Allerdings gestaltet sich die Erhebung der Komorbidität in klinischen oder epidemiologischen Untersuchungen häufig schwierig. Sangha et al. entwickelten daraufhin den Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ, Sangha et al., 2003), der im Vergleich zum Arzturteil moderate bis gute psychometrische Vergleichswerte aufwies. In einer früheren Untersuchung konnte dies auch für die deutsche Version (SCQ-D) nachgewiesen werden (Streibelt, Lassahn, 2010).

Fragestellung

Hier soll der Frage nachgegangen werden, ob sich der SCQ-D hinsichtlich der Vorhersage zukünftiger medizinischer Inanspruchnahme sowie des Behandlungsergebnisses als prädiktiv erweist.

Methodik

Die Daten entstammen einem Projekt zur Evaluation der Integrierten Versorgung (IV) in der Endoprothetik (Bethge et al., 2010). Die Stichprobe besteht aus Patienten mit Gon- oder Coxarthrose, die im Rahmen der IV einen Gelenkersatz erhielten und an der Studie teilnahmen. Der SCQ-D wurde zum Zeitpunkt der Anmeldung zum Versorgungsprogramm (ca. vier bis sechs Wochen präoperativ) erhoben. Anschließend folgten schriftliche Befragungen zu den Zeitpunkten T1 (Beginn der Anschlussrehabilitation AR), T2 (Ende der AR), T3 (3-4 Monate postoperativ) und T4 (1 Jahr postoperativ). Darin wurden u. a. das Behandlungsergebnis, gemessen mit der deutschen Version des Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC, Gesamtscore: 0-96, Stucki et al., 1996), sowie zu T4 die Krankenhaustage ein Jahr postoperativ (den Aufenthalt aufgrund der Operation nicht eingerechnet) erfasst.

Der SCQ-D erfragt anhand einer Checkliste von 13 Erkrankungen, ob bei den Patienten das jeweilige Problem vorliegt und in einem zweiten Schritt, ob deswegen bereits medizinische Behandlung bzw. Medikamente notwendig wurden. Daraus werden zwei Summenindizes gebildet (SCQ-D1, SCQ-D2).

Die Bewertung der prädiktiven Validität wurde im Falle der Vorhersage des Behandlungsergebnisses, da für jede Person mehrere Messungen vorlagen, durch die Schätzung hierarchischer Mehrebenenmodelle (HMM) vorgenommen. Im fixen Term erfolgte die Kontrolle nach Alter, Geschlecht, Indikation, Bildung, Selbstwirksamkeit zu T1 sowie Zeit (kategorial). Der Effekt des SCQ-D wurde mittels segmentspezifischer Schätzer für jeden Zeitpunkt separat geschätzt (T1 bis T4). Bezüglich der Vorhersage der Krankenhausaufenthalte wurde die abhängige Variable dichotomisiert (1: >10 Tage Aufenthalt ein Jahr postoperativ). Die Confounder des verwendeten multiplen logistischen Regressionsmodells wurden - abgese-

hen vom Faktor Zeit - analog gewählt. Zusätzlich erfolgte die Kontrolle des Krankenhausaufenthalts im Jahr vor der OP (ebenfalls dichotomisiert).

Ergebnisse

Die Stichprobe bestand aus 213 Probanden (n_{Cox}=111, n_{Gon}=102). Sie waren durchschnittlich 71,5 Jahre alt, 67 % waren weiblich. Es wurden durchschnittlich 2,87 Probleme mittels SCQ-D angegeben, bei 1,91 Problemen erfolgte eine medizinische Inanspruchnahme. 11,1 % der Probanden gaben an, mehr als 10 Tage postoperativ im Krankenhaus verbracht zu haben.

Die HMM wurden auf Basis von 745 Messungen von 198 Probanden geschätzt (min=2; mean=3,8; max=4). In die multiple logistische Regression konnten 184 Personen integriert werden.

Aufgrund des hohen Zusammenhangs der beiden Skalen des SCQ-D (r=0,77) wurden die Modellschätzungen nur für SCQ-D1 durchgeführt. Im Zeitverlauf wurden erhebliche Verbesserungen des Behandlungsergebnisses geschätzt. Der Skalenwert des WOMAC sank zu T2 um 8 Skalenpunkte, zu T3 um 15 Skalenpunkte und zu T4 um 17 Skalenpunkte im Vergleich zum Ausgangswert zu T1. Die Vorhersage des Behandlungsergebnisses durch den SCQ-D gelang darüber hinaus zu allen vier Zeitpunkten (b_{T1}=3,14 (p<0,001); b_{T2}=1,71 (p=0,028); b_{T3}=2,37 (p=0,002); b_{T4}=1,79 (p=0,025)). Mit höherer präoperativer Komorbidität nach SCQ-D ging demnach ein signifikant schlechteres Behandlungsergebnis zu allen Zeitpunkten einher.

Auch die Vorhersage der postoperativen Krankenhausdauer gelang mittels des SCQ-D (OR=1,37; p=0,032). Bei höherer präoperativer Komorbidität nach SCQ-D erhöhte sich demnach signifikant das Risiko eines längerfristigen Kankenhausaufenthaltes ein Jahr postoperativ.

Diskussion

Mit dem Nachweis der prädiktiven Güte hat sich der SCQ-D endgültig als valide zur Erhebung der Komorbidität im Rahmen klinischer oder epidemiologischer Studien erwiesen. Sowohl das funktionale Behandlungsergebnis wie auch der stationäre Krankenhausaufenthalt konnten vorhergesagt werden. Dabei war es unerheblich, welche der beiden Skalen Verwendung fand.

Literatur

Bethge, M., Bartel, S., Döring, J., Streibelt, M. (2010): Verbesserte Behandlungsqualität durch sektorenübergreifende Kooperation. Eine Mixed-Methods-Evaluation der Integrierten Versorgung bei Hüft- und Kniegelenkersatz. Lengerich: Pabst.

Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L., MacKenzie, C.R. (1987): A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis, 40/5. 373-383.

Davis, A.M., Agnidis, Z., Badley, E., Kiss, A., Waddell, J.P., Gross, A.E. (2006): Predictors of functional outcome two years following revision hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am, 88/4. 685-691.

Lingard, E.A., Katz, J.N., Wright, E.A., Sledge, C.B. (2004): Predicting the outcome of total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am, 86 A (10). 2179-2186.

Sangha, O., Stucki, G., Liang, M.H., Fossel, A.H., Katz, J.N. (2003): The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. Arthritis Rheum; 49/2. 156-163.

Streibelt, M., Lassahn, C. (2010): Die deutsche Version des Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ-D) zur Erfassung der Komorbidität. Analysen zur Übereinstimmung mit dem Arzturteil. DRV-Schriften, Bd. 88. 127-128.

Verlaufsdokumentation anhand des XSMFA-D in der ambulanten Physiotherapie bei Kniebeschwerden; Änderungssensitivität im Vergleich mit dem Arbeitsbewältigungsindex und einer Schmerz-Skala

Karstens, S. (1,2), Froböse, I. (1), Wolf, G. (3), Igl, W. (4), Weiler, S.W. (5)

(1) Deutsche Sporthochschule, Köln, (2) Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, (3) Zentralverband der Physiotherapeuten und Krankengymnasten, Nordverbund, Hamburg, (4) Wilmar Igl Statistical Consulting, Berlin, (5) Gesundheitsschutz AUDI AG, Ingolstadt

Hintergrund und Fragestellung

Zu Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten in ambulanter physiotherapeutischer Behandlung ist bislang nur wenig bekannt. Ein Grund dafür könnte die Problematik sein, geeignete Erhebungsinstrumente auszuwählen. Neben den klassischen Hauptgütekriterien ist aufgrund der verhältnismäßig kurzen Behandlungsdauer für den angesprochenen Bereich insbesondere auch der zeitliche Aufwand zum Bearbeiten als Nebengütekriterum von Relevanz (Karstens et al., 2008).

Im Rahmen einer sekundären Fragestellung der APT-Nord-Studie (Ambulante Physiotherapiestudie Norddeutschland) wurde die Änderungssensitivität des Beeinträchtigungsindex (BI; 4 Fragen) der extrakurzen Version des Musculoskeletal Function Assessment Questionnaire (XSMFA-D; Wollmerstedt et al., 2006) bestimmt und mit der des Funktionsindex (FI; 12 Fragen) sowie dem Arbeitsbewältigungsindex (ABI; 9 Fragen und Liste mit 14 Krankheitsgruppen; Tuomi et al., 2001) und einer 11-Punkte-Box-Skala zur Schmerzintensität (SzI; Schomacher, 2008) verglichen.

Patienten

In ambulanten Physiotherapiepraxen in Norddeutschland entsprechend der ärztlichen Verordnung behandelte Patienten mit Knorpelveränderungen oder einer Meniskusproblematik und Beschwerdedauer ≥1 Monat (55 % Frauen, mittleres Alter (SD): 48,5 (10,8) Jahre).

Methode

Im Rahmen einer multizentrischen (n = 84) Prä-Post-Studie wurden die Patienten vor der Therapie (t1), nach Therapie (t2) und sechs Monate nach Therapie (t3) befragt. Für die Änderungssensitivität wurde der standardized response mean (SRM) für die aus den drei Zeitpunkten resultierenden Paare berechnet. Mittels eines Bootstrapping-Verfahrens (5.000 Stichprobenziehungen) wurden 95- und 99-Prozent-Konfidenzintervalle für die SRM-Differenzen der Instrumentenpaare berechnet. Dabei wurde der Beeinträchtigungsindex als

Referenz festgelegt. Aufgrund der multiplen, aber korrelierten Tests wurde als Signifikanzniveau α=0,01 festgesetzt.

Ergebnisse

Es wurden Messwertdifferenzen von 96 Patienten im Veränderungszeitraum zwischen Behandlungsbeginn (t1) und -ende (t2) bzw. von 67 Patienten zwischen Therapieende (t2) und Nacherhebung (t3) ausgewertet.

Die Veränderungen für das Zeitpunktepaar t1-t2 liegen bei SRM_{BI} = 1,4, SRM_{FI} = 1,05, SRM_{ABI} = 0,92, SRM_{SzI} = 1,02, für das Zeitpunktepaar t2-t3 bei SRM_{BI} = 0,19, SRM_{FI} = 0,02, SRM_{ABI} = 0,2, SRM_{SzI} = 0,18.

Tabelle 1 zeigt die SRM-Differenzen sowie die zugehörigen Konfidenzintervalle.

Für das Zeitpunktepaar t1-t2 ergeben sich für alle Instrumentenvergleiche signifikante Unterschiede. Für das Zeitpunktepaar t2-t3 ergeben sich dem angesetzten Signifikanzniveau entsprechend keine Unterschiede.

Zeitpunkte		Instrumente		SRM-Differenz	CI (95 %)		CI (99 %)		Signifikanz
t1	t2	BI	SzI	0,37	0,085	0,665	0,001	0,783	**
t1	t2	BI	FI	0,35	0,105	0,629	0,018	0,713	**
t1	t2	BI	ABI	0,47	0,155	0,836	0,031	0,941	**
t2	t3	BI	SzI	-0,01	-0,269	0,240	-0,353	0,319	
t2	t3	BI	FI	-0,23	-0,481	0,034	-0,592	0,108	
t2	t3	BI	ABI	-0,41	-0,775	-0,048	-0,950	0,049	

CI (95 %)/ CI (99 %) = 95-/99-Prozent-Konfidenzintervall, ** = signifikant auf dem 1-Prozent-Niveau

Tab. 1: SRM-Differenzen für die verschiedenen Erhebungsinstrumente

Diskussion

Alle Instrumente zeigen signifikante, therapiebegleitende Veränderungen auf. Der BI zeigt die größten Verbesserungen und unterscheidet sich dabei deutlich von den Vergleichsinstrumenten und dem FI. Der für den Nachbeobachtungszeitraum gegenüber dem ABI angedeutete Unterschied könnte darauf beruhen, dass für dessen Ergebnisberechnung auch Nebendiagnosen relevant sind und die Berufsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines Zeitraums eingeht (1 Jahr), der im Falle der vorliegenden Arbeit den Therapiezeitraum einschließt.

Schlussfolgerung

Der XSMFA-D bildet Veränderungen der krankheitsspezifischen Lebensqualität deutlich ab und ist auch unter Berücksichtigung des geringen Umfangs ein für die Dokumentation des Therapieverlaufs bei Kniebeschwerden gut einzusetzendes Instrument.

Literatur

Karstens, S., Weiler, S.W., Froböse, I., Wolf, G. (2008): Praktikabilität standardisierter Dokumentationsverfahren in der ambulanten Physiotherapie. DRV-Schriften, Bd. 77. 340-341.

Schomacher, J. (2008): Gütekriterien der visuellen Analogskala zur Schmerzbewertung. Physioscience, 4. 125-133.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., Tulkki, A. (2001): Arbeitsbewältigungsindex - Work Ability Index; Übersetzung (1. Aufl.). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.

Wollmerstedt, N., Faller, H., Schneider, J., Glatzel, M., Krischner, S., König, A. (2006): Evaluierung des XSMFA-D an Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates und operativer oder konservativer stationärer Therapie. Die Rehabilitation, 45. 78-87.

Evaluierte Prognosen für Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren auf der Grundlage somatischer, psychischer und sozialer Faktoren

Romer-Raschidi, K. (1), Rupp, K. (2), Rogge, K.-E. (3), Schmickal, T. (4), Wind, G. (1), Grützner, P.A. (1), Wentzensen, A. (1)

(1) BG Klinik Ludwigshafen, (2) Kinder und Jugend Medizin Zentrum Universität Heidelberg, (3) Psychologisches Institut Universität Heidelberg, (4) Klinikum Neumarkt

Einleitung

Die gesetzliche Unfallversicherung stellt für die Folge von Arbeits- und Wegeunfällen je nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens geeignete Reha-Maßnahmen zur Verfügung. Erfahrungen zeigen, dass die Reha-Verfahren nicht immer den gewünschten Erfolg aufweisen. Bisher gibt es kaum valide Prognosemodelle, die sich auf gesicherte Erkenntnisse von Faktoren für Erfolg oder Misslingen der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation stützen können. Die Zielsetzung der Studie bestand darin, eine integrierende, evaluierte Befundaufnahme (Ist-Zustand) von medizinischen, psychologischen und sozialen Faktoren zu erstellen, die als Grundlage für Prognosen über Erfolg oder Misslingen von unfallchirurgischen Reha-Maßnahmen in Berufgenossenschaftlichen Heilverfahren dienen kann (Schliehe, 2006; Kratky, 1991). Dadurch soll eine Optimierung des Monitoring der Heilverfahren durch rechtzeitige Steuerung und Interventionen des Reha-Prozesses nach Maßgabe seiner vorhergesagten Ergebnisse erreicht werden.

Methodik

Die untersuchte Stichprobe umfasste n=108 Patienten, die eine Reha-Abklärung durchlaufen hatten. Es handelt sich dabei um ein Verfahren zur interdisziplinären Evaluation der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nach Arbeits- und Wegeunfällen, mit empfohlenem Reha-Konzept zum weiteren Vorgehen.

Von den ärztlichen, physio- und ergotherapeutischen, psychologischen und im Sozialdienst tätigen Fachvertretern des Reha-Abklärungsteams wurden umfängliche Merkmalslisten konzipiert, mit denen Detailinformationen über den Status quo der Patienten dokumentiert werden konnten. Zusammen mit standardisierten psychologischen Skalen konnte eine umfassende Mehrebenenbetrachtung realisiert werden. Das breite Merkmalsspektrum erforderte eine nach inhaltlichen, psychometrischen, wissenschaftstheoretischen und praktischen Kriterien ausgerichtete Variablenreduktion, um ein vertretbares Verhältnis von Patientenfallzahlen und untersuchten Merkmalen für weiterführende statistische Analysen zu gewährleis-

ten (Bortz, Döring, 2006). Indexbildungen und zu Gesamtscores agglutinierte Daten ermöglichten die Konzentration auf verwendbare Kernvariablen.

Prognosen erlangen eine Steigerung ihrer Güte, wenn Zufallseffekte zu Gunsten von systematischen Einflussfaktoren reduziert werden können (Rogge, 1998). Durch eine Klassifikation der Gesamtstichprobe in drei Patientengruppen - "Unauffällige", "Psycho-sozial hoch Belastete", "Widerstandsfähige" - konnte die Vorhersagewertigkeit für zwei der drei Gruppen (bei Ausfall einer Gruppe wegen zu geringer Besetzungszahl) deutlich gesteigert werden.

Katamnestisch erhobene Daten informierten über die Zufriedenheit mit den empfohlenen Reha-Maßnahmen und deren Erfolg (Indexbildung) aus der Sicht der BG-Sachbearbeiter/ Reha-Manager und den Patienten. Daraus ergaben sich zwei Urteilsebenen (Zielkriterien) für die Konstruktion der formalen Vorhersagemodelle.

Mittels Diskriminanzanalysen erfolgte eine Untersuchung von Merkmalen in Bezug auf den eingeschätzten Reha-Erfolg. Weiterhin wurde eine Analyse von spezifischen Einzelkriterien durchgeführt.

Ergebnisse

Die Aufteilung in drei Stichprobenkonstellationen (alle Patienten, zwei analysierbare Gruppen) über zwei Urteilsebenen führten zu insgesamt sechs Prognosemodellen. Ein daraus gebildeter Satz von prognosetauglichen Merkmalen umfasste medizinische, psychologische und soziale Komponenten wie beispielsweise: Schmerzintensität, Depressionsneigung, Motivation und Leistung, günstiges Arbeitsumfeld, Ausmaß von Einschränkungen im Berufs- und Privatleben. Darüber hinaus konnten mit Diskriminanzanalysen Merkmalskomplexe gefunden werden, die es erlauben, nicht-erfolgreich von erfolgreich eingeschätzten Reha-Prozessen zu unterscheiden. Positiv verlief auch die Vorhersage des Einzelerfolgskriteriums Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit durch Prädiktoren, die sich in den formalen Prognosemodellen bewährt hatten. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der geringen Patientenanzahl (hauptsächlich relevant für die Gruppenbestimmung) der Geltungsbereich der Studie als begrenzt (relativ kleine anfallende Stichprobe) gelten muss.

Ausblick

Für die Reha-Praxis zeigte sich, dass anhand der Vorhersagen in Bezug auf den Erfolg bzw. das Misslingen der Reha-Verläufe, eine Optimierung des Heilverfahrens durch Überprüfung und Zielabgleich der durchgeführten empfohlenen Reha-Maßnahmen dringend erforderlich ist. Grundlage wäre hierfür die Erhebung des individuellen Ist-Zustandes und der Gruppenzugehörigkeit der Patienten, um dann anhand der Vorhersagemodelle spezifische Monitoring-Strategien wie beispielsweise flankierende Stützungsmaßnahmen (Nübling et al., 2004) oder Bündelung von Maßnahmen zu entwickeln. Eine positive Kosten-Nutzen-Relation wäre durch die in Wirksamkeit und Nachhaltigkeit verbesserten Heilverfahrensabläufe und damit verbundenen Kostendämpfungen zu erwarten.

Literatur

Bortz, J., Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Kratky, K.W. (1991): Komplexität als übergeordnetes Prinzip für die Ganzheitsmedizin. In: Stacher, A. (Hrsg.): Ganzheitsmedizin. Zweiter Wiener Dialog. Wien: Facultas.

Nübling, R., Hafen, K., Jastrebow, J., Körner, M., Löschmann, Ch., Rundel, M., Schmidt, J., Wirtz, M., Bengel, J. (2004): Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Reihe: Rehabilitation, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin; Bd. 7. Regensburg: Roderer.

Rogge, K.-E. (1998): Theorie und Modellbildung psychologischer Prognosen. Vortrag im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden, Wiesloch. Unveröffentlichtes Manuskript.

Schliehe, F. (2006): Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Alltag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Die Rehabilitation, 45. 258-271.

Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden - Eine explorative Bestandsaufnahme

Hinrichs, J. (1), Fiedler, R.G. (1), Greitemann, B. (2), Heuft, G. (1)

(1) Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, (2) Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Ressourcen werden in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wie auch in der Psychotherapieforschung einen zentralen Stellenwert in der Behandlung von Patienten zugesprochen (Grawe, 1998) In der medizinischen Versorgung findet neben der Diagnostik psychischer bzw. somatischer Störungen die ressourcenorientierte Beurteilung von Patienten immer mehr Beachtung in der individuellen Therapieplanung. In der medizinischen Rehabilitation gibt es bislang wenig Erfahrung über die Bedeutung von Ressourcen bei Rehabilitanden und keine psychodiagnostischen Verfahren, die sich nach bisherigem Wissensstand mit der generischen Erfassung von Ressourcen beschäftigt haben.

In diesem Projekt* wird das Konstrukt Ressourcen konzeptionell im Reha-Kontext (chronische Erkrankung; institutionelle Besonderheiten wie räumliche Distanz vom Wohnort, begrenzter Behandlungszeitraum) betrachtet und als Basis für die Entwicklung eines multidimensionalen Instrumentes zur ökonomischen Erfassung von Ressourcen bei Rehabilitanden herangezogen.

Methodik

Basierend auf einer Literaturrecherche zum Konstrukt Ressourcen wurde ein Interviewleitfaden zur Erfassung von Ressourcen bei Rehabilitanden entwickelt. Im Anschluss wurden in einer Querschnittsuntersuchung 36 problemzentrierte Interviews mit Rehabilitanden aus drei Indikationsgebieten (Psychosomatik, Orthopädie, Kardiologie) geführt. Die Interviews fokussierten hierbei auf sieben Themenbereiche (z. B. erfolgreiche Krisenbewältigung; Nutzung bzw. Nicht-Nutzung (Verfügbarkeit) von Ressourcen in der Rehamaßnahme). Im Anschluss

* Gefördert von der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V.

wurden die mit Tonband aufgezeichneten Interviews transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2002).

Ergebnisse

In den Aussagen der interviewten Rehabilitanden konnte eine Vielzahl von Ressourcen identifiziert werden, die für die Befragten nützlich erlebt werden. Sie lassen sich inhaltlich im Wesentlichen den Bereichen volitionale und motivationale Fähigkeiten (z. B. Selbstwirksamkeit; Handlungskontrolle; Optimismus), Selbstwerterleben, positive Aktivitäten, soziale Unterstützung (z. B. Familie; Freundschaften) und zielbezogene Perspektiven zuordnen.

Unter Einbezug des Reha-Kontextes, d. h. bezogen auf die Relevanz der o. g. Ressourcenbereiche für die chronische Erkrankung und den Reha-Verlauf, zeichnete sich bei den Befragten erwartungsgemäß ein unterschiedliches Bild ab, was die individuelle Bedeutung von Ressourcen unterstreicht. So erlebten beispielsweise einige Befragte die räumliche Distanz von Familie und Freunden als besonders hilfreich für die Behandlung, bei anderen jedoch führte diese Trennung eher zu einem negativ erlebten Verlauf bis hin zum Wunsch, die Behandlung abzubrechen. In einem anderen Beispiel erlebten viele Befragte den Informationsaustausch wie auch die erlebte emotionale Unterstützung durch die Mitpatienten als sehr hilfreich. Jedoch wurde auch deutlich, dass nicht jeder Patient im Rahmen seines Persönlichkeitsstils bzw. seiner verfügbaren sozialen Kompetenzen die Nähe zu Mitpatienten als nützlich erlebte ("alleine unter vielen").

Diskussion und Ausblick

Die Vielzahl der in den Interviews gefundenen Ressourcen zeigt, dass die Komplexität des Gegenstandbereiches und die erlebte Wechselbeziehung mit der Reha-Maßnahme eine sinnvolle Reduktion bzw. Fokussierung notwendig macht.

In der konzeptionellen Verortung von Ressourcen bei Rehabilitanden können zum einen Ressourcenbereiche identifiziert werden, die in der alltäglichen Bewältigung von Problemen als nützlich erlebt werden, bereits erfolgreich eingesetzt worden sind und im zeitlichen Kontext relativ stabil sind. Zum anderen wird der aktuelle Problembereich eines Patienten durch die chronische Erkrankung (Reha-Kontext) bestimmt, in denen die Nutzung und erlebte Relevanz der Ressourcen (z. B. Ausnahme der erlebten Belastung) eine besondere Rolle bei der Krankheitsbewältigung spielen (vgl. auch Willutzki, 2008).

Auf Basis der gefundenen Ergebnisse erfolgt die Entwicklung eines Itempools, der die Erfassung der o. g. Ressourcenbereiche im Kontext der alltäglichen und aktuellen Problembereiche abbildet. Der Itempool befindet sich aktuell in der Erprobung und wird im Anschluss an einer geplanten Stichprobe von 700 Rehabilitanden teststatistisch überprüft. Erste Ergebnisse werden zur Tagung vorliegen und entsprechend differenziert präsentiert.

Literatur

Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Mayring, P. (2002): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Willutzki, U. (2008): Ressourcendiagnostik in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In: Brähler, E., Fydrich, T. (Hrsg.): Klinische Diagnostik und Evaluation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 126-145.

Wieviel FIM entspricht soviel SINGER? Übereinstimmung und Umrechnung der Funktionsassessments SINGER und FIM

Freidel, K. (1), Leisse, M. (2)

(1) Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz,

(2) MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel Kues, MEDIAN Klinik Burg Landshut

Hintergrund

Aufwandsorientierte Vergütungssysteme sind im Gesundheitswesen ein Trend, der sich zwischen Kostendruck und dem Wunsch nach Planungssicherheit herauskristallisiert. Für eine aufwandsorientierte Vergütung benötigt man zuverlässige und nachvollziehbare Klassifikationssysteme. Der Aufwand ist abhängig vom Grad der Beeinträchtigung der Rehabilitanden. In der neurologischen Rehabilitation wird dem durch unterschiedliche Tagessätze je nach Schweregrad Rechnung getragen (Phase C, Phase D). In der geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz wurden von einzelnen Krankenkassen bereits schweregradabhängige Fallpauschalen auf Basis des Functional Independence Measure FIM (Granger et al., 1986) zu Reha-Beginn vereinbart. Da mit dem SINGER (Funke et al., 2009) jetzt ein Assessment zur Verfügung steht, das dem FIM in psychometrischer Hinsicht überlegen ist, stellte sich die Frage der Umrechenbarkeit und ob beide Assessments FIM und SINGER gleichermaßen dazu geeignet sind, Rehabilitanden einer Schweregradgruppe zuzuordnen.

Methodik

Ab Mai 2010 wurden 25 Rehabilitanden einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung konsekutiv sowohl mit SINGER [Range 18-126] als auch mit dem FIM Assessment [Range 0-100] hinsichtlich ihrer Selbständigkeit eingeschätzt. Die Einstufung wurde zu zwei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende) durch geschulte Teams vorgenommen. Die statistische Auswertung wurde mit SPSS durchgeführt. Die Umrechnungsformel wurde durch Regressionsverfahren ermittelt (z. B. FIM= $\beta 1$*SINGER + $\beta 0$ [Konstante]). Die in Rheinland-Pfalz umgesetzte Schweregradeinstufung mit FIM (Gesamtwert) sieht vier Gruppen vor (B, C1, C2, D): Gruppe B entspricht FIM 18-36, Gruppe C1 entspricht FIM 37-60, Gruppe C2 entspricht FIM 61 bis 90, Gruppe D entspricht FIM 91 bis 126. Nach der Regressionsberechnung wurden vier analoge Schweregradgruppen auf Basis der Einstufung mit dem SINGER gebildet und die Übereinstimmung mit Kappa-Statistik berechnet.

Ergebnisse

Das lineare Modell (Abb. 1) zeigt eine Modellanpassung von R^2=0,928. Darin spiegelt sich die hohe Übereinstimmung der beiden eingesetzten Assessmentverfahren FIM und SINGER. Terme zweiter (quadratisches Modell) oder dritter Ordnung (kubisches Modell) konnten mit einer Modellanpassung von 0,930 die Vorhersage von SINGER auf FIM nicht signifikant verbessern. Es ergibt sich die Umrechnungsformel FIM = 1,074*SINGER + 11,567. Daraus lassen sich die Grenzen für eine Schweregradeinstufung analog zum FIM bestimmen: Gruppe B entspricht SINGER 0-23, Gruppe C1 entspricht SINGER 24-45, Gruppe C2 entspricht SINGER 46 bis 73, Gruppe D entspricht SINGER 74 bis 100. In der überwiegenden Anzahl der Einstufungen kommen beide Messinstrumente zum gleichen Ergebnis. Bei drei Vergleichsmessungen werden Patienten mit FIM in eine "leichtere" Schweregradgruppe

eingeordnet, bei vier Vergleichen ist es umgekehrt. Keine der Einstufungen unterscheidet sich um mehr als eine Gruppe. Der Kappakoeffizient liegt bei κ=0,78, was nach Altman (1991) einer guten Übereinstimmung entspricht.

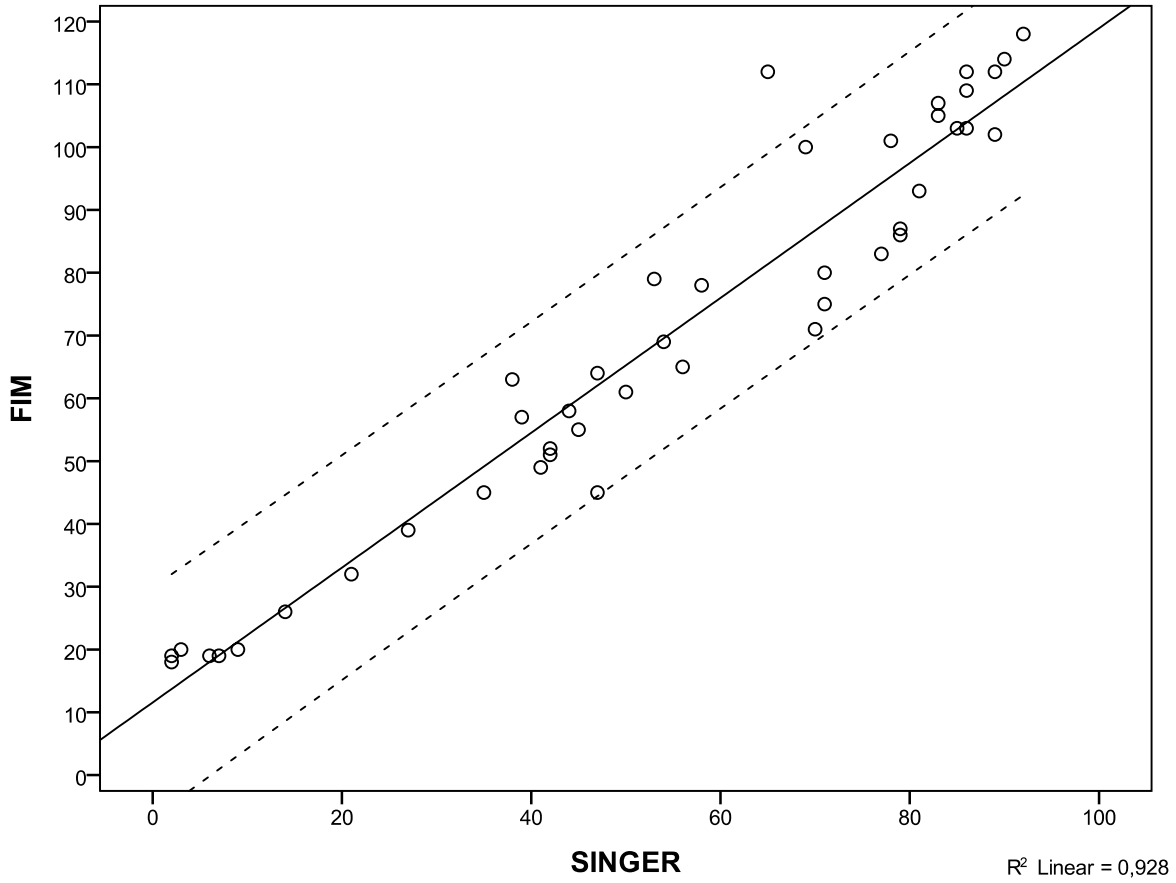


Abb. 1: Lineare Regression des FIM-Gesamtwertes auf den Gesamtwert des SINGER mit Regressionsgeraden und 95 % Konfidenzintervall

Diskussion

Die Übereinstimmung der Assessmentinstrumente FIM und SINGER ist sehr hoch. Eine Klassifizierung in Schweregradgruppen ist mit beiden Messinstrumenten möglich, die Übereinstimmung bei einer Klassifizierung liegt mindestens in einem als "gut" zu bewertenden Bereich. Die Umrechnung mittels Regressionsverfahren führt zu anderen Ergebnissen als eine einfache Skalentransformation. Die Frage, welchem der Messinstrumente der Vorzug zu geben ist, kann durch die vorliegende Studie nicht beantwortet werden. Hinweise auf bessere Interraterreliabilität sprechen für den SINGER. Wie die Studie gezeigt hat, besteht allerdings auch beim SINGER noch Optimierungspotenzial bei der Operationalisierung der Items.

Schlussfolgerungen

Mit dem SINGER und dem FIM stehen Instrumente zur Verfügung, mit denen Rehabilitanden und Patienten auf den Grad ihrer funktionellen Beeinträchtigung hin eingestuft werden können. Darüber hinaus eignen sich beide Instrumente für die Verlaufsdokumentation und den Erfolgsnachweis in der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation.

Literatur

Altman, D.G. (1991): Practical Statistics for Medical Research. Boca Raton: Chapman & Hall.

Bassler, M., Nosper, M., Follert, P., Böwering, L., Polak, U. (2007): Datenquellen für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der medizinischen Rehabilitation - Das QS-Reha®-Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen und das Dokumentationssystem EVA-Reha® des MDK Rheinland-Pfalz. Die Rehabilitation, 46. 155-163.

Funke, U.-N., Schüwer, U., Themann, P., Gerdes, N. (2009): Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation. SINGER. Regensburg: Roderer.

Granger, C.V., Hamilton, B.B., Keith, R.A., Zielezny, M., Sherwin, F.S. (1986): Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Topics in Geriatric Rehabilitation, 1. 59-74.

Überprüfung der Messqualität des Aktivitätstests zur Mobilität im Rollstuhl (AMR) bei erworbener Paraplegie anhand einer Rasch-Analyse

Scheuer, T. (1), Anneken, V. (1), Thietje, R. (2), Richarz, P. (3), Wirtz, M. (4)

(1) Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport an der Deutschen Sporthochschule Köln und der Lebenshilfe NRW (FiBS e.V.), Frechen,
(2) Querschnittgelähmten-Zentrum des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg, (3) Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS e.V.), Hamburg,
(4) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund

In der Rehabilitation ist der Einsatz geeigneter Assessmentinstrumente unerlässlich. Sie sind nicht nur in der Diagnostik von Patientenmerkmalen, sondern auch bei der Evaluation von Behandlungseffekten von großer Bedeutung. Im Rahmen der Qualitätssicherung in Rehabilitationseinrichtungen muss eine hohe Qualität der psychometrischen Messinstrumente gewährleistet sein, damit sich Patientendaten aussagekräftig und interpretierbar für Ärzte und Therapeuten gestalten (Wirtz, Böcker, 2007).

Der im Rahmen eines dreijährigen, durch die DGUV geförderten Projektes "Teilhabe durch Mobilität" an der Deutschen Sporthochschule Köln in Kooperation mit dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband entwickelte AMR (Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl) ist ein ICF-basiertes Verfahren zur Beurteilung der aktivitätsorientierten Leistungsfähigkeit im Umgang mit dem Rollstuhl. Das Verfahren für Paraplegiker beinhaltet 17 zu beurteilende Items und eine Zeitfahraufgabe. Im klinischen Setting hat sich die Anwendung des Verfahrens bewährt. Die Interraterreliabilität und die konkurrente Validität des Beurteilungsverfahrens konnten nachgewiesen werden (Anneken et al., 2008). Um zu prüfen, ob die Vorteile streng eindimensionaler Assessmentskalen für den AMR-Test in der Diagnostik genutzt werden können, wurde die Itemgruppe auf Passung zum ordinalen Rasch-Modell analysiert. Skalen, die nach den Annahmen des Rasch-Modells konstruiert werden, besitzen besonders wünschenswerte Eigenschaften: Es kann davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Personenkennwerte intervallskaliert sind und lediglich eine zugrunde liegende Merkmalsdimen-

sion die Fähigkeitseinschätzung der Patienten auf den einzelnen Skalen bedingt (Wirtz, Böcker, 2007).

Methode

Es wurden bisher 175 Paraplegiker (ø Alter: 39,66; Geschlecht: ♂ 78,3 %) anhand des AMR in verschiedenen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz getestet. Die überprüften Aktivitäten simulieren typische und alltagsspezifische Anforderungssituationen wie z. B. das Überwinden von Stufen und Rampen oder von unebenen Bodenprofilen. Jedes Item wird auf einer 5er-Fähigkeitsskala unter standardisierten Testbedingungen von den geschulten Therapeuten vor Ort eingeschätzt. Die Rasch-Homogenität und die Validität der Ratingskalenformate der AMR-Items wurde mittels des Programms WINMIRA (partial-credit-Modell) überprüft (Rost, 2003; Davier, 2000).

Ergebnisse

168 Datensätze waren vollständig und konnten zur Analyse herangezogen werden. Die Betrachtung der geschätzten Schwellenordnung zeigt eine zu feine Wahl der Fähigkeitsstufen auf. Die nicht ordinale Anordnung der Schwellen konnte durch Fusionierung einzelner Antwortkategorien korrigiert werden. Infolgedessen weisen 16 Items eine adäquate Modellpassung (Item-Fit mittels Q-Index: Q-Index<0,3; $-1{,}96 \leq zq < 1{,}96$; $0{,}025 \leq p(Q) < 0{,}975$) und Bootstrapping (p(CressieRead) = 0,25; p(ChiQ = 0,3) mit einer Rasch-Reliabilität von 0,828 auf. Lediglich das Item "15cm Stufe hochfahren" zeigt keine Passung zum ordinalen Rasch-Modell und wird für weitere Berechnungen ausgeschlossen. Die durchschnittlichen Personenparameter liegen bei 2.373 und weisen damit auf eine vergleichsweise hohe Fähigkeit der Untersuchungsstichprobe relativ zur Itemschwierigkeit hin.

Schlussfolgerung und Ausblick

Vor dem Hintergrund zunehmend geforderter Qualitätssicherung rehabilitativer Maßnahmen stellt der AMR-Para-Test unter Ausschluss eines Items ein geeignetes Assessmentinstrument zur Dokumentation der aktivitätsorientierten Rollstuhlmobilität bei Querschnittlähmung dar, für das die besonders wünschenswerten Eigenschaften streng eindimensionaler Assessmentskalen in der klinischen Routinediagnostik genutzt werden können.

Literatur

Anneken, V., Richarz, P., von Reth, A., Schüle, K. (2008): Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR). Ein Assessmentverfahren zur Qualitätssicherung bewegungstherapeutischer Maßnahmen in der Rehabilitation bei erworbener Querschnittlähmung. Vortrag 21. Jahrestagung DMGP, 21.-24.05.2008, Rostock.

Davier, M. von (2000): WINMIRA. - A program system for analyses with the Rasch model, with the latent class analysis and with the mixed Rasch model. - Programma.

Rost, J. (2003): Testtheorie - Testkonstruktion. Huber, Göttingen.

Wirtz, M., Böcker, M. (2007): Eigenschaften und Nutzen des Rasch-Modells in der klinischen Diagnostik. Die Rehabilitation, 46. 238-245.

Die faktorielle Struktur der direkten und der indirekten Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation - Analysen auf Item- und Subgruppenebene

Meyer-Moock, S., Kohlmann, T.
Institut für Community Medicine, Universität Greifswald

Hintergrund und Studienziel

Zur Messung von Veränderungen relevanter Zielgrößen in der medizinischen Rehabilitation liegen unterschiedliche Methoden vor. Je nach Anzahl und zeitlicher Anordnung der Messzeitpunkte (Prä-Post-Design oder einmalige retrospektive Messung) werden die indirekte und die direkte Veränderungsmessung unterschieden. Für beide Methoden sind in der Literatur zahlreiche Vor- und Nachteile angeführt (Kastner et al., 1997; Nübling et al., 2004).

Im Rahmen des Projektes "Ergebnismessung in der medizinischen Rehabilitation: Vergleich unterschiedlicher Methoden der Outcome-Messung anhand von rehabilitationswissenschaftlichen Datensätzen"* haben wir die Ergebnisse aus früheren vergleichenden Studien zur direkten und indirekten Veränderungsmessung, nach denen die beiden Methoden nur in geringem Maße übereinstimmen, überprüft. Analysen der faktoriellen Struktur hatten gezeigt, dass die Indikatoren der direkten Veränderungsmessung unabhängig von ihrem Inhalt einer ihnen gemeinsamen Dimension zugeordnet waren (Kohlmann et al., 1998). In unserer Studie wurde anhand dreier unabhängiger Studien untersucht, ob die bisher überwiegend auf Skalenebene erzielten Ergebnisse auch auf Item- und Subgruppenebene gültig und die Ergebnisse bezüglich Änderungen der untersuchten Items stabil sind.

Methodik

Die empirische Grundlage bildeten drei Stichproben von Rehabilitationspatienten (n=466, n=194, n=610) aus den Indikationsgruppen muskuloskeletale, kardiale, pulmonale und weitere Erkrankungen, die mit beiden Methoden der Veränderungsmessung hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes, des psychischen Wohlbefindens, der körperlichen Funktionsfähigkeit, des Leistungsvermögens sowie zu Schlafproblemen, Sozialkontakten und Schmerzen befragt wurden. Mittels Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger Rotation wurde die faktorielle Struktur der direkten und der indirekten Veränderungsmessung untersucht. Faktorenlösungen mit zwei, drei, vier und fünf extrahierten Faktoren wurden verglichen. Die Stabilität der Ergebnisse wurde zudem (a) in Subgruppenanalysen sowohl nach Indikationen als auch mit ausschließlicher Faktorisierung der Items der direkten Veränderungsmessung, (b) mit alternativer Skalierung der Veränderungsdaten und (c) mit nichtlinearen Hauptkomponentenanalysen zur Berücksichtigung der kategorialen Natur der untersuchten Variablen geprüft.

* Das Projekt wurde im Rahmen des Förderschwerpunktes "Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Ergebnisse

Die Analyse der faktoriellen Struktur der drei untersuchten Datensätze hat gezeigt, dass die bisher berichteten Ergebnisse auch auf Itemebene und für Subgruppen gültig sind. Es war zu beobachten, dass die Ergebnisse der Analyse der beiden Methoden nur in geringem bis mittlerem Maß übereinstimmen. Die Indikatoren der direkten Veränderungsmessung luden unabhängig von ihrem Inhalt auf einer bzw. wenigen gemeinsamen Dimensionen, die nicht denen der indirekten Veränderungsmessung entsprachen. Die Ergebnisse waren im Wesentlichen stabil gegenüber Änderungen der untersuchten Items. Die Subgruppenanalysen und die indikationsbezogenen Analysen bestätigten die Ergebnisse.

Schlussfolgerung

Die Betrachtung der beiden Methoden zur Veränderungsmessung ergab, dass das Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse die bereits analysierten Inkonsistenzen in der Übereinstimmung beider Methoden auch auf Itemebene widerspiegelt. Es werden mit der indirekten und der direkten Methode unterschiedliche Aspekte der Veränderung beschrieben. Je nach Anwendungsfeld sollten die Vor- und Nachteile der einzelnen Messmethoden gegeneinander abgewogen werden. Vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse empfiehlt sich für eine umfassende Darstellung von Veränderungen als Erhebungsinstrument im Rahmen der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluation nach wie vor die Standardmethode der Veränderungsmessung (indirekte Veränderungsmessung), da mit dieser mehrdimensionale Konstrukte ausreichend trennscharf abgebildet werden können.

Literatur

Kastner, S., Basler, H.D. (1997): Messen Veränderungsfragebögen wirklich Veränderungen? Untersuchungen zur Erfolgsbeurteilung in der psychologischen Schmerztherapie. Schmerz, 11. 254-262.

Kohlmann, T., Raspe, H. (1998): Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen "indirekte" und "direkte" Methoden der Veränderungsmessung überein? Die Rehabilitation, 37/1. 30-37.

Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W., Schmidt, J. (2004): Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. Prax Klin Verhaltensmed Rehab, 65. 35-44.

Training von Planungskompetenz im Kontext der beruflichen Rehabilitation

Arling, V., Grossmann, L., Palme, S., Spijkers, W.
RWTH Aachen

Hintergrund

Für Alltag und Berufsleben hat Planungskompetenz als Fähigkeit, hinsichtlich zweck- und zielgerichteten Planens relevante Aspekte zu identifizieren und entsprechend zu berücksichtigen, eine große Bedeutsamkeit (Funke, Fritz, 1995). Dem entsprechend ist die Diagnostik bzw. die Feststellung von ggf. notwendigem Förderbedarf auch für die berufliche Rehabilitation von ausdrücklicher Relevanz.

Mit dem Tour-Planer wurde ein Verfahren zu Erfassung von Planungskompetenz in der beruflichen Rehabilitation entwickelt (Arling, 2006), aus dem mit der Generierung weiterer Verfahren in Kombination mit einem speziellen Vorgehen bei der Ergebnisrückmeldung ein Trainingskonzept abgeleitet wurde.

Hinsichtlich der Rückmeldung lehnt sich das Trainingskonzept an das Selbstinstruktionstraining von Meichenbaum (1979) an. Ziel ist es, dem Teilnehmer in Form von Handlungsanweisungen zu Selbstinstruktionen zu verhelfen, die bei der Bearbeitung entsprechender Planungs- bzw. Organisationsaufgabenstellungen zielführend sind.

Methode

Beim Tour-Planer (TP) handelt es sich um einen sog. visualisierten Postkorb. Der Spieler ist angehalten mit Unterstützung durch ein Spielbrett eine Besichtigungstour durch eine fiktive Stadt zu planen. Bei der Planung gilt es Aspekte wie die Einhaltung von zeitlichen Randbedingungen (Öffnungszeiten etc.) und spezifischen Abfolgen oder die Abwägung von verschiedenen Alternativen einzuhalten (vgl. Funke, Glodowski, 1990).

Auf Basis des Tour-Planers wurden durch systematische Variation der o. g. Aspekte mit dem Routen-Planer (RP) ein Parallelverfahren und mit dem Einkaufsplaner (EP; leichteste Variante) und dem Urlaubsplaner (UP; komplexer gegenüber dem Einkaufsplaner) zwei leichtere Versionen des ursprünglichen Planspiels generiert (z. B. unterschiedliche Anzahl zu berücksichtigender Anlaufstellen).

Das Training wurde an vier Terminen durchgeführt (1. Tour-Planer, 2. Einkaufsplaner, 3. Urlaubsplaner, 4. Routen-Planer [Erfolgkontrolle]). Die Teilnehmer erhielten ab dem 2. Termin vor Beginn der nächsten Testung Rückmeldung zum vorausgegangen Planspiel. Die Rückmeldung beinhaltete eine Aufklärung über Aufbau und Ziel des vorausgegangen Verfahrens. Sie wurden explizit dazu angehalten, bestimmte Fehler zu vermeiden. Darüber hinaus wurden ihnen spezifische Verhaltensstrategien zur Bearbeitung einer solchen Planungsaufgabe an die Hand gegeben.

Zur Kontrolle von Lern- bzw. Transfereffekten kamen die Parallelversionen des Büro-Tests (BT; Marschner, 1981) zur Anwendung (1. Termin: BT-A; 4. Termin: BT-B). Der Büro-Test erfasst Organisationsfähigkeit und kam im Rahmen der ursprünglichen Kriteriumsvalidierung des Tour-Planers zur Anwendung.

Die Untersuchung wurde mit Unterstützung von n=26 Rehabilitanden von einem freien Bildungsträger durchgeführt.

Ergebnisse

Mittels einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung berechnet sich bzgl. der Planspiele vom ersten zum vierten Termin eine signifikante Leistungssteigerung ($F[1,3]=5,97$, $p<0,05$; $\eta^2=0,64$). Im Tour-Planer werden 49,54 %, im Einkaufsplaner 75,69 %, im Urlaubsplaner 70,77 % und im Routen-Planer 72,61 % der möglichen Gesamtpunktzahl erreicht. Post-hoc-Vergleiche ergeben, dass die Leistungssteigerung vom Tour-Planer zum Einkaufsplaner bzw. vom Tour-Planer zum Routen-Planer jeweils signifikant ist ($p<0,05$).

Für den Büro-Test zeichnet sich ebenfalls eine signifikante Leistungssteigerung ab (BT-A/BT-B: $t[15]=-4,65$; $p<0,001$; $AM_{BT-A}=19,79$, $SD_{BT-A}=7,62$; $AM_{BT-B}=28,21$, $SD_{BT-B}=8,79$) ab.

Diskussion

Die Konzeption des Trainings kann in dieser ersten Erprobung als erfolgreich bezeichnet werden, da sich über die vier Messzeitpunkte eine signifikante Leistungsverbesserung dahingehend abbildet, dass einerseits der parallel konstruierte Routen-Planer signifikant besser bearbeitet wurde als der Tour-Planer und dass sich die Bearbeitung des zur Kontrolle eingesetzte Büro-Test mit Version B ebenfalls signifikant verbesserte. Letzteres Ergebnis zeigt, dass sich die Leistungssteigerung nicht nur als reiner Planspiel-Lerneffekt interpretieren lässt, sondern dass ein Transfer auf eine abweichende Aufgabenstellung geleistet wird, die zwar im Sinne von Organisationskompetenz mit Planung assoziiert ist, mit der Aufgabenstellung in den Planspielen aber nicht identisch ist.

Ausblick

Geplant ist eine Erweiterung der Kriteriumsvalidierung des Trainings bzgl. der Leistungsfähigkeit (Arbeitsleistung im Umschulungsberuf) von Teilnehmern während der Reha-Maßnahme.

Literatur

Arling, V. (2006): Entwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Erfassung von Planungskompetenz in der beruflichen Rehabilitation: Der "Tour-Planer". Berlin: Logos.

Funke, J., Glodowski, A.S. (1990): Planen und Problemlösen: Überlegungen zur neuropsychologischen Diagnostik von Basiskompetenzen beim Planen. Zeitschrift für Neuropsychologie, 2. 139-148.

Marschner, G. (1981): Der Büro-Test. Verfahren zur Untersuchung der praktisch-kaufmännischen Anstelligkeit für Büroarbeiten. Göttingen: Hogrefe.

Meichenbaum, D. (1979): Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban und Schwarzenberg.

Entwicklung von ICF-Core Sets für die berufliche Rehabilitation

Gläßel, A. (1,2), Finger, M. (1,2,4), Escorpizo, R. (1,2,3), Schrör, M. (5), Stucki, G. (1,2,3), Cieza, A. (1,2,6)

(1) Schweizer Paraplegiker Forschung (SPF), Nottwil, (2) ICF Research Branch, WHO FIC CC, SPF, Nottwil und München, (3) Seminar für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik, Universität Luzern und SPF, Nottwil, (4) Rehaklinik Bellikon, (5) Berufsförderungswerk Kirchseeon, (6) Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften (IGRW), Ludwig-Maximilians-Universität, München

Hintergrund

Mit der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) steht ein System zur Verfügung, auf dessen Grundlage das typische Spektrum der Funktionsfähigkeit von Menschen in der beruflichen Rehabilitation und unter Berücksichtigung der Umwelt, in der sie leben, beschrieben werden kann (WHO, 2001). Die ICF-Klassifikation ist mit ihren über 1.400 ICF-Kategorien jedoch für die Anwendung in der klinischen Praxis zu umfangreich und es werden entsprechende Werkzeuge, wie z. B. "ICF Core Sets" für die Praxis und Forschung benötigt. Ein ICF Core Set soll einerseits möglichst wenige Kategorien enthalten, um praktikabel zu sein. Andererseits muss es so viele Kategorien wie notwendig beinhalten, um das prototypische Spektrum an Einschränkungen der funktionalen Gesundheit einschließlich der Kontextfaktoren abzubilden (Cieza et al., 2004).

Die berufliche Rehabilitation zeichnet sich aus durch ihre vielfältig beteiligten Akteure. Aus diesem Grunde ist es für einen zielgerichteten, koordinierten Rehabilitationsprozess von Vorteil, diesen in Zukunft auf einer gemeinsamen Sprache und Referenz abzustützen (Escorpizo et al., 2010). In Kooperation mit der Schweizerischen Unfallversicherung (SUVA), der Rehaklinik Bellikon, der ICF Forschungsstelle an der Schweizer Paraplegiker Forschung, Nottwil und mit der Abteilung für Classification, Terminology and Standards (CTS) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zahlreichen Partnerorganisationen wurden ICF Core Sets für die berufliche Rehabilitation entwickelt.

Ziel des Projekts

Das Ziel des Projekts war die Entwicklung von ICF-Core Sets für die berufliche Rehabilitation. Für den Einsatz der ICF in der beruflichen Rehabilitation werden zwei unterschiedliche ICF-Core Sets entwickelt, ein sogenanntes "Umfassendes ICF-Core Set" und ein "Kurzes ICF-Core Set".

Methodik

Als Entscheidungsgrundlage für die Entwicklung von ICF-Core Sets für die berufliche Rehabilitation wurden von 2008 bis 2010 Daten in vier Vorbereitungsstudien erhoben: (1) Patientenbefragungen, um die häufigsten Probleme der Betroffenen zu identifizieren, (2) Patientenbefragungen anhand qualitativer Methoden von Fokusgruppen (3) Internetbasierte Ex-

pertenbefragung und (4) systematischem Literaturreview, um die wichtigsten in der Literatur enthaltenen Outcome-Kriterien für berufliche Rehabilitation zu identifizieren.

Ergebnisse

Die Verabschiedung der ICF-Core Sets für die berufliche Rehabilitation erfolgte evidenzbasiert auf der Grundlage der Ergebnisse der vier Vorbereitungsstudien in einem internationalen Konsensus-Prozess im Mai 2010. Für das Umfassende ICF Core Set für die berufliche Rehabilitation wurden aus den Komponenten Aktivität und Partizipation, Körperfunktionen und Umweltfaktoren 90 ICF Kategorien und für das Kurze ICF Core Set 13 ICF Kategorien der 2. Ebene ermittelt.

Literatur

Cieza, A., Ewert, T., Üstün, T.B., Chatterji, S., Kostansjek, N. (2004): Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. Journal of Rehabilitation Medicine, 44. 9-11.

Escorpizo, R., Ekholm, J., Gmünder, H.P., Cieza, A., Kostanjsek, N. (2010): Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). J Occup Rehabil.

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

Beurteilung der Dimensionen Leistung und Leistungsfähigkeit in der ICF bei Patienten mit COPD

Raschke, F., Schneider, M., Fischer, J.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney

Hintergrund

Für das Krankheitsbild COPD existiert bereits ein Core Set (Stucki et al., 2004) der ICF. Verwendbarkeit, Güte und Einsatzbereich dieses reduzierten Instruments zur Zustandsbeschreibung sind nicht zuletzt abhängig von der Skalierung der verschiedenen Beurteilungskriterien der ICF (Qualifier), die sich beim einzelnen Patienten nicht immer mit dem Schweregrad der Erkrankung decken müssen. Die mögliche Zuordnung setzt voraus, dass sich die bekannten und eingeführten krankheitsbezogenen Assessments in der ICF mit einer Graduierung der Beurteilung abbilden lassen. Eine solche Weiterentwicklung der Graduierung wird von den ICF-Autoren ausdrücklich empfohlen. Sie liegt bislang nur in Ansätzen vor. Es sollte daher geprüft werden, inwieweit der Therapieerfolg in den Dimensionen körperlich/geistige Leistung und Leistungsfähigkeit während der medizinischen Rehabilitation für das Krankheitsbild der Chronisch Obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) über das bestehende Core Set der ICF abgebildet werden kann.

Ziel

Zur Beantwortung der Frage einer Abbildungsmöglichkeit müssen bekannte klinische Funktionsprüfungen, die sowohl physiologisch-biochemische Messungen als auch Funktionstests des alltäglichen Lebens - wie z. B. die Gehstrecke innerhalb von 6 Min. - beinhalten einbezogen werden, um objektive Verbesserungen der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit mit Funktionsänderungen von Aktivität und Partizipation in Familie, Beruf und Gesellschaft vergleichen zu können.

Methode

Es wurde der Funktionsbereich körperliche Leistung und Leistungsfähigkeit an 87 Patienten mit COPD (Schweregrade nach GOLD 0 - IV) zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme untersucht. Hierzu wurden nur diejenigen Schlüssel-Items aus dem Core Set der ICF verwendet, die die körperliche Leistungsfähigkeit sowie die Aktivität und Partizipation beinhalten. Diese wurden auf ihre Änderungssensitivität durch die Behandlung geprüft und hinsichtlich internationaler Schweregradeinteilung (Köhler et al., 2003) der COPD (GOLD) über bestehende Funktionstests wie Lungenfunktion und 6 Min.-Gehstrecke extern validiert. Angaben zu Aktivität und Partizipation wurden mit klinischen Standardverfahren (sowie realen Funktionstests zur Abbildung der Items zur körperlichen Leistungsfähigkeit wie rennen, springen, schwimmen u. a.) verglichen und ausserdem das angegebene, subjektive Anstrengungsempfinden nach der Borg-Skala (Löllgen, 2004) von 0 bis 10 auf die ICF-Qualifier-Skalen übertragen. Die Validität wurde in Form einer real erbrachten Leistung überprüft. Ausserdem wurden der Blutgasstatus und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF36) zu Beginn und am Ende der Reha erfasst.

Ergebnisse

Anhand der gewonnenen Verlaufsdarstellung wurden die von der ICF vorgegebenen Prozentränge jedes Beurteilungsmerkmals (gehen, rennen, laufen, schwimmen, springen, Abfalleimer beseitigen, Schuhe anziehen u. a. m.) in die ICF-Perzentile des jeweiligen Beurteilungsmerkmals übertragen. Die Schweregradeinteilung der COPD von 0-IV korrespondiert nicht mit den Qualifiern der ICF (n. s.), wenn man als Beurteilungskriterium die individuelle Anstrengungsempfindung des Patienten nach der Borg-Skala zugrunde legt. Die erbrachte Leistung zeigte für zahlreiche Items zwar einen gestuften Zusammenhang, der aber nicht durchgängig mit dem Schweregrad der COPD korrespondierte. Die Erfassung der Leistungsfähigkeit war nur für das Item d4500, kurze Entfernungen gehen, anhand der zurückgelegten Gehstrecke im 6 Min.-Gehtest möglich. Dort war die objektiv erbrachte Leistung zu Beginn der Reha niedriger als am Ende (480 vs 510 m, $p<0,01$), was auch mit der Anstrengungsempfindung korrespondierte (4,6 vs 4,36 Skt-Borg); $p<0,05$).

Diskussion

Eine zu erwartende Graduierung des Beurteilungsmerkmales in der ICF zum Schweregrad der COPD und ggf. seiner Verbesserung im Verlauf der Reha konnte unter Verwendung der Borg-Skala zur Erhebung des subjektiven Anstrengungsempfindens nicht für alle Alltagsaktivitäten durchgängig nachgewiesen werden. Unsere Ergebnisse zeigen damit, dass die ICF Leistung nur auf breiter Basis und Leistungsfähigkeit nur in eingeschränktem Maße empfind-

lich und ökonomisch abbilden kann. Änderungen in den Kodierungen der ICF hingegen stehen in enger Wechselwirkung mit der funktionalen Leistungsfähigkeit.

Literatur

Köhler, D., Fischer, J., Raschke, F. (2003): Usefulness of GOLD classification of COPD severity. Thorax, 58. 825-828.

Löllgen, H (2004): Das Anstrengungsempfinden (RPE, Borg- Skala). Dtsch. Z. Sportmed., 55. 299-300.

Stucki, A., Stoll, Th. (2004): ICF core sets for obstructive pulmonary diseases. J Rehabil. Med.; Suppl., 40. 114-120.

Anwendung der ICF Core Sets in der Begutachtung von Patienten mit lumbalen Rückenschmerzen und generalisiertem Schmerzsyndrom

Kirschneck, M. (1), Winkelmann, A. (2), Kirchberger, I. (1), Gläßel, A. (3), Ewert, T. (2), Stucki, G. (3,4), Cieza, A. (1,3)

(1) Institut für Gesundheits- and Rehabilitationswissenschaften, Ludwig-Maximilians-Universität, München; ICF Research Branch of the Collaborating Centre for the WHO Family of International Classifications in German, (2) Klinik and Poliklinik für Physikalische Medizin and Rehabilitation, Ludwig-Maximilians-Universität, München, (3) Swiss Paraplegic Research, Nottwil, (4) Department of Health Science & Health Policy at University of Luzerne, Switzerland at SPF Nottwil, Switzerland

Hintergrund

Das sozialmedizinische Gutachten ist eine wesentliche Grundlage zur Entscheidung der Rentenversicherungsträger über eine Gewährung von Leistungen zur Teilhabe und von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Trotz existierender Leitlinien und der Tatsache, dass es allgemein akzeptiert ist, dass die Beurteilung der Funktionsfähigkeit ein essentieller Bestandteil ist, stellt sich die Frage, inwieweit eine größere Standardardisierung und Objektivität von ärztlichen Gutachten gewährleistet werden kann. Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) (WHO, 2001) stellt einen konzeptuellen Rahmen und zugleich eine einheitliche, standardisierte Sprache zur Beschreibung von Funktionsfähigkeit und Behinderung zur Verfügung. Die ICF Core Sets, krankheitsbezogene Listen relevanter ICF Kategorien, könnten den Gutachtern als praktikables Tool an die Hand gegeben werden. Damit könnte die Standardisierung in der Begutachtung unterstützt werden.

Ziele und Fragestellung

Ziel des Forschungsvorhabens ist es, zu überprüfen, ob die ICF Core Sets für lumbale Rückenschmerzen (Cieza et al., 2004a) sowie die ICF Core Sets für das generalisierte Schmerzsyndrom (Cieza et al., 2004b) als Grundlage zur Anfertigung von Gutachten über Patienten mit diesen Gesundheitsstörungen herangezogen werden können.

Methode und Studiendesign

Im Rahmen einer retrospektiven, qualitativen Studie wurden ärztliche Gutachten von Patienten mit jeweils lumbalen Rückenschmerzen oder generalisiertem Schmerzsyndrom für die Deutsche Rentenversicherung in die Sprache der ICF übersetzt. Die Übersetzung (Linking) wurde nach einer ausführlichen Schulung in Linking-Regeln (Cieza et al., 2002; Cieza et al., 2005) von sozialmedizinischen Gutachtern von verschiedenen Trägern der DRV und Gesundheitsfachpersonen des Institutes für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften (IHRS) München durchgeführt. Anschließend wurden die Häufigkeiten der genannten ICF Kategorien berechnet und mit den ICF Core Sets für lumbale Rückenschmerzen und generalisierten Schmerzsyndrom abgeglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 309 sozialmedizinische Gutachten mit der Gesundheitsstörung lumbaler Rückenschmerz und 233 sozialmedizinische Gutachten mit der Gesundheitsstörung generalisiertes Schmerzsyndrom von Trägern der Deutsche Rentenversicherung ausgewählt und anonymisiert für die Studie zur Verfügung gestellt. Davon wurden insgesamt 294 Gutachten analysiert. Die Inhalte der sozialmedizinischen Gutachten spiegelten sich weitgehend in den ICF Core Sets wider. Insgesamt wurden 10 ICF Kategorien (2 ICF Kategorien der Körperfunktion, 1 ICF Kategorie der Aktivität und Partizipation sowie 7 ICF Kategorien der Umweltfaktoren) aus den 78 ICF Kategorien des ICF Core Sets für lumbale Rückenschmerzen nicht berücksichtigt. Aus den 138 gelinkten sozialmedizinischen Gutachten für das generalisierte Schmerzsyndrom bildeten sich zwei ICF Kategorien, b740 Funktionen der Muskelausdauer und e465 Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen aus den 67 ICF Kategorien des ICF Core Sets für generalisierte Schmerzsyndrom nicht ab.

Diskussion

Die Ergebnisse der analysierten Gutachten zeigen, dass die Inhalte der Gutachten sehr umfangreich sind. Entsprechend sollte ein krankheitsspezifisches ICF Core Set für die berufliche Rehabilitation berücksichtigt werden, in dem alle ICF Kategorien aus den Gutachten der 2. Ebene, deren Cut off ≥50 % war zuzüglich der Kurzen ICF Core Sets für LBP bzw. CWP, das Kurze ICF Core Set für die berufliche Rehabilitation (Escorpizo R et al., submitted 2010) und das ICF Core Set for Disability evaluation in social security (Brage et al., 2008) beinhaltet sind. Damit liegt eine fundierte Basis zugrunde, auf der über eine Verabschiedung von krankheitsspezifischen ICF Core Sets für die sozialmedizinische Begutachtung diskutiert werden kann.

Literatur

Brage, S., Donceel, P., Falez, F. (2008): Development of ICF core set for disability evaluation in social security. Disability and Rehabilitation, 30(18). 1392-1396.

Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatteriji, S., Üstün, B., Stucki, G. (2002): Linking Health-Status Measurements to the International Classifi cation of Functioning Disability and Health. J Rehabil Med, 34 (5). 205-210.

Cieza, A., Stucki, G., Weigi, M., Disler, P., Jäckel, W., van der Linden, S., Kostanjsek, N., de Bie, R. (2004): ICF Core Sets for low back pain. J Rehabil Med, 44. 69-74.

Cieza, A., Stucki, G., Weigi, M., Kullmann, L., Stoll, T., Kamen, L., Kostanjsek, N., Walsh, N. (2004b): ICF Core Sets for chronic widespread pain, J Rehabil Med, 44. 63-68.

Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B., Stucki, G. (2005): ICF linking rules: an update based on lessons learned. J Rehabil Med, 37 (4). 212-218.

Escorpizo, R., Ekholm, J., Gmünder, H.P., Cieza, A., Kostanjsek, N., Stucki, G. (2010): Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). Submitted.

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

Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen im poststationären Verlauf

Brütt, A.L. (1), Schulz, H. (1), Tüpker, N. (1), Endras, S. (1), Deters, M.A. (2), Schmeling-Kludas, C. (2), Koch, U. (1), Andreas, S. (1)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Krankenhaus Ginsterhof, Psychosomatische Klinik, Rosengarten

Hintergrund

Die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Teilhabe an sozialen Aktivitäten und am Arbeitsleben sind primäre Zielsetzungen der Rehabilitationsbehandlung von Menschen mit psychischen Störungen. Veränderungen im Verlauf können im stationären Setting durch die Therapeuten verfolgt und durch prä-post-Messungen mit standardisierten Fragebögen überprüft werden. Katamnesestudien zeigen auf, dass auch mittel- und längerfristige Behandlungserfolge erreicht werden (Steffanowski et al., 2007). Dennoch gibt es wenige Informationen darüber, wie die Patienten sich nach einem stationären Aufenthalt wieder im häuslichen Umfeld einleben. Dies liegt vor allem daran, dass die eingesetzten Outcomeinstrumente (wie z. B. Symptom-Check-List-90R (SCL-90R), Franke, 2002) häufig lediglich Symptome abfragen. Für eine umfassende Erhebung der Belastungen, mit denen Patienten nach einer stationären Behandlung konfrontiert sind, muss ein breiterer Blickwinkel eingenommen werden. Seit der Veröffentlichung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, WHO, 2001) steht ein theoretisches Rahmenmodell zur Verfügung, das Funktionsfähigkeit und Behinderung nicht nur über Symptome, sondern auch über Auswirkungen in der Lebenswelt der Menschen beschreibt. Auf diese Systematik aufbauend entwickelte unsere Arbeitsgruppe den ICF-PsychA&P-Fragebogen (Brütt et al., 2010), der im Selbstbericht die Aktivitäten und die gesellschaftliche Teilhabe von Patienten mit psychischen Störungen misst. Durch dieses Instrument eröffnet sich die Möglichkeit, für die Patienten relevante und auf ihren Alltag bezogene Aspekte über den Therapieverlauf und vor allem in der poststationären Phase zu erfragen.

Vor diesem Hintergrund war es Zielsetzung der vorliegenden Studie, die poststationären Verläufe von Patienten mit psychischen Störungen zu untersuchen. Neben der Evaluation der Behandlung in Bezug auf Aktivitäten und Partizipation sollten durch einen qualitativen Ansatz insbesondere die Ressourcen bzw. Barrieren bei der Umsetzung des im stationären Aufenthalt Gelernten in den Alltag identifiziert werden.

Methoden

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Patienten (n=225) einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Fachklinik zu 3 Messzeitpunkten (prä-post-6-Monatskatamnese) schriftlich zu ihrer psychosozialen Gesundheit (Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (HEALTH), Rabung et al., 2009) und ICF-orientiert zu Aktivitäten und Partizipation (ICF-PsychA&P, Brütt et al., 2010) befragt. Die Katamneseerhebung wurde durch persönliche leitfadengestützte Interviews mit einer Teilstichprobe der Patienten (n=32) ergänzt. Neben Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe wurde auch nach Ressourcen und Barrieren im poststationären Verlauf gefragt. Die digital aufgenommenen Gespräche wurden wörtlich transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ein Fokus der Auswertung lag auf den berichteten Ressourcen und Barrieren.

Ergebnisse

Erste Analysen der Verlaufsdaten weisen darauf hin, dass etwa 50 % der Patienten auf den Skalen des ICF-PsychA&P keine signifikanten Veränderungen zwischen Aufnahme und der Erhebung zum Katamnesezeitpunkt berichten. 40 % der Patienten zeigen eine signifikante Verbesserung und etwa 10 % verschlechtern sich in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation. Für diese beiden Extremgruppen werden auf Grundlage der durchgeführten qualitativen Interviews die poststationär förderlichen und hindernden Faktoren dargestellt.

Diskussion

Mit dieser Untersuchung ist es erstmalig möglich, alltagsrelevante Krankheitsfolgen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen im Verlauf zu dokumentieren. Die Daten geben Hinweise auf die Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung des in der Klinik Erlernten in den Alltag. Bisher wurden diese Aspekte weder quantitativ noch qualitativ systematisch untersucht, jedoch bilden sie die Grundlage für eine bedarfsorientierte Versorgungsgestaltung.

Literatur

Brütt, A.L., Schulz, H., Koch, U., Andreas, S. (2010): Psychometrische Überprüfung eines ICF-basierten Instrumentes zu Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen. Paper presented at the 61. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Berlin.

Franke, G.H. (2002): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual (2. Auflage). Göttingen: Beltz.

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). Z Psychosom Med Psychother, 55 (2). 162-179.

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W., Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Bern: Huber.

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

Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych

Ranft, J. (1), Nosper, M. (2), Rüddel, H. (1)

(1) Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach,
(2) Medizinscher Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey

Hintergrund

Die ICF definiert die Rahmenbedingungen des Rehabilitationsauftrags sowie die Ziele der Rehabilitation und ermöglicht eine gemeinsame Sprache der interdisziplinären Gruppen und eine Messung der Qualität bzw. des Erfolges der Rehabilitation an Hand des gelungenen Wiederaufbaus in Aktivität und Teilhabe (Schliehe, 2006; Ewert et al., 2002). Möglichkeiten, diese Beeinträchtigung in Aktivität und Teilhabe in der Psychosomatischen Rehabilitation als Eingangs- und Enddiagnostik direkt aus der Perspektive des Patienten zu erfassen und zu nutzen, bietet unter anderen das diagnostische Instrumenten der ICF AT 50-Psych (Nosper, 2007). Der ICF AT 50-Psych zeigt in ersten Studien (Schröder, Nosper, 2007) gute psychometrische Gütekriterien.

Fragestellung

Ziel dieser Analyse ist die Überprüfung der Stabilität der Faktorenstruktur (strukturelle Validität) des Selbstauskunftsbogens ICF AT 50-Psych, die darauffolgende Optimierung der Teststruktur und ökonomische Kürzung des Tests, ohne Validitätsverlust bei guter Reliabilität, ebenso wie die Überprüfung moderierender Einflüsse der Variablen Diagnose, Nettoeinkommen und den Skalen "streitsüchtig" sowie "freundlich" des Inventars interpersonaler Probleme (IIP) hinsichtlich der Modellstruktur der Kurzversion des ICF AT 50-Psych.

Methode

Von 1290 Patienten der psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift wurden zur Eingangsdiagnostik der ICF AT 50-Psych, die "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH), das "Inventory of interpersonal Problems" (IIP), die Allgemeine Depressionsskala (ADS-K) und soziodemographische Angaben erhoben. Diese Stichprobe wurde unterteilt in eine Evaluationsstichprobe zur Überprüfung der Teststruktur des ICF AT 50-Psych mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse im SPSS Programm AMOS und zur erneuten exploratorischen Faktorenanalyse, diesmal erweitert durch den Velicer's Minimum-Average-Partial-Test (MAP-Test) und die Parallelanalyse nach Horn und in eine Kreuzvalidierungsstichprobe zur Überprüfung der an Hand der Modifikationsindizes überarbeiteten und auf 30 Items gekürzten neuen Teststruktur mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse. Anschließend wurden beide Testversionen hinsichtlich Validität und Reliabilität verglichen. Abschließend wurde die Hauptstichprobe nach Diagnose, Nettoeinkommen und den Skalen "streitsüchtig" sowie "freundlich" des Inventars interpersonaler Probleme (IIP) unterteilt, um mittels Multigruppenver-

gleich und "nested Modells" die Stabilität der Faktorenstruktur zu belegen und moderierende Einflüsse dieser Variablen auszuschließen.

Ergebnisse

Die Fitindizes des ICF AT 50-Psych zeigten sich verbesserungswürdig, und an Hand der Modifikationsindizes der konfirmatorischen Faktorenanalyse und der erneuten exploratorischen Faktorenanalyse wurde eine 30 Item-Version des ICF AT 50-Psych erarbeitet, welche bessere Fitindizes ($\Delta\chi^2$-Wert = 3999,63, $p < 0{,}001$; Verbesserung CI des RMSEA, Verbesserung SRMR), eine etwas niedrigere, aber gute Reliabilität (Cronbach´s α = .94, $\Delta\alpha$ = 0,02) und eine gleich gute Validität ($r_{Test/Kurzversion}$ = 0,99, alle Differenzen der Validitätskennwerte = $p > 0{,}50$) aufweist.

Für das der Kurzversion des ICF AT 50-Psych zu Grunde liegende Modell konnte durch den $\Delta\chi^2$Test*) die metrische Invarianz und durch die Veränderung des CFI (Δ_{max} = 0,002) sowie des RMSEA (Δ_{max} = 0,001) sogar die skalare Invarianz in den Diagnose- und Nettoeinkommensgruppen sowie den Gruppen "streitsüchtig" und "freundlich" in den "nested modells" der Multigruppenvergleiche belegt werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Sowohl der ICF AT 50-Psych als auch seine Kurzversion mit 30 Items weisen zu erwartende konvergente und diskriminante Validitätskennwerte und gute bis sehr gute interne Konsistenzen für die Einzelskalen sowie sehr gute interne Konsistenzen für die Gesamtskala auf. Die Kurzversion zeigt eine passendere und stabile Modellstruktur, unbeeinflusst von moderierenden Einflüssen der untersuchten Variablen. Die Kurzversion ist ein ökonomisches, valides und reliables Selbstauskunftsverfahren zur Erhebung der Aktivitäten und Teilhabe in der psychosomatischen Rehabilitation.

Literatur

Ewert, T., Cieza, A., Stucki, G. (2002): Die ICF in der Rehabilitation (ICF in Rehabilitation). Phys Med Rehab Kuror, 12. 157-162.

Nosper, M. (2008): ICF AT 50-Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. DRV-Schriften, Bd. 77.

Schliehe, F. (2006): Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Die Rehabilitation, 45. 258-271.

Schröder, S., Nosper, M. (2007): Das Aktivitäten- und Teilhabe- Konzept der ICF. Universität Mainz. Diplomarbeit.

*) Bei den Diagnosen = p = 0,11 für $\Delta\chi^2$ des unrestingierten Modells und des Modells der gleichgesetzten beobachteten Variablen

Praktische Nutzung der ICF - Erprobung eines neuen Ansatzes in der neurologischen Rehabilitation

Kaluscha, R., Lorch, F., Enderle, A., Jacobi, E., Krischak, G.
Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Problemstellung

Die ICF bildet mit ihren 1.400 Items einen breiten Rahmen zur Beschreibung von Teilhabe(störungen). Für weite Bereiche existieren aber keine objektiven Messverfahren, sondern es muss - auch unter Beachtung individueller Kontextfaktoren - wie bei einer Begutachtung eine Beurteilung durch Sachverständige durchgeführt werden. Diese beinhaltet aber immer eine gewisse Unschärfe - niemand kann eine MdE oder einen GdB im klassisch physikalischen Sinn exakt messen.

Am Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm wurde daher ein Ansatz entwickelt, der die in der Realität vorhandene Unschärfe abbilden kann. Dazu wurden auch moderne Methoden aus der Fuzzy-Mathematik sowie dem Dokumentations- und Bibliothekswesen entlehnt (Leitner et al., 2008). Ferner soll unser Ansatz die Nutzung der ICF in der Praxis fördern, indem auch ein Nutzen für den Praktiker entsteht (Kaluscha, Jacobi, 2007). Nachdem erste Einsätze im Bereich der Rehabilitation des Bewegungsapparates (Leitner et al., 2008; Nägele, 2007) erfolgversprechend verliefen, wurde dieser Ansatz jetzt im Rahmen einer Doktorarbeit in der neurologischen Rehabilitation erprobt.

Methode

In die Studie wurden 35 Patienten (18 Männer und 17 Frauen, Alter 16 - 91 Jahre, Mittel 63,1 ± 16,9 Jahre) der neurologischen Rehabilitation der Phasen C und D des Rehabilitationsklinikums Ulm (RKU) aufgenommen. Für die dortigen Patienten wird durch die Klinikmitarbeiter routinemäßig zur Dokumentation des Reha-Verlaufs der Barthel-Score erhoben.

Aus einer Liste reha-relevanter Items (Deskriptoren) wählt der Beurteiler bei Behandlungsbeginn abhängig von den tatsächlich beim Patienten vorliegenden Funktionseinschränkungen bzw. Teilhabestörungen die für den Patienten relevantesten aus und schätzt den aktuellen Status sowie den bei Entlassung anzustrebenden Zielwert ein. Bei Entlassung erfolgt erneut eine Beurteilung. Diese Beurteilungen erfolgen als unscharfe Gradierungen, d. h. es wird für jedes Item nicht nur ein Zahlenwert, sondern ein Bereich in Form eines Intervalles auf einer Skala von 0 (keine Beeinträchtigung) - 100 (maximale Beeinträchtigung) angegeben. Die Lage des Intervalles (Intervallmitte) beschreibt dabei den Schweregrad, während die Breite die vom Beurteiler empfundene Unschärfe angibt. So lassen sich auch zeitliche Schwankungen des Befindens, Aggravations- oder Negierungstendenzen oder Unzulänglichkeiten der Erhebungsverfahren modellieren.

Als erste grobe Prüfung der Praktikabilität und Übereinstimmung wurden die mittleren Schweregrade aus der unscharfen Gradierung dem Barthel-Score gegenüberstellt, wenn für den gleichen Patienten innerhalb eines Zeitfensters von zwei Tagen beide Instrumente erhoben wurden. Dazu wurde das arithmetische Mittel des Schweregrades (Intervallmitte) aller zum jeweiligen Zeitpunkt dem Patienten zugeteilten Deskriptoren gebildet und dessen Korrelation zum Barthel-Score berechnet.

Ergebnisse

42 Werte-Paare von 26 Patienten lagen vor. Es ergab sich eine Spearman-Korrelation von $r = -0{,}424$ ($p < 0{,}0052$) zwischen dem mittleren Schweregrad und dem Barthel-Score. Als für uns überraschendes Nebenergebnis ergab sich eine deutliche Korrelation von $r = -0{,}624$ ($p < 0{,}0001$) zwischen der Unschärfe (Intervallbreite) und dem Barthel-Score.

Diskussion

Da zum einen die unscharfe Gradierung mittels individualisierter Items erfolgt und somit inhaltlich nicht zwangsläufig mit dem Barthel-Score deckungsgleich ist und zum anderen beide Instrumente von verschiedenen Beurteilern erhoben wurden, betrachten wir die gefundene Korrelation von -0,424 als gut. Das negative Vorzeichen der Korrelation ist auf die gegenläufige Polung der Skalen zurückzuführen.

Mit sinkendem Barthel-Score steigt die vom Beurteiler angegebene Unschärfe ($r = -0{,}624$). Ihm fällt also die Beurteilung bei stärker beeinträchtigten Patienten schwerer, was wir als plausibel betrachten. Insofern kann vielleicht die unscharfe Gradierung einen Beitrag zu einer besseren Beschreibung der Teilhabestörung leisten als klassische Instrumente mit bis zu einem gewissen Grade artifiziellen Punktwerten.

Literatur

Kaluscha, R., Jacobi, E. (2007): Praktischer Nutzen der ICF im Zusammenspiel mit klinischen Pfaden und Leitlinien. PhysMedRehabKurort, 17. 227-228.

Leitner, A., Kaluscha, R., Jacobi, E. (2008): Praktische Nutzung der ICF - Erprobung eines neuen Ansatzes in vier Kliniken. Die Rehabilitation, 47. 226-235.

Nägele, M. (2007): Überprüfung der Interraterreliabilität eines Assessmentinstrumentes zur Messung der Teilhabestörung nach dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX). Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Ulm.

Ergebnisqualität der Versorgung von Patienten mit Bandscheibenerkrankungen in der Langzeitperspektive

Bauknecht, M., Müller, R.
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Hintergrund

Ausgangspunkt dieser Untersuchung ist das Ergebnis einer Überprüfung therapeutischer Qualität der Versorgung von Patienten mit einer spezifischen Erkrankung der Bandscheiben (Bandscheibenschaden oder -verlagerung) aus dem Jahr 2010. Ein Abgleich der Versorgung mit Qualitätskriterien aus zugeordneten Leitlinien ergab für operierte Patienten eine weitgehend leitlinienkonforme Versorgung in den ersten sechs Monaten nach Operation und damit einen Hinweis auf die Versorgungsqualität (Bauknecht, 2010; Bauknecht et al., 2009). Doch wie zeigt sich der langfristige Verlauf der Erkrankung bei Bandscheibenpatienten? Welche Nachhaltigkeit besitzt die Versorgung?

Methodik

Die Analyse patientenbezogener prozessproduzierter Daten zu therapeutischer und rehabilitativer Versorgung eröffnen die Möglichkeit, die Ergebnisqualität der Versorgung im langfristigen Verlauf zu prüfen (DRV, 2009; Klosterhuis, 2010; Korsukéwitz, Rehfeld, 2009). In der vorliegenden Studie werden Endpunkte der Versorgung lumbaler Bandscheibenerkrankungen im zweiten Jahr nach Erstdiagnose in einer Langzeitperspektive betrachtet. Dabei wird unterschieden nach Alter, Geschlecht, Beruf und Art der akuten und rehabilitativen Versorgungsleistung im ersten Jahr seit Diagnosestellung.

Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Welche Versorgung erhielten die Patienten im ersten Jahr nach initialer Diagnosestellung?
2. Zeigen sich langfristige, chronische Erkrankungsverläufe?
3. Wie stellt sich die berufliche und gesundheitliche Wiedereingliederung dar?

Es wird untersucht, ob sich langfristige Erkrankungen in wiederholten spezifischen Diagnosen manifestieren, und ob sich eine Notwendigkeit für erneute stationäre Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsmaßnahmen ergibt. Die langfristige Wiedereingliederung der Patienten wird durch die Analyse von Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Rentenantragstellung und erfolgten Verrentungen überprüft, außerdem wird das Auftreten von Pflegebedürftigkeit aufgrund der Bandscheibenerkrankung untersucht.

Die Datenbasis der Analyse bilden prozessproduzierte Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK; heute BARMER GEK) der Jahre 2004-2006.

Ergebnisse

Im ersten Jahr nach initialer Diagnosestellung erhalten 86 % der Patienten Rehabilitation, Heil- oder Arzneimittel, bei dem überwiegenden Teil (92 %) ging kein Krankenhausaufenthalt voraus. Eine erneute Diagnosestellung im zweiten Jahr erhalten 32 % der Patienten mit einer lumbalen Bandscheibenerkrankung. Ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt wird bei 33 % der Patienten dieselbe Diagnose dokumentiert, 22 % derjenigen ohne Krankenhausaufenthalt erhalten sie erneut. Ein vorheriger Krankenhausaufenthalt erhöht das Risiko einer erneuten Einweisung signifikant, allerdings weitgehend unabhängig davon, ob Heilmittel oder Rehabilitation verordnet wurden. Ein Krankenhausaufenthalt erhöht auch das Risiko für Fehlzeiten, während die Patientengruppe, die nur Heilmittel oder Rehabilitation erhält, aber keinen stationären Krankenhausaufenthalt absolviert hat, ein deutlich geringeres Risiko für Fehlzeiten aufweist. Das Risiko für Pflegebedürftigkeit ist geringer, wenn nur rehabilitative Maßnahmen eingeleitet wurden.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen auch adjustiert nach Alter, Geschlecht und Berufsstatus deutliche Unterschiede hinsichtlich langfristiger Erkrankungsverläufe und der Wiedereingliederung in Abhängigkeit von vorangegangener Therapie. Mehr als 30 % der Bandscheibenpatienten erhalten auch im zweiten Jahr nach Erstfeststellung dieselbe spezifische Bandscheibendiagnose. In der Betrachtung der möglichen Einflussfaktoren zeigt sich, dass die Ergebnisse unter Berücksichtigung von Kodierungsgewohnheiten, aber auch unterschiedlichen Schweregraden der Erkrankung interpretiert werden müssen. Das insgesamt geringe Auftreten der untersuchten Endpunkte kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Versorgung von Bandscheibenpatienten im Wesentlichen Nachhaltigkeit aufweist.

Literatur

Bauknecht, M., Braun, B., Müller, R. (2009): GEK-Bandscheibenreport. Versorgungsforschung mit GEK-Routinedaten.

Bauknecht, M. (2010): Leitlinienkonformität rehabilitativer Maßnahmen nach Bandscheiben-Operation. DRV-Schriften, Bd. 88. 92-94.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Publikation zum Workshop am 25.11.2008 in München.

Klosterhuis, H. (2010): Rehabilitation-Qualitätssicherung der Rentenversicherung - Eine kritische Bestandsaufnahme. RVaktuell, 57 (8). 260-268.

Korsukéwitz, C., Rehfeld, U. (2009): Rehabilitation und Erwerbsminderung - ein aktueller Überblick. RVaktuell, 56 (10). 335-344.

Einrichtungsvergleichende Evaluation der Ergebnisqualität kardiologischer Rehabilitation

Nosper, M. (1), Röhrig, B. (1), Linck-Eleftheriadis, S. (1), Strandt, G. (2), Salzwedel, A. (3), Völler, H. (3)

(1) Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey,
(2) Techniker Krankenkasse Hamburg, (3) Klinik am See, Rüdersdorf b. Berlin

Einleitung

Qualitätsmanagement in der Rehabilitation hat sich bislang vorwiegend auf die Struktur- und Prozessqualität konzentriert, die Ergebnisqualität fand demgegenüber nur unzureichend Beachtung, so dass Einrichtungsvergleiche nur eingeschränkt möglich waren (Bassler, 2007; Beckmann et al., 2008; Klosterhuis, 2008). Zur klinikübergreifenden Vergleichbarkeit des Rehabilitationserfolges bedarf es einer adjustieren Modellrechnung, die eine faire Bewertung geeigneter Ergebnisindikatoren ermöglicht (Farin et al., 2009).

Methodik

Das softwarebasierte medizinische Dokumentationssystem für die kardiologische Rehabilitation (EVA-Reha® Kardio) erfasst patientenbezogene Angaben zu Diagnosen, Therapien und Ergebnissen der Rehabilitation. Bei der Ergebnisbewertung wurden die Veränderungen von 13 geeigneten Indikatoren der Dimensionen Risikofaktoren, körperliche Leistungsfähigkeit und subjektive Gesundheit kategorisiert (-1 = verschlechtert, 0 = unverändert, 1 = gebessert, 2 = sehr gebessert). Um nur klinisch relevante Veränderungen im Übergangsbereich der Schweregradkategorien einzubeziehen, wurde für jeden Ergebnisparameter eine minimally important difference festgelegt. Bei Rehabilitationsbeginn und -ende unauffällige Parameter fanden keine Berücksichtigung (Tab. 1). Aus der Summe der Veränderungswerte (-1, 0, 1 oder 2) der 13 Einzelindikatoren wurde ein multiples Ergebniskriterium (MEK Kardio) gebildet. Dieses wurde in einem multiplen Regressionsmodell um klinikunabhängige Faktoren wie z. B. Alter, Geschlecht und Krankheitsschwere adjustiert.

Kategorien			**Bewertung**				
			Reha-Ende (T2)				
	Meter		Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Level 1	20 - 250		0	1	2	2	2
Level 2	251 - 350		-1	0	1	2	2
Level 3	351 - 450		-1	-1	0	1	2
Level 4	451 - 550		-1	-1	-1	0	1
Level 5	> 550		-1	-1	-1	-1	nicht bewertet
minimally important difference 1. Die Differenz von T1 und T2 muss mindestens 50 Meter betragen. 2. Der erste Messwert (T1) muss mindestens 20 Meter betragen.							

Tab. 1: Kategorisierung und Effektbewertung am Beispiel der maximalen Gehstrecke im 6 Minuten Gehtest

Ergebnisse

Analysiert wurden die Daten von 1220 Patienten der Techniker Krankenkasse, die in 10 Projektkliniken von Februar 2009 bis Juni 2010 stationär kardiologisch rehabilitiert wurden (Alter 71 Jahre, Männer 78 %, Rehadauer 20 Tage, postoperative Fälle 61 %, interventionelle/konservative Fälle 39 %). Das MEK Kardio bildet die Spannweite von geringem bis hohem Rehabilitationserfolg annähernd normalverteilt ab (Median 0,6; M = 0,6; SD = 0,45; Interquartilabstand 0,3 bis 1,0, Messbereich von -1 bis + 2 Punkte). Dies entspricht einer durchschnittlichen Besserung im Bewertungsbereich "gebessert", wobei auch verschlechterte und sehr gebesserte Patienten trennscharf abgebildet werden. Zunehmendes Alter, weibliches Geschlecht, Rauchen, Komplikationen im Krankenhaus, Komorbiditäten, Leistungsparameter der Herz- und Lungenfunktion hatten mit insgesamt 12 % Varianzaufklärung einen mäßigen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg. Durch Berechnung der Residuen für das MEK im (adjustierten) Regressionsmodell konnten die Einrichtungen miteinander verglichen werden. Dabei erreichten 6 Kliniken durchschnittliche Resultate, 3 Kliniken waren unterdurchschnittlich und einer überdurchschnittlich.

Schlussfolgerungen

Anhand änderungssensitiver Einzelindikatoren der 3 Dimensionen kardiovaskuläre Risikofaktoren, körperliche Leistungsfähigkeit und subjektive Gesundheit ist die Bewertung des Rehabilitationserfolges möglich. Nach Adjustierung des multiplen Ergebniskriteriums auf klinikunabhängige Einflussfaktoren lassen sich Rehabilitationskliniken vergleichen und Qualitätsunterschiede aufzuzeigen.

Literatur

Bassler, M., Nosper, M., Follert, P., Böwering, L., Polak, U. (2007): Datenquellen für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der medizinischen Rehabilitation. Das QS-Reha®-Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen und das Dokumentationssystem E-VA®-Reha des MDK Rheinland-Pfalz. Die Rehabilitation, 46. 155-163.

Beckmann, U., Klosterhuis, H., Lindow, B. (2008): Bewertungskonzept für medizinische Reha-Einrichtungen. DRV-Schriften, Bd. 77. 146-148.

Farin, E., Jäckel, W.H., Schalaster, V., Projektgruppe QS-Reha®-Verfahren in der AQMS (2009): Das Qualitätssicherungsverfahren der GKV in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse und Weiterentwicklung. Gesundheitswesen, 71 (3). 163-174.

Klosterhuis, H. (2008): Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 20, (4). 184-192.

Nosper, M., Linck-Eleftheriadis, S., Röhrig, B., Strandt, G., Buhlert, H., Salzwedel, A., Völler, H. (2010): Ergebnisbewertung kardiologischer Rehabilitation - ein Modell für faire Klinikvergleiche. Herzmedizin. Zeitschrift für kardiovaskuläre Erkrankungen, Prävention und Rehabilitation, 27. 91-92.

Was hilft Patienten? Zusammenhänge zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei kontinuierlichen Patientenbefragungen in der Psychosomatischen Rehabilitation

Steffanowski, A., Nübling, R., Kriz, D., Schmidt, J.
GfQG, Karlsruhe

Hintergrund

An welchen Stellschrauben des Behandlungskonzeptes kann man drehen, damit die Patienten zum Ende der stationären Rehabilitation eine möglichst deutliche Verbesserung ihres subjektiven Gesundheitszustandes berichten können? Dieser Aspekt der Ergebnisqualität kann als erster wichtiger Schritt zur Stabilisierung des Behandlungserfolges im Sinne einer Remoralisierung verstanden werden und somit als Prädiktor im Hinblick auf die weitere Erwerbsprognose der Rehabilitanden dienen. Für den Leistungserbringer ist es daher wichtig zu wissen, welche Aspekte des Klinikaufenthaltes besonders deutlich mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes in Beziehung stehen, um bei Bedarf in den jeweiligen Leistungsbereichen zeitnah mit Qualitätsverbesserungen reagieren zu können. Bereits im Jahr 2009 wurde von unserer Arbeitsgruppe eine entsprechende Analyse anhand einer umfangreichen Datenbasis präsentiert (Nübling et al., 2009). Dabei hat sich gezeigt, dass Merkmale der Behandlungsqualität eine wichtigere Rolle spielen als die sogenannten "Hotelfaktoren" wie Unterbringung oder Verpflegung. Nachdem der Patientenfragebogen im Jahr 2010 im Bereich der Ergebnisqualität erweitert wurde, werden im vorliegenden Beitrag die Zusammenhänge von Struktur- und Prozessmerkmalen mit der Ergebnisqualität anhand der neu gewonnenen Daten weiter analysiert.

Methodik

Der seit 2005 kontinuierlich im Paracelsus-Verbund eingesetzte Patientenfragebogen, der auf dem DRV-Fragebogen basiert (Spyra et al., 2006) wurde im Sommer 2010 im Abschnitt zur direkten Veränderungsmessung um mehrere Items erweitert und dieser Itemblock entspricht nun der BESS-Skala (Schmidt et al., 2008). Nachfolgend werden erste Zusammenhangsanalysen zwischen Struktur-/Prozessmerkmalen und der BESS-Skala auf der Datenbasis des erweiterten Fragebogens präsentiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden bis jetzt 2.476 Patienten (6 somatische Kliniken) bzw. 762 Patienten (5 psychosomatische Kliniken) mit dem erweiterten Instrument im Jahr 2010 befragt. Tabelle 1 gibt die Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen wieder.

	Somatik n = 2.476		Psychosomatik n = 762	
Psychotherapeutische Betreuung*	-	-	621	0,48
Psychotherapeutische Maßnahmen*	-	-	629	0,47
Behandlungsmaßnahmen	2.457	0,26	758	0,36
Rehabilitationsthemen	2.278	0,25	737	0,39
Nachsorgevorbereitung	2.246	0,24	753	0,47
Ärztliche Betreuung	2.456	0,23	748	0,42
Schulungen und Vorträge	2.132	0,21	727	0,26
Verpflegung	2.466	0,20	759	0,13
Unterbringung	2.465	0,17	760	0,17
Pflegerische Betreuung	2.077	0,16	731	0,12
Freizeitgestaltung	2.218	0,15	748	0,22
Organisation und Service	2.449	0,14	758	0,21
Beratungen und Hilfen*	1.501	0,14	509	0,25
Psychologische Betreuung*	814	0,13	-	-
Organisation des Therapieablaufs	2.446	0,07	756	0,13

Anmerkungen: * Nicht in beiden Indikationsbereichen bzw. nicht bei allen Patienten erhoben. Alle Zusammenhänge sind statistisch signifikant ($p<0,01$).

Tab. 1: Produkt-Moment-Korrelationen von Struktur- und Prozessmerkmalen aus dem Patientenfragebogen mit der BESS-Skala zur direkten Veränderungsmessung.

Diskussion

Die vorliegenden Datenanalysen zeigen, dass neben der Qualität der therapeutischen Maßnahmen und der ärztlichen Betreuung auch einer Thematisierung von reha-relevanten Aspekten wie z. B. Umgang mit der Erkrankung im Alltag sowie einer konkreten Vorbereitung der Nachsorge besonders sorgfältige Beachtung geschenkt werden sollte. Das damit verbundene Wissen, wie es nach der Reha zu Hause weitergehen soll - trotz möglicherweise noch vorhandener Einschränkungen des Gesundheitszustandes - steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der subjektiv wahrgenommen Verbesserung des Gesundheitszustandes. Eine solche Remoralisierung ist der erste wichtige Schritt zur Stabilisierung des Behandlungserfolges.

Literatur

Nübling, R., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D., Schmidt, J. (2009): Kontinuierliche Patientenbefragungen - Zur Vorhersagbarkeit von Behandlungsergebnissen im Rahmen eines Routinemonitoringsystems. DRV-Schriften, Bd. 83. 148-152.

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, Bd. 77. 101-103.

Spyra, K., Erhart, M., Müller-Fahrnow, W., Rieger, J. (2006). Das KlinikSpezifische PatientenInventar (KSPI) zur Beurteilung der Leistungen in der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 19 (71). 47-65.

Externe vs. interne Patientenbefragung - Zusammenhänge und Nutzen für das interne QM

Nübling, R. (1), Kriz, D. (1), Steffanowski, A. (1), Schmidt, J. (1), Alemany, F.J. (2)

(1) GfQG, Karlsruhe, (2) Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, Osnabrück

Hintergrund

Patientenbefragungen sind wichtiger Input für das klinikinterne Qualitätsmanagement und können Grundlage für die Evaluation und Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen sein (Nübling et al., 2007). Interne Befragungen sind zwar weit verbreitet, aber von höchst unterschiedlicher Qualität. Neben den internen Daten erhalten die Kliniken einen zusätzlichen Input durch die Rückmeldungen aus den externen QS-Programmen der DRV oder der GKV. Letztere werden in ein Kennzahlensystem zur Bewertung von Einrichtungen und zur Belegungssteuerung einbezogen (Benchmarking-Tools) (Beckmann et al., 2008). Eine wichtige Fragestellung betrifft den Grad der Übereinstimmung der Ergebnisse der internen und externen Befragung sowie deren Verfügbarkeit für das interne QM.

Methodik

Der Fragebogen für die interne Befragung wurde auf der Basis des DRV-Instrumentes weiterentwickelt und seit Anfang 2005 sukzessive in derzeit etwa 25 Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft und Indikationsbereiche routinemäßig eingesetzt (Vollerhebung). Der Fragebogen ist testmethodisch hinsichtlich seiner Gütekriterien überprüft (Müller-Fahrnow et al., 2005; Spyra et al., 2006) und wird im Sinne einer Vollerhebung in den Klinken kurz vor Entlassung an jeden behandelten Rehabilitanden ausgegeben (Nübling et al., 2007, 2008). Die intern erhobene Befragung wird durch ein unabhängiges Institut (GfQG Karlsruhe) ausgewertet und in Ergebnisberichten zusammengefasst. Die externe Befragung wurde 2007 auf die heute gültige Version umgestellt und wird stichprobenartig durch die jeweils federführende DRV etwa 2-3 Monate nach Entlassung durchgeführt. Die inhaltliche Überschneidung der internen und externen Befragung liegt bei etwa 70 %.

Ergebnisse

Grundlage für die vorliegende Analyse sind die Ergebnisberichte zur Patientenbefragung der DRV für den Zeitraum Juli 2007 bis Juni 2008. Diese werden klinikspezifisch mit den Daten der internen Vollerhebung des gleichen Zeitraumes verglichen. Dabei werden für die vorliegende Analyse drei Kliniken mit primär somatischer Indikation herangezogen. Hierfür liegt eine Gesamtstichprobe von n=6.743 Patienten für die interne und n=443 für die externe Befragung vor. Die Rücklaufquote betrug intern ca. 80 %, extern ca. 55 %. Die Ergebnisse für ausgewählte Parameter zeigt Tabelle 1. So zeigen sich für Klinik 3 deutliche Abweichungen vor allem in Richtung einer positiveren Bewertung in der internen Befragung. In dieser Klinik bestehen auch substantielle Unterscheide hinsichtlich Alter und Bildung, diese erklären aber nicht die Unterscheide in den Bewertungen. In alle Kliniken bestehen Unterschiede zwischen den beiden Befragungen hinsichtlich Grad der Inanspruchnahme psychologischer Behandlung sowie den Variablen Therapiebeginn sowie Behandlungsausfälle.

Diskussion

Beide Befragungen sind nur partiell vergleichbar. Die externe ist eine katamnestische (8-12 Wochen nach Behandlung), sie bezieht nur eine Stichprobe der Versicherten ein und die Rückmeldung an die Kliniken erfolgt ca. 1-1½ Jahre nach der Datenerhebung. Die interne Befragung hingegen wird am Ende der Behandlung durchgeführt, bezieht alle Patienten ein (Vollerhebung) und ihre Ergebniss stehen jeweils ca. 4-6 Wochen nach Quartals- oder Jahresende zur Verfügung. Die externe Befragung hat den Vorteil, dass Patienten auch zu Merkmalen, die sich auf die Situation zu Hause und am Arbeitsplatz beziehen, Stellung nehmen können, während sie das am Ende der Maßnahme nicht oder nur unzureichend können. Darüber hinaus besteht eine enorm große Vergleichsbasis zu Benchmarkzwecken. Vorteile der internen Befragung hingegen bestehen in der hohen Repräsentativität für die jeweilige Klinik (unabhängig vom Leistungsträger), in der - vor allem für QM wichtigen - schnellen Verfügbarkeit der Ergebnisse sowie in der Möglichkeit der Verlaufsdarstellung von Ergebnistrends. Beim Vergleich der (vergleichbaren) Ergebnisse der beiden Befragungen kann von einer z. T. hohen Übereinstimmung ausgegangen werden, wenngleich für einzelne Kliniken auch deutlich Abweichungen verzeichnet werden können.

Variable	**Klinik 1 Onkologie**		**Klinik 2 Onkologie**		**Klinik 3 Orthopädie**	
	intern	**extern**	**intern**	**extern**	**intern**	**extern**
n (max)	2.123	158	2.071	150	2.549	135
Geschlecht weiblich (%)	97	98	61,6	62	67,7	69
Altersdurchschnitt	56,2	57,4	63,0	65,3	*61,1*	*51,5*
Dauer der Reha (Tage)	23,5	23	24,2	23	22,7	23
Schulabschluss HS/MR/FHR, Abi	*26/34/27*	*42/38/18*	54/25/19	53/26/15	*52/29/16*	*27/46/22*
reguläre Entlassungen (%)	97,8	98	97,3	96	97,2	98
Ärztinnen/Ärzte						
einfühlsam/verständnisvoll	1,53	1,54	1,62	1,52	*1,98*	*2,54*
haben verständlich erklärt	1,72	1,62	1,79	1,63	*2,13*	*2,61*
richtige Behandlung veranlasst	1,64	1,55	1,67	1,52	*1,90*	*2,36*
Psychologische Betreuung						
Behandlung durchgeführt (%)	*54*	*70*	*38,4*	*62*	*36,9*	*65*
einfühlsam/verständnisvoll	1,61	1,90	1,82	1,90	1,83	2,19
richtige Art von Gespräch	1,94	2,02	2,11	2,03	*2,15*	*2,57*
haben verständlich erklärt	1,83	2,07	2,04	2,13	*1,99*	*2,53*
Organisation der Abläufe	2,10	1,82	1,88	1,73	2,14	2,24
Vorbereitung Nachsorge	2,56	2,30	2,72	2,82	*2,59*	*3,27*
Nützlichkeit Verhaltensempfehlungen	2,57	2,35	2,83	2,81	*2,48*	*2,85*
Therapiebeginn 1./2. Tag (%)	91	93	*50*	*60*	*80*	*73*
Behandlungsausfall nie/1mal (%)	*90*	*82*	*94*	*84*	*97*	*86*
Bewertung Maßnahme insgesamt	1,66	1,87	1,76	1,83	*1,90*	*2,27*

Tab. 1: Vergleich interne vs. externe Patientenbefragung, drei Kliniken, ausgewählte Parameter; Mittelwerte, wenn nicht anders angegeben; Unterschiede kursiv markiert

Schlussfolgerung

Interne und externe Patientenbefragung sind keine Alternativen, sondern können sich gut ergänzen. Während für ein Routinemonitoring sowie für konkrete Qualitätsverbesserungen eine möglichst umfassende Erhebung mit schnellen Rückmeldungen erforderlich ist, sind für die Einschätzung der Umsetzung der Ergebnisse in den Alltag sowie für den Vergleich mit einer Vielzahl indikationsgleicher Kliniken die externen Befragungen das Instrument der Wahl.

Literatur

Beckmann, U., Klosterhuis, H., Lindow, B. (2008): Bewertungskonzept für medizinische Reha-Einrichtungen. DRV-Schriften, Bd. 77. 146-148.

Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Erhart, M. (2005): Neuer Patientenfragebogen für das interne Qualitätsmanagement der Paracelsus-Kliniken - testtheoretische Ergebnisse für ein intern einsetzbares Komplement zu den externen Inventaren. Tagungsband des 14. Koll. in Hannover, 66-69.

Nübling, R., Körner, M., Steffanowski, A., Rundel, M. Kohl, C.F.R., Löschmann, C., Schmidt, J. (2007): Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12. 44-50.

Nübling, R., Kriz, D., Steffanowski, A., Schmidt, J. (2008): Patientenbefragung. Routinemonitoring - Benchmarking - Klinikvergleiche. Internetpublikation unter http://www.gfqg.de /gfqg_patientenbefragung.pdf.

Spyra, K., Erhart, M., Müller-Fahrnow, W., Rieger, J. (2006): Das KlinikSpezifische PatientenInventar zur Beurteilung der Leistungen der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 71. 47-6.

Reha-Qualität auf neuer Nachweisstufe - Umsetzung und Konsequenzen der Zertifizierung nach § 20 SGB IX

Petri, B. (1), Toepler, E. (2)

(1) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt,

(2) Fachbereich Sozialversicherung, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg,

Gesetzlicher Auftrag

Mit dem zum 1.04.2007 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Pflicht zur Qualitätssicherung um trägerübergreifend geltende Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement ergänzt. Dazu wurde im SGB IX die Notwendigkeit eines unabhängigen Zertifizierungsverfahrens verankert (Petri, Stähler, 2008).

Die Rehabilitationsträger haben daraufhin auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an interne Qualitätsmanagementsyste-

me sowie ein unabhängiges Zertifizierungsverfahren entwickelt, die in einer verbindlichen Vereinbarung zum 01.10.2009 verabschiedet wurden.

In der 14-monatigen Entwicklungszeit (April 2008 bis Juli 2009) nahm eine aus den Reha-Trägern (GKV, GRV, GUV, Träger der Kriegsopferfürsorge) zusammengesetzte Arbeitsgruppe eine Sichtung der bestehenden Zertifizierungsverfahren in der Rehabilitation vor. In die Entwicklung gingen auch die vorliegenden Erfahrungen aus den Vereinbarungen nach § 137 SGB V ein. In einem gesonderten Stellungnahmeverfahren zeigte sich eine grundsätzliche Zustimmung seitens der Verbände der Leistungserbringer.

Im Folgenden werden die Spezifika der entwickelten, grundsätzlichen Anforderungen herausgearbeitet sowie die Relevanz für die rehawissenschaftliche Forschung näherungsweise beleuchtet.

Indikatoren für rehaspezifische Qualitätsmanagementsysteme

Eine wesentliche Zielsetzung für die Entwicklung der verbindlichen Anforderungen bestand darin, diese gesetzlichen Anforderungen auf den Auftrag und die Bedingungen der stationären, medizinischen Rehabilitation zu beziehen und insbesondere die Bedeutung individueller Rehabilitationsziele sowie des multiprofessionellen Rehabilitationsprozesses abzubilden.

Ein Charakteristikum der grundsätzlichen Anforderungen ist daher in dieser reha-spezifischen Ausrichtung zu sehen. Sie unterscheiden sich in der Systematik von branchenübergreifenden Qualitätsmanagementmodellen wie der DIN/EN/ISO 9001:2008 oder dem EFQM-Modell. Es wurde jedoch darauf geachtet, eine grundsätzliche Kompatibilität zu diesen Modellen zu erreichen.

Begrifflich werden die grundsätzlichen Anforderungen in 11 sog. Qualitätskriterien gefasst, die wiederum in eine unterschiedliche Anzahl von Qualitätsindikatoren operationalisiert werden (Tabelle 1).

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren in den jeweiligen Kriterienbereichen macht die Schwerpunktsetzung der grundsätzlichen Anforderungen deutlich. Gefordert wird ein umfassendes, prozessorientiertes Managementsystem (Kriterium 5) mit deutlichem Fokus auf der internen Ergebnismessung und -analyse (Kriterium 9) sowie der konzeptionellen Fundierung (Kriterien 2 und 3).

So werden im Kriterium 3 für jede Indikation, an der ICF orientierte Rehabilitationskonzepte verlangt, welche die Vereinbarung individueller Rehabilitationsziele vorsehen. Kriterium 5 sieht ein vollständiges Prozessmanagementsystem aller qualitätsrelevanten Kernprozesse und Kriterium 8 den Einsatz von Assessments zu Rehabeginn und Rehaende.

Die Kriterien fordern zudem zum Zwecke der internen Auswertung und der externen Überprüfbarkeit i. d. R. eine Dokumentation und den Nachweis, dass der Qualitätsmanagementzyklus aus Planen, Umsetzen, Überprüfen und Optimieren eingehalten wurde.

Qualitätskriterien	Anzahl Qualitätsindikatoren
1. Teilhabeorientiertes Leitbild	7
2. Einrichtungskonzept	8
3. Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte	7
4. Verantwortung für das Qualitätsmanagement 4.1 Verantwortung auf Leitungsebene 4.2 QM-Beauftrage/r	8
5. Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems 5.1 Organisationsstruktur 5.2 Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung 5.3 Entwicklung von Qualitätszielen/Managementbewertung 5.4 Regelhafte Selbstüberprüfung wesentlicher Prozesse 5.5 Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche	19
6. Beziehungen zu Rehabilitanden/Bezugspersonen/ Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe	5
7. Systematisches Beschwerdemanagement	2
8. Externe Qualitätssicherung	4
9. Interne Ergebnismessung und -analyse	10
10. Fehlermanagement	4
11. Interne Kommunikation und Personalentwicklung	6

Tab. 1: Qualitätskriterien und Anzahl der Qualitätsindikatoren

Relevanz für die Reha-Wissenschaften

Mit diesen grundsätzlichen Anforderungen liegen erstmalig einheitliche, von Trägern und Erbringern gleichermaßen anerkannte Anforderungen an die Qualität der stationären, medizinischen Rehabilitation vor (Hibbeler, 2009).

Aus Sicht der Autoren bieten sie damit eine Grundlage und neuartige Gelegenheit die Qualität der deutschen Rehabilitation trägerübergreifend und interdisziplinär fortzuschreiben und nachzuweisen. Dazu bedarf es einer Begleitforschung, die

- die Komplexität und Wechselwirkungen der genannten Indikatoren untersucht.
- die Auswirkungen internen Qualitätsmanagements auf die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung untersucht.
- die qualitätsrelevanten Einflüsse der Zugangssteuerung sowie die Potentiale der Nachsorgemöglichkeiten misst und analysiert.
- den Aufwand und Nutzen der in Zukunft flächendeckend durchgeführten Zertifizierungen misst und analysiert.

Ziel dieses Beitrages zum Reha-Kolloqium 2011 ist es, mit Reha-Wissenschaftlern und Reha-Praktikern Impulse für eine innovative Begleitforschung des § 20 Abs. 2 a. auszutauschen.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2009): Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX, BAR, Frankfurt.

Hibbeler, B. (2009): Zertifizierung von Rehakliniken: Drei Jahre Schonfrist; Deutsches Ärzteblatt, 106 (46).

Petri, B., Stähler, T. (2008): Qualitätsmanagement und Zertifizierungsverfahren. In: Prävention und Rehabilitation, 20 (4). 179-183.

Beeinflusst das Wetter den Vorsorge- und Rehabilitationserfolg?

Otto, F., Sieger, U.
Forschungsverbund Familiengesundheit, Medizinische Soziologie,
Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

In den letzten Jahren ist die Bedeutung der Bioklimatologie und der medizinischen Klimatologie vor allem chronisch Kranker immer deutlicher geworden. Zahlreiche Arbeiten konnten insbesondere den Einfluss niederfrequenter Luftdruckschwankungen (NFLDS) und der natürlichen magnetischen Impulsstrahlung der Atmosphäre (Sferics, AIS) als biotrope Faktoren belegen (Delyukov, Didyk, 1999; Bucher, Wanka, 2007). Die Fragestellung des vorliegenden Beitrags ist, ob das Wettergeschehen auch Einfluss auf ausgewählte Erfolgsparameter von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen hat.

Methodik

Im Rahmen von 278 Monitorings, die in den Jahren 2000 bis 2005 in 48 Mutter-Kind-Kliniken stattfanden (n = 6.837 Patientinnen), wurde die Patientenzufriedenheit, die subjektive Erfolgseinschätzung der Kur sowie die allgemeine psychische Belastung (SCL-k-9) und die Zufriedenheit mit der Gesundheit abgefragt, wobei die beiden letzteren als Veränderungsmessung in Form von Effektstärkenberechnungen durchgeführt wurden. Die erhaltenen Daten konnten vier Schwerpunktindikationsgruppen M40-M54 (somatische Erkrankungen), E66 (somatische Erkrankungen mit psychosozialer Komorbidität), F30-F39 (psychische Erkrankung) und F48.0 (psychische Erkrankung mit somatoformer Symptomatik) zugeordnet werden. Jede dieser Indikationsgruppen wurde in die beiden Wetterklassen antizyklonal (vorwiegender Hochdruckeinfluss) und zyklonal (vorwiegender Tiefdruckeinfluss) eingeteilt (zur Einteilung des Wettergeschehens siehe Deutscher Wetterdienst www.dwd.de, Suchbegriff: Wetterlagenklasse).

Für jede Indikationsgruppe wurden die Mittelwerte in beiden Wetterklassen der genannten Erfolgsparameter berechnet.

Anschließend wurden für die Indikationsgruppen in beiden Wetterklassen die Prädiktorenstrukturen der Erfolgsparameter der Patientenzufriedenheit, der Einschätzung des Kurerfolges und der allgemeinen psychischen Belastung mit den Faktoren einer Hauptkomponentenanalyse der Zufriedenheitsbefragung (siehe Tab. 1) als unabhängige Variablen einer multiplen linearen Regression bestimmt. Schlussendlich wurden im Prä-Post-Design die Effektstärken der allgemeinen psychischen Belastung und der Gesundheitszufriedenheit in Abhängigkeit der beiden Wetterklassen ermittelt.

Alle	Rotierte Komponentenmatrix(a)					Hauptkomponenten
	1	2	3	4	5	
Qualität medizinische Betreuung	0,841					Therapeutische Qualität
Umfang medizinische Betreuung	0,829					
Qualität therap. Maßnahmen Kinder	0,643					
Umfang therap. Maßnahmen Kinder	0,635					
Umfang Physiotherapie	0,583					
Qualität Physiotherapie	0,581					
Erreichbarkeit Angebote		0,692				Strukturqualität und interpersonelle Wechselwirkungen
Appartement		0,646				
Klima Kurteilnehmerinnen		0,568				
Hausklima		0,537				
Atmosphäre Speisesaal		0,492				
Umfang Betreuung Kind (Kindergarten)			0,869			Kinderbetreuung
Qualität Betreuung Kind (Kindergarten)			0,865			
Entlastung durch Kinderbetreuung			0,519			
Verpflegung Mutter				0,902		Verpflegung
Verpflegung Kinder				0,889		
Qualität psychosoziale Betreuung					0,831	Psychosoziale Betreuung
Umfang psychosoziale Betreuung					0,824	

Tab.1: Hauptkomponentenanalyse der Patientenzufriedenheit

Ergebnisse

1. In keiner Schwerpunktindikationsgruppe ergaben sich für die Mittelwerte der Patientenzufriedenheit und des Maßnahmeerfolgs signifikante Unterschiede zwischen den beiden Wetterklassen.
2. In allen Indikationsgruppen zeigten sich in Abhängigkeit von der Zyklonalitätsklasse leichte Unterschiede der Prädiktorenstrukturen sowohl innerhalb eines Erfolgsparameters wie auch zwischen den Erfolgsparametern.
3. In der Indikationsgruppe F30-F39 zeigt sich bei vorwiegendem Hochdruckeinfluss eine deutliche Zunahme der Effektstärke betreffs der psychischen Gesamtbelastung, aber eine sehr geringe Effektstärke bei der Gesundheitszufriedenheit. In der Indikationsgruppe F48 zeigen sich diese Unterschiede in abgeschwächter Form, während sich das Wettergeschehen auf die Effektstärken in den Indikationsgruppen M40-M54 und E66 kaum auswirkt (siehe Abb. 1).

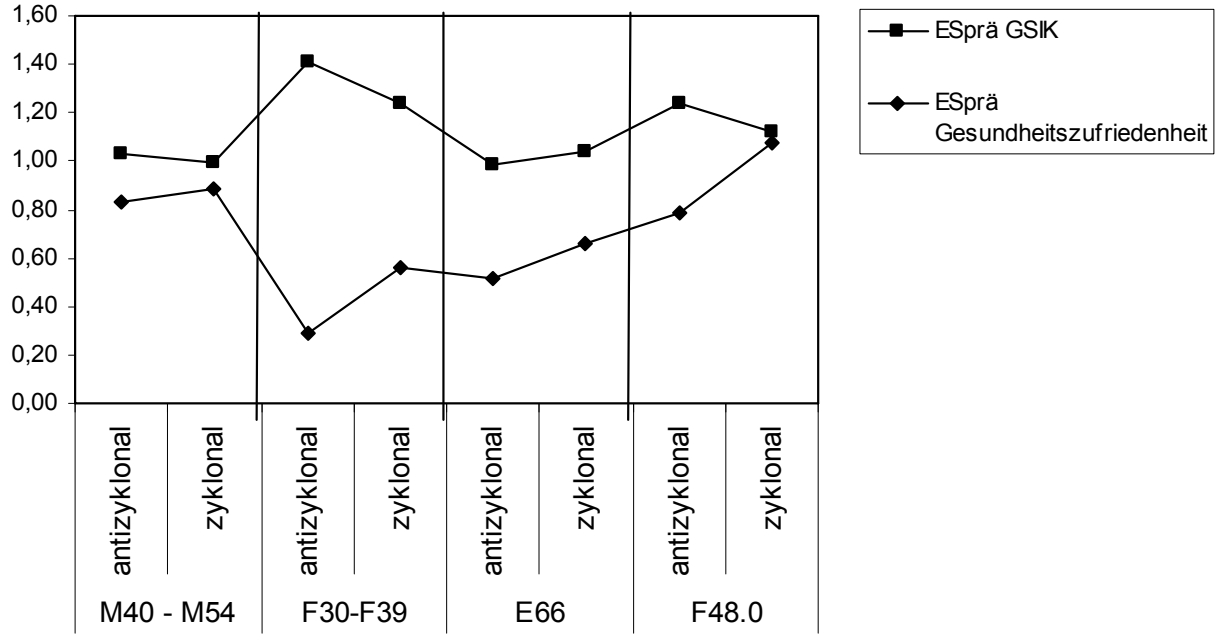


Abb. 1: Effektstärken in den Indikationsgruppen bei überwiegend zyklonalen vs. antizyklonalen Wetterlagen

Diskussion und Schlussfolgerung

Insgesamt legen die vorliegenden Ergebnisse den Schluss nahe, dass weder die geographische Lage noch die jahreszeitlich bedingten klimatischen Unterschiede einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg einer Mutter-Kind-Kur haben. Allenfalls bei Indikationen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen zeigen sich wetterbedingt unterschiedliche Effektstärken. Strukturqualität/interpersonelle Wechselwirkungen, therapeutische Qualität und psychosoziale Betreuung treten sowohl bei der Patientenzufriedenheit wie auch der Einschätzung des Kurerfolges und der allgemeinen psychischen Belastung als Prädiktoren auf. Dieser Befund unterstreicht die hohe Bedeutung einer ganzheitlichen Betreuung der Patientinnen (Dehn-Hindenberg, 2008).

Da sich die Beta-Wertigkeiten der einzelnen Prädiktoren innerhalb der Indikationsgruppen bei diesen Erfolgsparametern in einem relativ engen Bereich bewegen, muss von einer Gleichwertigkeit der Prädiktoren gesprochen werden, auch wenn die Prädiktorenstruktur sich zwischen den Erfolgsparametern unterscheidet. Dieser Befund fügt sich in das biopsychosoziale Modell ein, das Krankheit und Gesundheit nicht als Zustand, sondern als dynamisches Geschehen definiert (Egger, 2005) und in hohem Maße von der Kompetenz des Individuums zur autoregulativen Kontrolle von Störungen abhängig ist. Dies impliziert die Wichtigkeit einer "Hilfe zur Selbsthilfe", die in den beschriebenen Prädiktorenstrukturen ihren Ausdruck findet. Zusman (2010) betont in seiner Übersichtsarbeit die Evidenz der "Best Practice" hinsichtlich besserer klinischer Ergebnisse.

Literatur

Bucher, K., Wanka, E. (2007): Das Problem der Wetterfühligkeit. promet, 33, 3/4. 133-139.

Dehn-Hindenberg, A. (2008): Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg. Gesundh ökon Qual manag, 13. 298-303.

Delyukov, A., Didyk, L. (1999): The effects of extra-low-frequency atmospheric pressure oscillations on human mental activity. International Journal of Biometeorology, 43. 31-37.
Egger, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, 16, 2. 3-12.
Zusman, M. (2010): Das biopsychosoziale Modell als Leitfaden für die Behandlung von muskuloskeletalen Schmerzen und Behinderungen durch bewegungsbasierte Therapie. Physioscience, 6. 112-120.

Welchen Einfluss hat der Erhebungszeitpunkt auf das Patientenurteil?

Haase, I.
m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Füssen

Hintergrund und Zweck

Rezepte für Patientenbefragungen gibt es viele (u. a.: Ruprecht, 1998; Satzinger et al., 2001; Müller-Fahrnow et al., 2006). Sie unterscheiden sich - um nur einige methodische Grundfragen zu nennen - nach Zielgruppen, Inhalten, Erhebungsart, Frage- und Antworttypen sowie Erhebungszeitpunkt (während oder nach dem stationären Aufenthalt). In den Kliniken der m&i-Klinikgruppe Enzensberg bekommen seit 1992 kontinuierlich alle Patienten kurz vor Entlassung einen standardisierten Fragebogen ausgehändigt. Die Teilnahme an der Patientenbefragung ist selbstverständlich freiwillig.

Eine Befragung vor Entlassung aus der Rehabilitationsklinik hat neben praktischen und ökonomischen Vorteilen aber auch eine Reihe von Nachteilen (Satzinger, Raspe, 2001): Die Präsenz des Personals (über das die Patienten ja Urteile abgeben sollen), mögliche Beeinflussungen durch Mitpatienten, Zweifel an der zuverlässigen Wahrung der Anonymität und die Befürchtung, wegen kritischer Bemerkungen Nachteile zu erleiden, könnten vermehrt zu sogenannten "sozial erwünschten" Antworten führen und somit die Ergebnisse positiv färben (Dörning, 2009). Bei einer Befragung erst nach Entlassung sollten die genannten Einflüsse nicht zum Tragen kommen.

Methodik

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen hat die m&i-Fachklinik Enzensberg ergänzend zur Routinebefragung bei Entlassung eine poststationäre Patientenbefragung durchgeführt. Zum Einsatz kam ein gegenüber dem Standardbogen teilweise ergänzter, aber in den entscheidenden Beurteilungsfragen unveränderter Fragebogen. Für 152 orthopädische Rehabilitanden liegen komplette Datensätze aus beiden Erhebungen vor. Die durchschnittlich seit Entlassung aus der Rehabilitation vergangene Zeit betrug 15 Wochen (Spannbreite: 6 - 23).

Ergebnisse

Die Übereinstimmung zwischen per- und poststationärer Bewertung ist im Bereich "Klinik und Unterbringung" (12 Items, darunter Organisation, Essen, Zimmerausstattung) am höchsten (mittleres Kappa = 0,483). Geringer fällt sie aus bei der ärztlichen Betreuung (4 Items, 0,342), den Therapien (7 Items, 0,329) und der subjektiv empfundenen Hilfe durch

die Reha (4 Items, 0,295). Die Richtung der Abweichung entspricht in den meisten Fällen der Erwartung: Ärztliche Betreuung, Behandlungen und Hilfe durch die Reha werden poststationär durchgängig - wenn auch meist nur geringfügig - schlechter beurteilt. Hinsichtlich "Klinik und Unterbringung" zeigt sich kein einheitliches Bild. Bei fünf von 27 Einzelitems ("Empfang auf Station", "Arzt immer erreichbar", "Physiotherapie als Einzeltherapie", "Physiotherapie in der Gruppe" und "Ergotherapie") betrug die Mittelwertdifferenz auf der von der DRV übernommenen fünfstufigen Skala mehr als 0,2 Notenpunkte, alle übrigen Abweichungen fallen geringer aus.

Diskussion und Schlussfolgerung

In drei von vier untersuchten Bereichen fallen die Ergebnisse hypothesenkonform aus. Damit darf die häufig geäußerte Vermutung, dass eine Befragung noch während des Aufenthaltes in der Klinik zu besonders positiven Ergebnissen führt, grundsätzlich als bestätigt angesehen werden. Allerdings fallen die Bewertungsunterschiede zwischen per- und poststationärer Befragung so gering aus, dass es für das Qualitätsmanagement der Klinik praktisch keine Bedeutung hat. Die Sorge, dass noch während des Klinikaufenthaltes befragte Patienten ein unrealistisch positives Urteil abgeben, ist offenbar unbegründet.

Literatur

Dörning, H. (2009): Anforderungen an ein adäquates System zur Bewertung des Reha-Erfolgs - das Beispiel Qualitätsbarometer. In: DRV Bund (Hrsg.): Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Workshop der DRV am 25.11.2008 in München. Berlin. 84-99.

Müller-Fahrnow, W., Rieger J., Steffanowski, A., Kriz, D., Nübling, R. (2006): Kontinuierliche Patientenbefragungen - Testmethodische Überprüfung eines neuen Instruments für das klinikinterne Routinemonitoring. DRV-Schriften, Bd. 64. 121-122.

Ruprecht, T. (Hrsg.) (1998): Experten fragen, Patienten antworten. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard.

Satzinger, W., Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.) (2001): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin: Asgard.

Satzinger, W., Raspe, H. (2001): Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. In: Satzinger W, Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin: Asgard. 41- 80.

Direkte oder indirekte Ergebnismessung? Eine Antwort aus Sicht des Konzepts der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

Schmidt, C., Spyra, K., Köhn, S., Ammelburg, N.

Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Die Reichweite direkter bzw. indirekter Ergebnismessung in der medizinischen Rehabilitation wird seit Jahren kontrovers diskutiert (Mittag, 2009). Beide Varianten führen nicht immer zu übereinstimmenden Ergebnissen, wobei häufig die Frage gestellt wird, welche Methode zuverlässiger oder angemessener ist. Abweichend von dieser Ausrichtung der Diskussion soll in dem Beitrag ein Ansatz vorgestellt werden, mit dem die Ergebnisse beider Methoden in einem sinnvollen Zusammenhang erklärt und interpretiert werden können. Dazu wird exemplarisch auf Ergebnisse aus dem an der Charité-Universtätsmedizin Berlin entwickelten Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK), hier für den Bereich der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung, zurückgegriffen (Möllmann, Spyra, 2009; Spyra et al., eingereicht). Zu Reha-Beginn und Reha-Ende wurden RMK-Assessments eingesetzt, die eine nach RMK-Bedarfsgruppen differenzierte Darstellung der Ergebnisqualität mittels direkter und indirekter Messung ermöglichen. Studienergebnisse zeigen, dass Bedarfsgruppen mit stärker beeinträchtigten Patienten größere Effektstärken bei einer gleichzeitig schlechteren Beurteilung des subjektiv eingeschätzten Rehabilitationserfolges aufweisen. Diese Ergebnisse wurden bisher ausschließlich dahingehend interpretiert, dass insbesondere psychisch stärker beeinträchtigte Patienten kritischer seien und dies bei direkten Ergebnisvergleichen durch entsprechend differenzielle Analysen berücksichtigt werden müsste, um Verzerrungen durch einen unterschiedlichen Patientenmix, bspw. bei Patientenbefragungen im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen, angemessen zu berücksichtigen. Solche gruppenbezogenen Analysen der subjektiven Zufriedenheit stoßen jedoch an ihre Grenzen, wenn es darum geht, auch innerhalb der kritischeren Gruppen unterschiedliche Ergebnisse zu bewerten, die sich bspw. aus einer unterschiedlichen Behandlung ergeben können. Ein methodischer Ansatz zur Lösung dieses Problems sollte entwickelt und exemplarisch erprobt werden.

Methoden

Zur Verfügung standen Daten von n=1.533 alkoholabhängigen Rehabilitanden aus 12 Kliniken.

Mit Hilfe einer nach den RMK-Gruppen stratifizierten Analyse der mit dem RMK-Assessment gemessenen individuellen Veränderungen anhand des reliable change index (RCI) (Jacobson, Truax, 1991) wird versucht, Patienten zu identifizieren, die von der Rehabilitation überzufällig profitieren. Anschließend werden die Patienten gemäß ihrer Veränderungswerte klassifiziert, mit zwei subjektiven Items der direkten Ergebnismessung statistisch verglichen und überprüft, ob der beschriebene gegenläufige Effekt auf Bedarfsgruppenebene ein stabiles Ergebnis ist.

Als Maß für die Darstellung der indirekten Ergebnisqualität wird das standardized response mean (SRM) (Leonhart, 2004) sowie die dazugehörigen nicht-zentralen Konfidenzintervalle (KI: 95 %) (Smithson, 2003) berichtet.

Die direkte, subjektive Ergebnismessung erfolgt durch zwei 5-stufige Einzelitems, die die gesundheitliche Verbesserung durch die Rehabilitation und die Klinikwahl zum Inhalt haben.

Ergebnisse

Für 6 Skalen (AASE, SCL9, BDI etc.) konnten mittlere bis starke Effekte ermittelt werden (SRM: 0,42 - 0,804). Es zeigten sich deutliche Effektunterschiede pro Skala auf Gruppenebene (Bsp.: SRM-Range (BDI): 0,36 -1,35). Die nicht-zentralen Konfidenzintervalle (KI: 95 %) weisen für alle evaluierten Skalen einen Änderungseffekt aus.

Auf der Ebene der Bedarfsgruppen zeigte der Kruskal-Wallis Test den bekannten gegenläufigen Effekt von subjektiver Ergebnisqualität und indirekt ermittelten Effektstärken ($p=0{,}004$; $p<0{,}001$).

Durch die nach den RMK-Gruppen stratifizierte Berechnung der RCI kann dieser gegenläufige Effekt der Bedarfsgruppenebene aufgeklärt werden. Eine ordinale Regression mit dem jeweiligen direkt gemessenen Item auf der abhängigen und den reliabel veränderten Messskalen auf der unabhängigen Seite zeigt einen statistisch signifikant positiven Zusammenhang zwischen indirekter Messung und subjektiver Beurteilung [OR:1,75] (KI (95 %): 1,3-2,32); [OR: 2,22] (KI (95 %): 1,64 -3,02). Der jeweilige Zusammenhang bleibt auch nach Adjustierung für Alter, Schulbildung und Geschlecht signifikant.

Diskussion und Ausblick

Durch das nach Bedarfsgruppen stratifizierte individuelle Maß für die indirekte Änderungssensitivität (RCI) werden die Patienten bestimmt, die überzufällig von der Rehabilitation profitiert haben. Diese Patienten zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen subjektiv und indirekt gemessenem Reha-Ergebnis. Dieses Ergebnis relativiert den auf Bedarfgruppenebene beobachteten negativen Zusammenhang aus subjektiver Bewertung und indirekt gemessener Veränderungsstärke.

Literatur

Jacobson, N.S., Truax, P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59 (1). 12-19.

Leonhart, R. (2004): Estimating effect sizes in clinical trials. Die Rehabilitation, 43 (4). 241-246.

Mittag, O. (2009): Das Problem der klinisch bedeutsamen Veränderung ("clinically signifikant change") - Zusammenhänge zwischen indirekter Veränderungsmessung und direkter Veränderungsmessung. DRV-Schriften, Bd. 83.

Möllmann, C., Spyra, K. (2009): Rehabilitanden-Management-Kategorien in der Sucht-Rehabilitation. Sucht aktuell, 1. 26-31.

Smithson, M. (2003): Confidence Intervals. Thousand Oaks, Sage Publications.

Spyra, K., Köhn, S., Ammelburg, N., Schmidt, C. (eingereicht): Rehabilitanden-Managemnet-Kategorien (RMK) - Ergebnisse aus der Entwicklungsphase und dem ersten klinischen Einsatz in der Suchtrehabilitation. Die Rehabilitation.

Qualitätsmanagement in Rehabilitationskliniken - Eine Studie zur Zufriedenheit mit externen Beratungs- und Zertifizierungsprozessen und zu den Auswirkungen von Qualitätsmanagement auf die betriebliche Organisationsentwicklung

Okay, Y., Spyra, K.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielsetzung

Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist das Qualitätsmanagement in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der gesellschaftlichen und fachlichen Aufmerksamkeit gerückt. Neben neuen gesetzlichen Bestimmungen bilden insbesondere ein verstärkter Wettbewerb, selbstbewusste Patienten, die sich ihre Ärzte gezielt auswählen, und begrenzte Budgets für die Anbieter von Gesundheitsleistungen den Hintergrund für eine zunehmende Auseinandersetzung mit Qualitätsmanagement (Ertl-Wagner et al., 2009).

Das Integrierte Qualitätsmanagement-Programm-Rehabilitation (IQMP-Reha) ist ein Programm für die erstmalige Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems in Rehabilitationseinrichtungen. Es ist aber auch für die rehabilitationsspezifische Ausgestaltung bereits früher installierter anderer Qualitätsmanagement-Modelle geeignet (IQMP-Reha, 2010). Rund 160 Rehabilitationsklinken in Deutschland wurden bisher mit IQMP-Reha zertifiziert. Für die Implementierung von IQMP-Reha in den Rehaklinken arbeitet das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) mit ausgewählten Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen zusammen. Die Zufriedenheit der Rehabilitationskliniken mit den externen Beratungs- und Zertifizierungsprozessen ist eine entscheidende Voraussetzung sowohl für die Auswahl als auch für die fortlaufende Beurteilung der IQMG-Kooperationspartner, da die positive Bewertung von realisierten Projekten ein wesentliches Kriterium für die erwartete hohe Ergebnisqualität in der Rehabilitationsklinik ist.

Aus diesem Grund wurde erstmals eine Kundenbefragung zum Thema "Zufriedenheit der Rehabilitationsklinken mit den externen Beratungs- und Zertifizierungsprozessen und zu den Auswirkungen von QM auf die betriebliche Organisationsentwicklung" durchgeführt.

Studiendesign und Methode

Die Kundenbefragung wurde mit einem Mixed-Method-Design durchgeführt. Die insgesamt 102 mit IQMP-Reha zertifizierten Kliniken wurden mittels Fragebogen (Assessment) zur Zufriedenheit mit den Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen zu den Themen Projektmanagement, Organisation und Umsetzung, partnerschaftliche Kooperation, Kompetenz des Beraters und Gesamtbeurteilung sowie zu den Auswirkungen des Zertifizierungsprozesses auf die Organisationsentwicklung befragt. Nachfolgend wurden mit fünf der befragten Kliniken (vier Qualitätsmanagern und einer Klinikleitung) leitfadenstrukturierte Experteninterviews geführt, um vertiefende und detailliertere Informationen zu den Auswirkungen von Qualitätsmanagement auf die Organisationsentwicklung zu erlangen. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach Meuser und Nagel (2009).

Ergebnisse

Im Rahmen der Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die mit dem IQMG kooperierenden Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen von den Kliniken im Durchschnitt positiv beurteilt werden. Die hohe Zufriedenheit mit den Beratern und Auditoren wurde in den Experteninterviews vorwiegend mit deren praktischer Erfahrung und rehabilitationsspezifischem Wissen begründet. Des Weiteren wurde die gute Erreichbarkeit und Freundlichkeit der Dienstleister hervorgehoben.

Auf die Frage, welche Auswirkungen das Qualitätsmanagement bzw. die Zertifizierung auf die betriebliche Organisationsentwicklung der Rehabilitationsklinken hat, wurde hauptsächlich festgestellt, dass Prozesse vermehrt dokumentiert werden, sich die Klinikstruktur verbessert hat, die Mitarbeiter und Abteilungen besser miteinander kooperieren, der Gesamtüberblick transparenter ist, ein verbessertes Klima zwischen den Mitarbeitern herrscht und der PDCA-Zyklus zur Organisationsentwicklung öfter angewandt wird. Diese ausgelösten Änderungen betreffen vor allem die Struktur- und Prozessqualität. In Bezug auf die Ergebnisqualität konnte kein einheitliches Verfahren für die Messung von Ergebnissen und die Ableitung von Maßnahmen identifiziert werden.

Schlussfolgerungen

Mit der seit Ende 2009 neu eingeführten Verpflichtung zur Zertifizierung sollte für die neu zertifizierten Rehabilitationskliniken nochmals eine Kundenzufriedenheitsbefragung durchgeführt werden. Dies erscheint sinnvoll, weil vermutet werden kann, dass die Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen in der zurückliegenden Periode auch deshalb so gut beurteilt wurden, weil die Zertifizierung bisher freiwillig war, es keine gesetzlich verpflichtenden BAR-Qualitätskriterien gab und die Kliniken so mit vergleichsweise geringem Aufwand ihr Zertifikat erhalten konnten. Darüber hinaus ist die Aussagekraft von Kundenzufriedenheitsbefragungen in Bezug auf die tatsächliche Zielerreichung der Zertifizierung generell begrenzt. Im zweiten Schritt könnte so bspw. ein Kontrollverfahren eingeführt werden, um die fachgerechte Durchführung der Arbeit der Zertifizierungsunternehmen zu überprüften,

Eine andere Überlegung besteht darin, eine übergeordnete Instanz einzuführen, die unangekündigt und unregelmäßig die Rehakliniken auf die gewissenhafte Umsetzung des QM kontrolliert. Denn die Voraussetzung für ein wirksames QM ist die konsequente Umsetzung des QM-Verfahrens.

Literatur

Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., Wagner, B.C. (2009): Qualitätsmanagement und Zertifizierung: Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen. Heidelberg: Springer Verlag.

Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) Manual Version 3.0 (2010): Hilchenbach: Druckerei Wilke.

Meuser, M., Nagel, U. (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendungsfelder. 3. Grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 35-60.

Vergleich der Scientific Use Files "Abgeschlossene Rehabilitation" der Jahre 2006 - 2008: Welche Trends sind in der Rehabilitation der Rentenversicherung erkennbar?

Kaluscha, R., Jacobi, E., Krischak, G.
Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Problemstellung

Das Geschehen im Bereich der Rehabilitation wird von Entwicklungen im Gesundheitssystem und der Gesellschaft maßgeblich mitbeeinflusst. In neuerer Zeit sind hier u. a. ein verändertes Verlegungsverhalten der Akutkrankenhäuser im Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen (DRG) oder die demographische Entwicklung hervorzuheben. Wir haben daher vergleichende Jahresbeobachtungen vorgenommen, um mögliche Auswirkungen aktueller Entwicklungen zu identifizieren.

Methode

Dazu haben wir die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus den Scientific Use Files (SUF) "Abgeschlossene Rehabilitation" des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) der Jahre 2006 - 2008 gepooled. Aus diesem Daten-Pool wurden 192.459 Datensätze zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen eingeschlossen, die zu den fünf zahlenmäßig bedeutsamsten Erkrankungsarten (erste Stelle des ICD-Codes der Hauptdiagnose der ersten Rehabilitationsmaßnahme C, F, I, J, M) gehörten und bei denen das Alter der Rehabilitanden zwischen 16 und 65 Jahren betrug. Diese Gruppe spiegelt in etwa die sozialversicherungspflichtig erwerbstätige Bevölkerung wider; Sonderleistungen der Rentenversicherung wie Kinderrehabilitation oder onkologische Rehabilitationsmaßnahmen für Rentner fließen somit nicht in die Auswertung ein.

Im Sinne von Data-Mining wurden u. a. die Verteilung auf die Indikationsgebiete, Geschlechts- und Altersverteilung, Anteil an Migranten und sozialmedizinisch komplizierten Fällen (z. B. Verfahren nach § 51 SGB V) untersucht. Dies geschah insbesondere mittels deskriptiver Statistik, Chi-Quadrat- und Rangsummen-Tests sowie der Betrachtung von Cell-Chi-Square-Werten, um auffällige Abweichungen in den Kontingenztafeln zu identifizieren.

Ergebnisse

Neben zu erwartenden Ergebnissen wie steigenden Fallzahlen oder der Zunahme psychischer Erkrankungen auch in der Rehabilitation (sowohl absolut als auch anteilsmäßig) ergaben sich weitere, überraschende Befunde.

Der Anteil von Rehabilitanden, die im jeweiligen Jahr sowohl medizinische als auch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen erhielten, stieg mit den Jahren an. Da die Stichprobe der Scientific Use Files jedoch nach diesem Merkmal disproportional (10 % der Fälle mit nur medizinischer vs. 35 % der Fälle mit medizinischer und beruflicher Rehabilitation) gezogen

wird, musste eine entsprechende Umrechnung der Anteile aus dem Datenpool (Werte in Tab. 1 in Klammern) auf die Gesamtzahl der Rehabilitanden erfolgen.

Ferner ist ein langsam ansteigendes Durchschnittsalter der Rehabilitanden zu konstatieren (2006: 48,67 ± 9,61 Jahre, 2007: 48,73 ± 9,58 Jahre, 2008: 48,94 ± 9,57 Jahre). Interessant erscheint auch der Trend eines zunehmenden Anteils an § 51-Fällen, für den eine Erklärung bislang aussteht.

Bei den Anteilen der Geschlechter und der Migranten ergaben sich keine relevanten Veränderungen.

	2006	**2007**	**2008**
Verfahren nach §51 SGB V	5,23 %	6,06 %	6,12 %
sowohl med. als auch berufliche Maßnahmen (vgl. Text)	2,13 % (7,08 %)	2,43 % (8,03 %)	2,57 % (8,45 %)
Psychische Erkrankungen	19,64 %	20,13 %	21,19 %
Onkologische Erkrankungen	20,80 %	19,76 %	18,97 %

Tab. 1: Prozentuale Anteile ausgewählter Gruppen an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Jahre 2006 - 2008.

Diskussion

Bekannte Entwicklungen wie die Zunahme psychischer Erkrankungen (Jacobi, 2009) und die alternde Gesellschaft beginnen sich auch in der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen widerzuspiegeln. Die hier vorgestellten Auswertungen umfassen lediglich die Jahre 2006 bis 2008; es bleibt daher abzuwarten, ob sich die Trends auch in den Daten der folgenden Jahre bestätigen werden.

Die Forschungsdaten der Rentenversicherung bilden eine wichtige Grundlage, um frühzeitig Veränderungen in der Rehabilitation zu erkennen. Diese können dann etwa in die Bedarfsplanung der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer einfließen. Wir beabsichtigen dabei künftig auch eine Zusammenarbeit mit Versicherungswissenschaftlern, um deren Instrumentarien für Trendanalysen in der Rehabilitation zu nutzen.

Literatur

FDZ-RV: Scientific Use Files "Abgeschlossene Rehabilitation" 2006-2008 (SUFRSDQJ06B, SUFRSDQJ07B und SUFRSDQJ08B) nebst zugehörigen Codeplänen. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/FdzPortalWeb/dispcontent.do?id=main_fdz_forschung_querb, Abruf: 29.10.2010.

Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? Report Psychologie, 34 (1/2009), 16-28. URL: http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-reportpsychologie-2009.pdf, Abruf: 03.11.2010.

Abgeschlossene medizinische Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten bei Pflegepersonal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen

Harling, M., Schablon, A., Nienhaus, A.

CVcare - Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Der demografische Wandel stellt die Kranken- und Altenpflege vor die Herausforderung, Beschäftigte gesund und motiviert im Pflegeberuf zu halten. Daher wird anhand der Scientific Use File (SUF) "Abgeschlossene Rehabilitation 2006" (FDZ-RV-SUFRSDQJ06B) und der SUF "Rentendatenneuzugänge 2007" (FDZ-RV-SUFRTZN07XVSBB) analysiert, welche Unterschiede zwischen Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen bestehen, um erste Hinweise auf Faktoren zur Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten (EM-Rente) bei Pflegepersonal zu erhalten.

Methodik

Anhand der Berufsordnungen wurde eine neue Variable mit den Ausprägungen "Krankenpflege" (853), "Krankenpflegehelfer' (854), "Altenpflege" (861) und "andere Berufsgruppen‘ gebildet. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen wurden anhand des Chi^2 mit einem Signifikanzniveau von $p<0,001$ geprüft. Die Analysen der SUF "Abgeschlossene Rehabilitation 2006" wurden auf Personen mit einer abgeschlossenen Rehabilitation im Alter von 18-65 Jahren begrenzt. Des Weiteren enthält der Datensatz eine Gewichtungsvariable, die bei allen Analysen berücksichtigt wurde.

Ergebnisse der Analyse der SUF "Abgeschlossene Rehabilitation 2006"

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind bei Pflegeberufen häufiger die Hauptdiagnose für eine Rehabilitation als bei anderen Berufsgruppen (Krankenpflege 47,5 %, Krankenpflegehelfer 49,9 %, Altenpflege 44,3 %, andere Berufsgruppen 41,4 %). Nach der Rehabilitation erreichen 77,9 % der Krankenpflegekräfte und 75,7 % der anderen Berufsgruppen eine Erwerbsfähigkeit von 6 Std. und mehr. Bei Krankenpflegehelfern beträgt dieser Anteil lediglich 68,5 % und bei Altenpflegekräften 72,1 %.

Ergebnisse der Analyse der SUF "Rentendatenneuzugänge 2007"

Der Anteil der EM-Renten beträgt bei Krankenpflegekräften 38,9 %, bei Krankenpflegehelfern 30,5 %, bei Altenpflegekräften 34,6 % und bei anderen Berufsgruppen 22,4 %. Hinsichtlich des Alters bei Beginn der EM-Rente zeigen sich keine Unterschiede. In den Pflegeberuf-Gruppen beziehen etwa 20 % (Krankenpflege 19,8 %, Krankenpflegehelfer 19,6 %, Altenpflege 19,7 %) eine EM-Rente aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, in anderen Berufsgruppen liegt dieser Anteil bei 16,1 %. 68,5 % der Krankenpflegekräfte, 60,0 % der Krankenpflegehelfer und 61,6 % der Altenpflegekräfte haben mindestens eine Rehabilitationsleistung in den letzten 5 Jahren erhalten. Bei anderen Berufsgruppen waren es hingegen lediglich 47,1 %.

Diskussion

Bei den Diagnosen für eine Rehabilitation sowie für eine EM-Rente sind Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Pflegeberufen häufiger als bei anderen Berufsgruppen. Beschäftigte aus Pflegeberufen haben außerdem häufiger mindestens eine Rehabilitationsleistung vor Beginn einer EM-Rente erhalten als andere Berufsgruppen. Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich die Hypothese aufstellen, dass Rehabilitationsleistungen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen in Pflegeberufen nicht den gewünschten langfristigen Erfolg haben, da durch die Arbeitsbedingungen erneut Belastungen im Bereich des muskuloskeletalen Systems entstehen können. So hat sich in bisherigen Untersuchungen der Transfer von Patienten als einer der Hauptfaktoren für die Entstehung von Rückenbeschwerden herauskristallisiert (Byrns et al., 2004). Aber auch häufiges Beugen und Verdrehen des Oberkörpers wurden als mögliche Risikofaktoren diskutiert (Freitag et al., 2007). Abschließend lässt sich feststellen, dass die dargestellten Analysen der SUF "Abgeschlossene Rehabilitation 2006" und der SUF "Rentendatenneuzugänge 2007" gut geeignet sind, Unterschiede zwischen Pflegeberufen und anderen Berufsgruppen aufzuzeigen. Dennoch sind weiterführende Studien erforderlich, um Selektionseffekte und Störvariablen auszuschließen und Möglichkeiten zur Verbesserung der Rehabilitation bzw. zur Vermeidung von EM-Renten für Beschäftigte in Pflegeberufen zu ermitteln.

Literatur

Byrns, G., Reeder, G., Jin, G., Pachis, K. (2004): Risk factors for work-related low back pain in registered nurses, and potential obstacles in using mechanical lifting devices. Journal of occupational and environmental hygiene, 1. 11-21.

Freitag, S., Ellegast, R., Dulon, M., Nienhaus, A. (2007): Quantitative Measurement of Stressful Trunk Postures in Nursing Professions. Ann Occup Hyg 51, 4. 385-395.

Psychische Komorbidität bei Rehabilitanden im onkologischen Indikationsbereich: Prävalenz, Assoziationen und Nachsorge

Nicklas, S., Lamprecht, J., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund

Mit onkologischen Erkrankungen sind starke Belastungen für die Betroffenen verbunden, die sich häufig in einer begleitenden psychischen Störung äußern. So berichten Härter et al. (2001) eine 4-Wochen-Prävalenz von 23,5 % für psychische Komorbidität bei onkologischen Erkrankungen, wobei Angststörungen (13,0 %) und affektive Störungen (9,5 %) dominieren. Risikofaktoren für das Auftreten einer psychischen Komorbidität bei onkologischer Grunderkrankung sind unter anderem weibliches Geschlecht und Schwere der Erkrankung (Härter et al., 2001).

Anhand des Scientific Use File "Rehabilitation 2006" der DRV (SUFRSDQJ06MCB) werden zunächst Prävalenzraten für das Auftreten von verschiedenen psychischen Störungen bei bösartigen Neubildungen an unterschiedlichen Lokalisationen bestimmt. Anschließend wird

explorativ untersucht, in welchen zentralen Merkmalen sich onkologische Rehabilitanden mit und ohne psychische Komorbidität unterscheiden.

Methoden

Grundlage der Analysen ist zunächst das SUF "Rehabilitation 2006" der DRV. Dem Beitrag werden die aktuellen Daten des Jahres 2008 zugrunde liegen, die in Kürze verfügbar sind. Berücksichtigt wurden Rehabilitanden, die mindestens eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben (n=83.140). Bei der grafischen Analyse der kategorialen Variablen kommen innovative Darstellungsformen (Vier-Felder-Plots, Mosaikplots) zum Einsatz, die die Analyse von Häufigkeiten mit inferenzstatistischen Methoden verbinden (Meyer et al., 2007). Vier-Felder-Plots können als grafische Veranschaulichung der Häufigkeiten und der Odds Ratio einer Vier-Felder-Tafel aufgefasst werden. In Mosaikplots können Häufigkeiten aus Kontingenztafeln als Flächen grafisch dargestellt und darüber hinaus inferenzstatistische Zusammenhänge visualisiert werden.

Ergebnisse

Die Häufigkeit von psychischer Komorbidität (F-Diagnosen der ICD) liegt bei Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen bei 13,6 %. Am stärksten davon sind Personen mit Mammakarzinom (21,2 %) und Neubildungen des ZNS (21,6 %) betroffen. Bei Neubildungen der Verdauungsorgane ist die Prävalenz von psychischer Komorbidität am geringsten (7,8 %). Insgesamt treten am häufigsten Angststörungen (6,0 %) und affektive Störungen (2,5 %) auf. Die Häufigkeit von psychischer Komorbidität ist für Rehabilitanden mit sekundärem Befall anderer Lokalisationen (ICD C77-79) leicht erhöht (16,4 %).

Rehabilitanden im onkologischen Indikationsbereich mit psychischer Komorbidität sind im Vergleich zu solchen ohne psychische Komorbidität im Mittel etwas jünger (56,0 vs. 62,6 Jahre), häufiger weiblich (71,3 % vs. 52,3 %) und häufiger geschieden (10,7 % vs. 6,8 %) Sie beantragen häufiger Erwerbsminderungsrente (1,0 % vs. 0,3 %), sind im Zeitraum von zwölf Monaten vor der Rehabilitation in etwas stärkerem Maße von langfristiger Arbeitsunfähigkeit betroffen (6 Monate und länger: 42,1 % vs. 38,5 %), werden aus der Rehabilitation aber etwas seltener arbeitsunfähig entlassen (67,8 % vs. 73,5 %). Onkologischen Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität wird zur Nachsorge häufiger Psychotherapie empfohlen als anderen onkologischen Rehabilitanden (17,2 % vs. 1,7 %). In anderen Nachsorgeempfehlungen unterscheiden sich beide Gruppen kaum. So spielt etwa Rehabilitationssport in beiden Gruppen nur eine marginale Rolle (1,1 % vs. 0,8 %).

Diskussion und Ausblick

Der Anteil von onkologischen Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität ist geringer als in früheren Studien (Härter et al., 2001). Als Risikofaktoren für psychische Komorbidität wurden weibliches Geschlecht und in geringerem Maße Scheidung, die Schwere der Erkrankung sowie jüngeres Alter identifiziert (vgl. Härter et al., 2001).

Beachtenswert ist des Weiteren der hohe Anteil von psychischer Komorbidität bei Rehabilitanden mit Mammakarzinom und Neubildungen des ZNS, da diese im Mittel jünger sind als andere Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen.

Neuere Studien deuten auf die positiven Effekte von Sportprogrammen für die physische und psychische Genesung von onkologischen Rehabilitanden hin (Spence et al., 2010). Es

wäre daher wünschenswert, dass geeignete Programme eine stärkere Berücksichtigung in den Nachsorgeempfehlungen für onkologische Rehabilitanden fänden.

Längsschnittanalysen zeigen, dass psychische Störungen bei onkologischen Patienten im Laufe der Erkrankung häufig bestehen bleiben oder sogar zunehmen (Bringmann et al., 2008). Bei den hier analysierten Routinedaten handelt es sich um eine Querschnittserhebung, die mit dem Abschluss der Rehabilitation endet. Für fundierte Analysen des Rehabilitationsprozesses wären Routinedaten wünschenswert, die den Verlauf während und nach der Rehabilitation besser und längerfristiger abbilden.

Literatur

Bringmann, H., Singer, S., Höckel, M., Stolzenburg, J.-U., Krauß, O., Schwarz, R. (2008): Longitudinal analysis of psychiatric morbidity in cancer patients. Onkologie, 31. 343-344.

Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Hasenburg, A., Weis, J. (2001): Psychiatric disorders an associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. Eur J Cancer, 37. 1385-1393.

Meyer, D., Zeileis, A., Hornik, K. (2006): The strucplot framework: Visualizing multi-way contingency tables with vcd. Journal of Statistical Software, 17. 1-48.

Spence, R.R., Heesch, K.C., Brown, W.J. (2010): Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. Cancer Treatment Reviews, 36. 185-194.

Der Effekt einer unterschiedlichen Verweildauer in der medizinischen Rehabilitation auf den Rehabilitationserfolg

Reichert, A.R., Kristek, J.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen

Hintergrund

In der vorliegenden Studie untersuchen wir den Effekt einer unterschiedlichen Behandlungsdauer in der medizinischen Rehabilitation auf den Gesundheitszustand von Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen. Das Forschungsinteresse liegt hierbei in der Frage, ob eine Verlängerung oder Verkürzung der Verweildauer relevante Erfolgsgrößen wie Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinflusst.

Methoden

Für unsere Analysen greifen wir auf den routinemäßig erhobenen Datensatz "Abgeschlossene Rehabilitation 2006 & 2007" der Deutschen Rentenversicherung zurück, der für eine Stichprobe aller abgeschlossenen Rehabilitationsfälle der entsprechenden Jahre detaillierte Informationen zum Antragsverfahren, zur Durchführung und zum Abschluss der Rehamaßnahme bereit stellt. Zudem beschreibt er je Fall zahlreiche soziodemographische Merkmale des Rehabilitanden und die ICD-10-Schlüssel der bei Rehaaufnahme diagnostizierten Erkrankungen. Besonders relevant für unsere Forschungsfrage sind die Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Reha und die ärztlichen Einschätzungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden zum Entlassungszeitpunkt.

Die umfangreiche Datengrundlage ermöglicht uns Analysen, die über Vorher-Nachher-Vergleiche hinausgehen: Basierend auf einer Modifikation des Generalized Propensity Score Matching-Ansatzes von Hirano und Imbens (2004) nutzen wir Variationen in der Behandlungsdauer zwischen den Rehabilitanden, um den Einfluss der medizinischen Rehabilitation auf die Entwicklung ihrer Erfolgsgrößen zu messen. Hierzu prognostizieren wir zunächst auf Basis der tatsächlich bewilligten Verweildauer die Anzahl der Tage, die ein Rehabilitand mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung aufgrund seiner persönlichen Charakteristika (z. B. Alter, Geschlecht, Herkunft) und der dreistelligen ICD-10-Hauptdiagnosen gewöhnlich genehmigt bekommt. Das Matching identifiziert in einem zweiten Schritt Rehabilitanden-Paare, deren (prognosegemäß) zu erwartende Verweildauer zwar übereinstimmt, die tatsächlich bewilligten Tage sich aber merklich unterscheiden. Hierbei stellt das Verfahren sicher, dass sich die Paare bezüglich des Gesundheitszustandes oder individueller Merkmale nicht unterscheiden.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse weisen auf eine Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie eine höhere Heilungschance bei Muskel-Skelett-Rehabilitanden mit längerer Bewilligungsdauer hin. Die Effekte sind jedoch statistisch nicht signifikant. Ergebnisse für andere Krankheitsbilder sind in Arbeit.

Literatur

Imbens, G., Hirano, K. (2004): The Propensity score with continuous treatment, chapter for Missing data and Bayesian Method in Practice: Contributions by Donald Rubin Statistical Family.

Migration, soziale Ungleichheit und Rehabilitationserfolg - Ergebnisse einer Analyse von Routinedaten der Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen

Brause, M., Reutin, B., Razum, O., Schott, T.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund

In Deutschland hat mittlerweile jede(r) fünfte Einwohner(in) einen Migrationshintergrund. Unter diesen rund 15,6 Mio. Menschen ist die Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund die größte (2,5 Mio.). Alle nutzen dasselbe Gesundheitssystem - Migrant(inn)en jedoch mit einem geringeren Erfolg. So konnte eine Pilotstudie mit Routinedaten der Rentenversicherung Rheinland bereits zeigen, dass der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer ist als der bei Menschen ohne Migrationshintergrund (Maier et al., 2009).

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Sprache oder der Kultur von der deutschstämmigen Bevölkerung. Die durchschnittlich geringere schulische Bildung setzt sich in einer geringeren beruflichen Qualifikation fort, die letztendlich dazu führt, dass Migrant(inn)en überhäufig als an- oder ungelernte Arbeitskräfte tätig sind (zusammenfassend in Brause et al., 2010). Diese sozioökonomischen Faktoren

haben innerhalb der gesamten Bevölkerung einen Einfluss auf die Inanspruchnahme und die Qualität der Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen (z. B. Tiesmeyer et al., 2008).

Fragestellung

Lassen sich die gefundenen Unterschiede zwischen türkischen und nicht-türkischen Rehabilitand(inn)en beim Rehabilitationserfolg - gemessen am Entlassungsurteil und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung - tatsächlich auf die Herkunft zurückführen oder spielen hier auch sozioökonomische Faktoren eine Rolle?

Studiendesign/Methodik

Mit Routinedaten der Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen (n = 363.855) wurde in einem durch die Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW geförderten Projekt dieser Frage nachgegangen. Die türkische Herkunft wurde a) über die Nationalität bestimmt und b) wurde bei den laut Staatsbürgerschaft nicht-türkisch klassifizierten Personen ein sog. Namensalgorithmus durchgeführt (Razum et. al., 2001), um auch Migrant(inn)en im weiteren Sinne zu erfassen. Für die statistischen Analysen wurden χ^2- und t-Tests eingesetzt, sowie Odds Ratios (OR) mittels binärer logistischer Regression berechnet.

Ergebnisse

Insgesamt waren 4,8 % der Rehabilitand(inn)en türkischer Herkunft. Die Bewilligungsdiagnosen unter türkischen und nicht-türkischen Rehabilitand(inn)en waren unterschiedlich verteilt, vor allem türkische Frauen waren häufiger aufgrund einer psychischen/Verhaltensstörung und seltener aufgrund von Neubildungen in der Rehabilitation.

Wenn sich Unterschiede hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs zeigten, fielen diese Vergleiche immer zu Ungunsten der türkischen Rehabilitand(inn)en aus. Unterschiede fanden sich in den Indikationsgebieten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebserkrankungen, psychische-/Verhaltensstörungen, Erkrankungen des Atmungs- und des Verdauungssystems/Stoffwechsels. Durch die multivariaten Modelle konnte gezeigt werden, dass sozioökonomische Merkmale zwar eine Rolle spielten, die Herkunft aber ein eigenständiger Einflussfaktor auf den Behandlungserfolg blieb.

Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigten die Ergebnisse der Pilotstudie (Maier et al., 2009). Es bestehen Unterschiede hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs zwischen türkischen und nicht-türkischen Rehabilitand(inn)en. Die Herkunft blieb ein signifikanter Einflussfaktor - auch adjustiert für sozioökonomische und versorgungsbezogene Einflussfaktoren. Jedoch war die Varianzaufklärung durch die berechneten Modelle insgesamt gering, so dass davon ausgegangen werden muss, dass es nicht die routinemäßig erfassten Merkmale der Rehabilitand(inn)en oder der Versorgung sind, die den unterschiedlichen Rehabilitationserfolg maßgeblich beeinflussten.

Ausblick

Abschließend bleibt zu diskutieren, ob die Erhebung von Routinedaten a) für eine Überprüfung des Rehabilitationserfolgs und b) für Konzepte einer individualisierten und patientenorientierten Versorgung ausgeweitet werden muss.

Literatur

Brause, M., Reutin, B., Schott, T., Yilmaz Aslan, Y. (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Url: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/zfv/endbericht.pdf. Abruf: 04.11.2010.

Maier, C., Razum, O., Schott, T. (2009): Medizinische Rehabilitation und Behandlungserfolg bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In: Muthny, F.A., Bermejo, I. (Hrsg.): Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 85-103.

Razum, O., Zeeb, H., Akgun, S. (2001): How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany? Tropical Medicine and International Health, 6. 654-661.

Tiesmeyer, K., Brause, M., Lierse, M., Lukas-Nülle, M., Hehlmann, T. (Hrsg.) (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber.

Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR): Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8.500 Männer und 8.405 Frauen

Bethge, M. (1,2), Radoschewski, F.M. (2), Spyra, K. (2), Streibelt, M. (3), Egner, U. (3)
(1) Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, (2) Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Rentenversicherungsträger bieten Rehabilitationsleistungen an, um Erwerbsfähigkeit langfristig zu sichern. Rehabilitationsleistungen sind jedoch Antragsleistungen. Versorgungsepidemiologische Studien deuten an, dass dies den Wirkungsradius der durch die Rentenversicherung getragenen Teilhabeleistungen einschränkt (Dunkelberg et al., 2002; Zimmermann et al., 1999). Ziel der Studie war die Identifizierung von Variablen, die in den Prozessdatensätzen der Deutschen Rentenversicherung routinemäßig erfasst werden und für einen späteren erwerbsminderungsbedingten Rentenzugang prognostisch bedeutsam sind. Diese Variablen sollten zu einem Risikoindex zusammengefasst werden, um eine Vorhersage erwerbsminderungsbedingter Rentenzugänge zu ermöglichen. Ein solcher Risikoindex kann den Rentenversicherungsträgern zukünftig die Möglichkeit bieten, eigeninitiativ auf von Erwerbsminderung bedrohte Versicherte zuzugehen.

Methoden

Den methodischen Zugang bildete eine Fall-Kontroll-Studie mit Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund (Förderung nach § 31 SGB VI). Fälle waren zwischen 2004 und 2008 dokumentierte Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Kontrollen waren aktiv Versicherte ohne rehabilitationsrelevante Ereignisse seit 2001. Grundlage für den angestrebten Risikoindex bildeten für Männer und Frauen separat geschätzte multiple logistische Regressionsmodelle. Die abhängige Variable bildete der erwerbsminderungsbedingte Rentenzugang. Unabhängige Variablen waren das Versicherungsalter, der Bildungsstand, das in den Jahren zwischen 2001 und 2003 aus versicherungspflichtiger Beschäftigung erzielte Entgelt (in 1.000 €) sowie die verschiedenen Formen des Leistungsbezuges (Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II und sonstige Leistungen) im gleichen Zeitraum.

Ergebnisse

Die Analysestichproben umfassten 8.500 Männer und 8.405 Frauen. Ergebnisse werden aus Platzgründen im Folgenden nur für die männliche Stichprobe dargestellt. Die von 2001 bis 2003 für das versicherungspflichtige Entgelt kumulierte Einkommenslücke zwischen späteren Erwerbsminderungsrentnern und aktiv Versicherten betrug rund 34.000 € (Mittlere Differenz: 33.705,25; 95 % KI: 31.278,24 bis 36.132,26). Für spätere Rentner waren in den

Vorjahren häufigere Arbeitslosengeldbezüge (r_s = 0,27) und Bezüge von Arbeitslosengeld II (r_s = 0,23) sowie häufigere sonstige Leistungsbezüge (v. a. Krankengeld; r_s = 0,43) dokumentiert.

Die Modellanpassung des multiplen logistischen Regressionsmodells war gut (Nagelkerke-R^2 = 0,41). Die mit ROC-Analysen geschätzte AUC (Area under the curve) betrug 0,822 (95 % KI: 0,813 bis 0,831). Auch in den multivariaten Analysen bestätigte sich eindrücklich die Bedeutung der so genannten sonstigen Leistungsbezüge. Personen mit kurzen sonstigen Leistungsbezügen hatten eine 6,1-mal höhere Chance (95 % KI: 5,0 bis 7,3), Personen mit längeren Bezügen eine 66,3-mal höhere Chance (95 % KI: 41,9 bis 104,7) eines Rentenzugangs wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Der aus den Parametern abgeleitete Risikoindexwert lag für Fälle mit durchschnittlich 60,3 Punkten (SD = 28,2) rund 32 Punkte (d = 1,4) über dem mittleren Indexwert für Kontrollen (MW = 28,3; SD = 18,4). Um einen optimalen Trennwert für die Unterscheidung von Versicherten mit geringem und hohem Risiko festlegen zu können, wurde der von Youden (1950) vorgeschlagene Index J verwendet. Dieser Wert erreichte für RI-EMR = 43,2 mit J = 0,462 (95 % KI: 0,442 bis 0,481) sein Maximum. Unter Verwendung dieses Trennwertes ergaben sich eine Sensitivität von 65,1 %, eine Spezifität von 81,1 % und eine korrekte Gesamtklassifikation von 74,4 %. Die mit dieser Risikoklassifizierung erreichte Fehlerreduktion lag bei rund 39 % (λ = 0,386; $p < 0,001$). Für Frauen ergaben sich vergleichbare Ergebnisse, bei einer etwas verringerten Modellanpassung (Nagelkerke-R^2 = 0,34).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rentenversicherungsträger über Informationen verfügen, die ein gezieltes Angebot medizinischer Rehabilitationsleistungen ermöglichen. Denkbar ist ein gestuftes Vorgehen, in dem an erster Stelle ein Screening der vorhandenen Prozessdaten eine Hochrisikogruppe einkreist, die dann in einem weiteren Schritt, z. B. durch ein von der Rentenversicherung versendetes Screening, weiter präzisiert wird, um dann ggf. in einem dritten Schritt Beratungsleistungen anzubieten (Bethge, Radoschewski, 2010).

Literatur

Bethge, M., Radoschewski, F.M. (2010): Work Ability und Rehabilitationsbedarf: Ergebnisse des Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE). Praxis Klin Verhaltensmed Rehab, 86. 25-32.

Dunkelberg, S., Lachmann, A., Van Den Bussche, H., Müller, K. (2002): Was denken Hausärzte aus den neuen und alten Bundesländern über Rehabilitation? Gesundheitswesen, 64. 369-374.

Youden, W.J. (1950): Index for rating diagnostic tests. Cancer, 3. 32-35.

Zimmermann, M., Glaser-Möller, N., Deck, R., Raspe, H. (1999): Subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit, Antragsintention und Antragstellung auf medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer Befragung von LVA-Versicherten. Die Rehabilitation, 38. 122-127.

Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen: Gibt es Unterschiede zwischen Menschen deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit?

Kaluscha, R. (1), Brzoska, P. (2), Jacobi, E. (1), Krischak, G. (1)

(1) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm,

(2) Abt. Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld

Problemstellung

In der aktuellen Diskussion um die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Migranten ergibt sich kein klares Bild: einige Studien weisen auf erhöhte Prävalenzen bei dieser Bevölkerungsgruppe hin (z. B. Bermejo et al., 2010), andere nicht. So berichten Lindert et al. (2009) in ihrer Meta-Analyse zwar für Flüchtlinge höhere Erkrankungsraten als für ausländische Arbeitsmigranten, ermittelten jedoch bei ausländischen Arbeitsmigranten kein generell höheres Risiko für psychische Erkrankungen als bei Einheimischen. Um weitere Erkenntnisse zu gewinnen, untersuchen wir vor diesem Hintergrund die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung.

Methode

Für unsere Analyse haben wir die Scientific Use Files (SUF) "Abgeschlossene Rehabilitationen" des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) der Jahre 2006-2008 gepooled. Eingeschlossen wurden Datensätze, die folgende Bedingungen erfüllten:

- erste Stelle des ICD-Codes der Hauptdiagnose der ersten Rehabilitationsmaßnahme: C, F, I, J, M (die fünf zahlenmäßig bedeutsamsten Erkrankungsarten)
- Alter zwischen 16 und 65 Jahre

Insgesamt standen 192.459 Datensätze zur Verfügung, von denen 42.317 (22 %) psychische Erkrankungen betrafen. Das Merkmal Staatsangehörigkeit wurde in der Kategorisierung verwendet, in der es im SUF vorliegt:

0 = Deutschland (n=181.894)
1 = Italien, Spanien, Griechenland, Portugal (n=2.153)
2 = Ex-Jugoslawien (n=2.491)
3 = Türkei (n=3.079)
4 = restliche EU-Staaten und übriges Ausland (n=2.842)
5 = staatenlos, nicht bekannt (im Folgenden wegen kleiner Fallzahlen ausgeschlossen)

Mittels logistischer Regression (SAS 9.1) wurde in Abhängigkeit der Staatsangehörigkeit die Chance (odd) modelliert, eine medizinische Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch zu nehmen. Als Kovariaten wurden das Alter und Geschlecht sowie das Merkmal "Stellung im Beruf" (MCSTBF1) berücksichtigt. Zusätzlich wurde aus dem dreistelligen Berufsklassenschlüssel (MCBFKL1) die "Berufsklassifikation nach Blossfeld" generiert und ebenfalls als Kovariate ins Modell eingeschlossen. Die beiden letztgenannten Variablen dienten als Proxies für Bildung und Einkommen, die im SUF nicht explizit enthalten sind.

Ergebnisse

Auch nach Kontrolle für Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Art der Tätigkeit (nach Blossfeld) bleibt die Staatsangehörigkeit ein relevanter Einflussfaktor. Türkische Staatsangehörige (Gruppe 3) nehmen dabei gegenüber Deutschen (Gruppe 0) 1,4-mal häufiger (Odds Ratio 1,42 mit 95 %-CI 1,31-1,55) eine medizinische Rehabilitation wegen einer psychischen Erkrankung in Anspruch, während Südeuropäer (Gruppe 1) dies sogar etwas seltener tun (Odds Ratio 0,86 mit 95 %-CI 0,77-0,97). Für die anderen Staatsangehörigkeitsgruppen (Gruppen 2 und 4) ergibt sich kein signifikanter Effekt.

Ansonsten sind männliches Geschlecht, steigendes Alter sowie eine Tätigkeit in einem qualifizierten manuellen Beruf "protektive" Faktoren. "Risikofaktoren" sind eine ungelernte Tätigkeit oder nach Blossfeld ein qualifizierter Dienstleistungsberuf (z. B. Polizist) bzw. eine Semiprofession (z. B. Krankenpflege).

Diskussion

Die Untersuchung zeigt, dass türkische Staatsangehörige unabhängig von soziodemographischen und -ökonomischen Faktoren häufiger eine medizinische Reha wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch nehmen. Da sie Reha-Angebote generell seltener als Deutsche nutzen (Brzoska et al., 2010) und bei ihnen psychische Erkrankungen gesellschaftlich stark tabuisiert sind (Assion, 2004), dürfte das Ergebnis sogar noch unterschätzt sein.

Limitationen der vorliegenden Untersuchung liegen in einem möglichen ‚residual confounding', da es fraglich bleibt, ob die verwendeten Proxy-Variablen für Bildung und Einkommen hinreichend für soziodemographische und -ökonomische Störgrößen adjustieren. Diese Kautelen betreffen aber eher die Unterschiede zwischen den Einheimischen und den Migranten; als Erklärung für die hier festgestellten Unterschiede zwischen Türken (Gruppe 3) und Südeuropäern (Gruppe 1) kommen sie kaum in Betracht.

Darüber hinaus zeigt unsere Untersuchung die Heterogenität der ausländischen Bevölkerung hinsichtlich psychischer Erkrankungen. Dies erklärt vielleicht auch die widersprüchlichen Befunde in anderen Studien zur psychischen Gesundheit bei Migranten.

Literatur

Assion, H.J. (2004): Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten. Berlin: VWB-Verlag.

Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., Härter, M. (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. Psychiat Prax, 37/5. 225-232.

Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2010): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. European Journal of Epidemiology, 25. 651-660.

FDZ-RV: Scientific Use Files "Abgeschlossene Rehabilitation" 2006 - 2008 (SUFRSDQJ06B, SUFRSDQJ07B und SUFRSDQJ08B) nebst zugehörigen Codeplänen. Online: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/FdzPortalWeb/dispcontent. do?id=main_fdz_forschung_querb (29.10.2010).

Lindert, J., von Ehrenstein, O.S., Priebe, S., Mielck, A., Brähler, E. (2009): Depression and anxiety in labor migrants and refugees - A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 69. 246-257.

Partizipation, Information und Patientenzufriedenheit - Vergleiche zwischen somatischer und psychosomatischer Rehabilitation

Steger, A.-K., Ehrhardt, H., Körner, M.
Abteilungen für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund

Das Bedürfnis nach Information und Partizipation ist sowohl bei somatischen Patienten als auch bei psychosomatischen Patienten stark ausgeprägt (Hamann et al., 2007; Richter et al., 2010). Studien, wie sehr Patienten somatischer Einrichtungen im Vergleich zu psychosomatischen Einrichtungen in die Entscheidungsfindung eingebunden werden, liegen derzeit nicht vor. Ebenso fehlen bis dato Studien zum Informationsaustausch im Vergleich der beiden Indikationsgebiete sowie zum Zusammenhang mit dem Konstrukt Patientenzufriedenheit.

Methodik, Studiendesign

In einer Querschnittserhebung wurden in 17 Rehabilitationskliniken (6 psychosomatische Einrichtungen inklusive Sucht, 11 somatische Einrichtungen) insgesamt n = 1.392 Patienten zum Thema Partizipation, Informationsaustausch und Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation befragt. Der Fragebogen umfasst u. a. Skalen zur Beteiligung am und Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess (PEF-FB; Simon et al., 2006; Man-Son-Hing et al., 1999). Der Informationsaustausch wurde anhand selbst entwickelter Items, die Patientenzufriedenheit mittels des standardisierten Fragebogens Zuf-8 (Schmidt et al., 1989) erhoben.

Ergebnisse

Für die Erhebung konnten n = 662 Patienten gewonnen werden, was einem Rücklauf von 48 % entspricht. In die Auswertung konnten n = 580 Patienten eingeschlossen werden (somatische Rehabilitation: n = 361; psychosomatische Rehabilitation: n = 218, nicht zuordnenbar: n = 1). Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei M = 53 Jahren (SD = 13.8); 59.5 % der Patienten waren männlich. Die beiden Indikationsbereiche unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes, in dem Patienten sich an Entscheidungen beteiligt erleben. Psychosomatische Patienten geben mit $M_{Psychosomatik}$ = 62.55 (SD = 25.27) auf einer Skala von 0 bis 100 ein höheres Maß an Partizipation an als somatische Patienten mit $M_{Somatik}$ = 55.81 (SD = 26.55). Dieser Unterschied ist mit t = -3.01, df = 577, $p_{zweiseitig}$ = .003 statistisch signifikant. Bei der Frage, wer während des Rehabilitationsaufenhalts Entscheidungen über die Behandlung gefällt hat, unterscheiden sich die beiden Gruppen in ihrem Antwortmuster. Psychosomatische Patienten geben mit 13.8 % an, dass sie Entscheidungen allein gefällt haben im Vergleich zu 1.9 % bei den somatischen Patienten (X^2 = 31.76, df = 1, p < .00)., während somatische Patienten mit 13.9 % angeben, dass Entscheidungen nur vom Behand-

ler getroffen wurden im Vergleich zu 3.7 % bei den psychosomatischen Patienten (X^2 = 15.63, df = 1, p < .00). Bei der Zufriedenheit mit der Entscheidung sind somatische Patienten tendenziell zufriedener ($M_{Somatik}$ = 1.84; SD = .68 vs. $M_{Psychosomatik}$ = 1.93; SD = .77; t = -1.04; df = 577, $p_{einseitig}$ = .08). Wohingegen sich psychosomatische Patienten tendenziell als besser informiert erleben ($M_{Somatik}$ = 2.88; SD = .60 vs. $M_{Psychosomatik}$ = 2.94; SD = .52; t = -1.30; df = 577, $p_{einseitig}$ = .10). Dennoch geben die somatischen Patienten insgesamt eine höhere Patientenzufriedenheit an ($M_{Somatik}$ = 27.62; SD = 3.81 vs. $M_{Psychosomatik}$ = 26.84; SD = 4.19; t = 2.29; df = 577, $pz_{weiseitig}$ = .02). Die Zufriedenheit mit der Entscheidung zeigt sich als bedeutsamster Prädiktor der Patientenzufriedenheit (β = -.41 bei R^2 = .40), gefolgt vom Informationsaustausch (β =. 30), wohingegen Partizipation, Alter und Bildung keinen signifikanten Beitrag zur Prädiktion der Patientenzufriedenheit leisten.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse legen nahe, dass die somatischen Patienten weniger erwarten in Entscheidungen einbezogen zu werden als die psychosomatischen Patienten, da sie mit einem geringeren Grad an Partizipation zufriedener sind. Bei der Betrachtung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Rehabilitation sind daher die beiden Indikationsbereiche getrennt zu untersuchen. Weil Patientenzufriedenheit insbesondere von der Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung und nicht von dem Ausmaß der Partizipation abhängt, scheint insbesondere die Passung zwischen den Erwartungen der Patienten und der Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung in den Kliniken bedeutsam.

Literatur

Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Caspari, C., Härter, M. (2007): Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. Health Expectations, 10. 358-363.

Richter, M., Schmidt-Ott, G., Muthny, F.A. (2010): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) in der psychosomatischen Rehabilitation und Zusammenhänge mit dem Reha-Outcome. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 19. 55-56.

Man-Son-Hing, M., Laupacis, A., O'Connor, A., Biggs, J., Drake, E., Yetsir, E., Hart, R. (1999): A Patient Decision Aid Regarding Antithrombotic Therapy for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. A Randomized Controlled Trial. Journal of the Medical Association, 282. 737-743.

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

Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vodermaier, A., Caspari, C., Neuner, B., Spies, C., Krones, T., Keller, H., Edwards, A., Loh, A., Härter, M. (2006): Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). Patient Education and Counseling, 63. 319-327.

Führt eine an subjektiven Erklärungsmodellen anknüpfende Patienteninformation zu einer verbesserten patientenseitigen Informationsbewertung? Effektivität einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Patienten haben ein starkes Informationsbedürfnis (Barber, 2001), dem eine "Standardinformation" häufig nicht gerecht wird. Verschiedene Autoren fordern daher, Patienteninformationen auf die Informationsbedarfe von Patienten maßzuschneidern und dabei stärker patientenseitige Erklärungsmodelle zu berücksichtigen. Subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte - Kernelemente des Common Sense-Selbstregulationsmodells (CSM) - stellen eine empirisch abgesicherte Möglichkeit dar, patientenseitige Erklärungsmodelle zu konzeptualisieren. Die Entwicklung von auf dem CSM basierenden Interventionen vollzieht sich dennoch erst in jüngster Zeit (Broadbent et al., 2009). Vor diesem Hintergrund wird im Projekt "Bedarfsgerechte Patienteninformation für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf der Basis subjektiver Konzepte"* eine auf den subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepten basierende Intervention (SubKon) zur bedarfsgerechten Patienteninformation entwickelt und evaluiert. Zur Evaluation werden proximale und distale Endpunkte herangezogen. Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, ob die SubKon-Intervention in der Diagnosegruppe "Chronischer Rückenschmerz" kurzfristig (bei Reha-Ende) zu einer Verbesserung proximaler Endpunkte führt.

Methodik und Stichproben

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Dezember 2008 und Mai 2010 in vier orthopädischen Rehabilitationskliniken. Die Evaluation war als sequentielles Kontrollgruppendesign mit drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6-Monatskatamnese) angelegt, im Rahmen dessen die Datenerhebung in der Baselinegruppe vor und in der Interventionsgruppe nach Implementation der Intervention erfolgte. Als proximale Endpunkte wurden die Informationsbewertung bzgl. Krankheit, Rehabilitation und Medikation sowie die Repräsentation der Rückenschmerzen als persönlich kontrollierbar und kohärent definiert. Die Operationalisierung der Outcome-Variablen erfolgte über die Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS, Mahler et al., 2009), Satisfaction with Information about Rehabilitation Scale und Satisfaction with Information about Illness Scale (Glattacker et al., 2009) sowie über die Skalen "Persönliche Kontrolle" und "Kohärenz" des IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002). Nach einer Prüfung auf Unterschiede zwischen Baseline- und Interventionsgruppe im Hinblick auf soziodemographische Variablen (nominalskalierte Variablen: chi^2-Tests, ordinalskalierte Variablen: Mann-Whitney-U-Tests, intervallskalierte Variablen: t-Tests für unabhängige Stichproben) wurden zur Prüfung der Wirksamkeitsfragestellung zweifaktorielle Varianzanalysen

* Das Projekt wird im Rahmen des Förderschwerpunkts "Versorgungsnahe Forschung: Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von der DRV Bund gefördert

mit Messwiederholung gerechnet. Die entscheidende Prüfgröße ist die Interaktion zwischen Messwiederholungsfaktor und Gruppenfaktor.

Die Patienten der Baselinegruppe (n=105) unterscheiden sich bei Reha-Beginn weder in soziodemographischen Variablen (Tabelle 1) noch im Hinblick auf ihre subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte bzw. die Informationsbewertung bzgl. Krankheit, Reha und Medikamenten von den Patienten der Interventionsgruppe (n=96) (p jeweils >.05) (Ausnahme: Patienten der Baselinegruppe repräsentieren den Krankheitsverlauf der Rückenschmerzen eher als "zyklisch", p=.005).

Variable	**Baseline**	**Intervention**	**p**
Alter (M, SD)	54,0 (11,0)	54,2 (11,8)	.922
Geschlecht (Frauen in %)	62,9	63,5	.937
Erwerbstätig (ja in %)	61,0	62,5	.546
Reha-Erfahrung (ja in %)	54,3	52,1	.540
Krankheitsdauer (Anteil > 10 Jahre in %)	49,5	40,6	.188

Tab. 1: Stichprobenkennwerte der beiden Gruppen

Ergebnisse

Die Informationsbewertung bezüglich Krankheit und Rehabilitation verbessert sich in der Interventionsgruppe in signifikant stärkerem Ausmaß als in der Kontrollgruppe (jeweils p=.001). Im Hinblick auf die medikamentenbezogene Informationsbewertung wird ein tendenzieller, aber nicht signifikanter Unterschied evident (p=.064). Bezogen auf die Repräsentation der Rückenschmerzen als persönlich kontrollierbar wird der Wechselwirkungsfaktor statistisch signifikant (p=.012), nicht jedoch bezogen auf die Repräsentation der Rückenschmerzen als verstehbar ("kohärent") (p=.421).

Diskussion

Die SubKon-Intervention ist im Hinblick auf proximale Ergebnisgrößen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen kurzfristig effektiv: Patienten der Interventionsgruppe bewerten die Informationen, die sie im Verlauf der Rehabilitation zur Krankheit und Rehabilitation bekommen haben, besser als Patienten der Kontrollgruppe. Ferner repräsentieren sie die Rückenschmerzen eher als persönlich kontrollierbar. Nicht abgebildet wird dieser Unterschied im Hinblick auf die "Verstehbarkeit" der Rückenschmerzen (Kohärenz). Ausstehende Ergebnisse werden zeigen, ob die Intervention auch bzgl. distaler Ergebnisparameter effektiv ist und ob die Verbesserungen nachhaltig sind.

Literatur

Barber, N. (2001): Editorial - Ensuring patients' satisfaction with information about their medicines. Quality in Health Care, 10. 130-131.

Broadbent, E., Ellis, C., Thomas, J., Gamble, G., Petrie, K. (2009): Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. Journal of Psychosomatic Research, 67. 17-23.

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2009): Wie bewerten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen und depressiven Störungen ihre Informationen zu Krankheit und Rehabilitation? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 83-84.

Mahler, C., Jank, S., Herrmann, K., Horne, R., Ludt, S., Haefeli, W.E., Szecsenyi, J. (2009): Psychometric properties of the German version of the "Satisfaction with information about Medicines Scale" (SIMS-D). Value in Health. Epub ahead of print.
Moss-Morris, R., Weinman, J.A., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L., Buick, D.L. (2002): The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychollogy & Health, 17. 1-16.

Patientenseitige Gesundheitsbewertungen und arztseitige Zielfestlegungen in der Rehabilitation: Übereinstimmung oder Diskrepanz?

Nagl, M., Farin-Glattacker, E.
Abt. für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Einleitung

Die Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen hinsichtlich verschiedener Zielbereiche einer Rehabilitationsmaßnahme stellt einen wesentlichen Aspekt einer patientenorientierten Versorgung dar. Sie können als sog. "health valuations" operationalisiert werden, die den subjektiven Nutzen verschiedener potentiell erreichbarer Gesundheitszustände aus Sicht des Patienten erfassen (Meder, Farin, 2009). Gerade in der Rehabilitation chronisch Kranker sind sie von Bedeutung, da sich die Relevanz der Zielbereiche nicht unmittelbar aus der Diagnose ableitet, sondern individuell aus der patientenseitigen Beurteilung der Alltagsrelevanz ergibt (Bradley et al., 1999). Es liegen allerdings Hinweise vor, dass eine solche individuelle Zielorientierung in der Praxis problematisch zu sein scheint und Ziele von Patienten und Ärzten nur teilweise übereinstimmen (Bergelt et al., 2000). Der vorliegende Beitrag basiert auf Ergebnissen des vom BMBF im Rahmen des Förderschwerpunktes "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" geförderten Projekts: "Patientenorientierte Veränderungsmessung: Gesundheitsbewertungen und die Beurteilung der Teilhaberelevanz von Behandlungseffekten durch chronisch Kranke" und fokussiert auf die Untersuchung der Übereinstimmung bzw. der Diskrepanz patientenseitiger Gesundheitsbewertungen und arztseitiger Zielfestlegungen für die stationäre medizinische Rehabilitation für drei Indikationen: Brustkrebs, chronisch-ischämische Herzkrankheit, chronische Rückenschmerzen.

Methodik

Die Stichproben setzen sich folgendermaßen zusammen: Brustkrebs (Onkologie), n=312, $M_{(Alter)}$=55 Jahre; chronisch-ischämische Herzkrankheit (Kardiologie), n=328, $M_{(Alter)}$=61 Jahre; chronische Rückenschmerzen (MSK), n=189, $M_{(Alter)}$=52 Jahre. Die patientenseitigen Gesundheitsbewertungen und die arztseitigen Zielfestlegungen wurden in einer Fragebogenstudie mittels einer Ranking-Aufgabe zu Reha-Beginn erfasst. Die Patienten wurden gebeten - je nach Indikationsbereich - 8 bis 10 mögliche für ihre Erkrankung relevante gesundheitliche Verbesserungen in eine Rangreihe bezüglich der Wichtigkeit zu bringen. Die Ärzte sollten die Rangreihe nach der Bedeutung bilden, die sie den gleichen möglichen Zielbereichen im Falle des jeweiligen Patienten beimessen. Auf Gruppenebene wird der Zusammen-

hang der patientenseitigen Gesundheitsbewertungen und der arztseitigen Zielfestlegungen mittels des Spearman Rang-Korrelationskoeffizienten bestimmt, auf Individualebene wird die prozentuale Übereinstimmung der Rankings ("Übereinstimmung", "Für den Patienten wichtiger", "Für den Arzt wichtiger") angegeben. Abweichungen zwischen Arzt und Patient von plus/ minus einem Rangplatz werden noch als Übereinstimmung gewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse auf Gruppenebene weisen auf einen geringen Zusammenhang zwischen den Gesundheitsbewertungen des Patienten und den arztseitigen Zielfestlegungen hin. Bei der Indikation Brustkrebs finden sich lediglich bei den Gesundheitsbereichen "Schmerzen" und "seelisches und psychisches Befinden" kleine bis mittlere Zusammenhänge von rho >0.3. Für den Indikationsbereich Kardiologie trifft dies nur für den Gesundheitsbereich "Selbstversorgung und häusliches Leben" zu; bei der Indikation MSK finden sich in keinem der erfassten Bereiche Zusammenhänge von rho >0.3. Die prozentuale Übereinstimmung liegt im Indikationsbereich Onkologie im Mittel bei 34,7 % (31.1 % bis 48.1 %); für die Indikation Kardiologie bei 48.5 % (38.6 % bis 69.7 %) und bei Patienten des Indikationsbereichs MSK mit 31.9 % (29.0 % bis 36.6 %) am niedrigsten. In Regressionsanalysen erweist sich die Schulbildung für einige Gesundheitsbereiche der Indikationen Onkologie und Kardiologie als relevanter Einflussfaktor. Patienten mit höherer Schulbildung weisen eine höhere Übereinstimmung als Patienten mit niedriger Schulbildung auf.

Diskussion

Diese Ergebnisse spiegeln Ergebnisse früherer Studien zu konzeptionell verwandten Konstrukten wider (Bergelt et al., 2000). Mögliche Gründe für die mangelnde Übereinstimmung könnten darin liegen, dass die Patienten Präferenzen haben, die sich nicht gut mit den realistisch zu erreichenden Zielen der Rehabilitation decken oder dass die Behandler bei ihrer Zielangabe zu wenig auf die individuellen Gesundheitsbewertungen der Patienten eingehen. Gesundheitsbereiche, die vom Großteil der Patienten als wichtiger eingestuft wurden als durch die Ärzte, könnten unter Umständen einen Hinweis auf patientenseitige Bedürfnisse liefern, die im Zielfestlegungsprozess zu wenig berücksichtigt werden, und somit Optimierungsmöglichkeiten aufzeigen. Zu diskutieren wäre, wie ein höherer Konsens zwischen Patienten und Ärzten erreicht werden kann. Forschungsbedarf besteht bei der Frage nach weiteren Einflussfaktoren auf die Übereinstimmung und Auswirkungen von Diskrepanzen auf den Erfolg rehabilitativer Interventionen.

Literatur

Bergelt, C., Welk, H., Koch, U. (2000): Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Rehabilitation, 39 (6). 338-349.

Bradley, E.H., Bogardus, S.T., Tinetti, M.E., Inouye, S.K. (1999): Goal-setting in clinical medicine. Social Science & Medicine, 49 (2). 267-278.

Meder, M., Farin, E. (2009): Akzeptanz und Verständlichkeit verschiedener Methoden der Gesundheitsbewertung bei chronisch Kranken: Willingness to pay, visuelle Analogskala und verbale Ratingskala. Gesundheitswesen, 71 (11). e62-e71.

Informierung und Partizipation in der kardiologischen Rehabilitation aus Sicht der Patienten - Ausprägung und Zusammenhänge mit Reha-Outcome und Selbstwirksamkeit

Richter, M. (1), Schmid-Ott, G. (2), Leicht, R. (3), Muthny, F.A. (1)

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Münster,

(2) Berolina Klinik, Löhne bei Bad Oeynhausen, (3) Saale Reha-Klinikum II, Bad Kösen

Ziel der Studie

Das (Ideal-)Bild des Patienten wandelt sich vom passiv Leidenden zum informierten, eigenverantwortlichen und aktiv teilnehmenden Partner (Floer et al., 2004a). Empirische Erkenntnisse zur partizipativen Entscheidungsfindung stammen allerdings vor allem aus der Primärversorgung, aus der Rehabilitation liegen kaum Studien vor (Faller, 2003; Steger et al., 2010).

Hauptziel war es daher, das Partizipationsbedürfnis, die wahrgenommene Vermittlung von Informationen und den Behandlungseinbezug aus Sicht kardiologischer Rehabilitanden zu erfassen und Zusammenhänge zum Reha-Outcome zu prüfen.

Methode

Es wurde eine anonyme, einmalige Befragung am Reha-Ende mit 165 Rehabilitanden durchgeführt. Neben einzelnen Aspekten der Partizipation und Information (erfasst durch Skalen des PICS-D und des KPF) wurden Gesundheitsstatus (SF-12), psychische Beeinträchtigungen (BSI-Skalen), rehabilitationsbezogene Selbstwirksamkeit (R-SWK) und Patientenzufriedenheit (ZUF-8) erhoben.

Ergebnisse

Das Partizipationsbedürfnis war relativ hoch (im Durchschnitt über 80 %), weniger als die Hälfte der Befragten stimmten aber den Items zu, ob sie an Behandlungsentscheidungen auch tatsächlich teilgenommen hatten.

Alter, Geschlecht, Schulbildung oder Familienstand wiesen keine signifikanten Zusammenhänge mit den Skalen zur partizipativen Entscheidungsfindung auf. Die erlebte Informationsvermittlung über behandlungsrelevante Inhalte korrelierte schwach bis moderat mit Gesundheitsstatus, psychischen Beeinträchtigungen und rehabilitationsbezogener Selbstwirksamkeit. Deutlich höhere Korrelationen wiesen hingegen die erlebte Informationsvermittlung ($r = .51$) und die Patientenaktivierung durch den Arzt ($r = .54$) mit dem Patientenzufriedenheitsurteil auf. Zur Vorhersage der Patientenzufriedenheit leisteten die Patientenaktivierung durch den Arzt sowie die Selbstwirksamkeit hinsichtlich aktiver Mitarbeit für ein normales Leben einen signifikanten Beitrag, im Regressionsmodell wurden 44 % der Varianz aufgeklärt.

Schlussfolgerungen

Die (vom Arzt ausgehende) Vermittlung von behandlungsrelevanten Informationen erscheint von zentraler Bedeutung für die Patientenzufriedenheit, aber auch für das psychische und physische Befinden kardiologischer Rehabilitanden insgesamt. Dies bestätigt den Bedarf hinsichtlich aktiver und bedarfsgerechte Informierung im Sinne von "Empowerment". Es er-

scheint aber auch sinnvoll, in weiteren Studien zu explorieren, welche Erwartungen Patienten an partizipative Entscheidungsfindung knüpfen und welche Erwartungen aus Arztsicht damit verbunden sind (Floer et al., 2004b; Rockenbauch et al., 2010).

Literatur

Faller, H. (2003): Shared decision making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42. 129-135.

Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J., Butzlaff, M. (2004a): Shared Decision Making - Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129. 2343-2347.

Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J., Butzlaff, M. (2004b): Shared Decision Making - Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive. Medizinische Klinik, 99. 435-440.

Rockenbauch, K., Geister, C., Appel, C. (2010): PatientInnenbeteiligung aus ÄrztInnensicht eine qualitative Studie. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 60. 156-163.

Steger, A.-K., Ehrhardt, H., Körner, M. (2010): Partizipative Entscheidungsfindung, Behandlungsakzeptanz und Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 88. 235-236.

Das interprofessionelle Schulungsprogramm "Fit für PEF" zur Förderung der Partizipation und Kooperation in Rehabilitationskliniken

Ehrhardt, H., Steger, A.-K., Körner, M.

Abteilungen für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund

In Reha-Teams existiert ein hoher Schulungsbedarf zu den Themen Kooperation und Partizipation, sowohl mit den Patienten als auch im Team (Ehrhardt et al., 2009). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) zwischen Arzt und Patient führt ebenso zu positiven Effekten (Scheibler et al., 2003) wie partizipative Führung im Team (Wegge, 2004). Da bislang für die medizinische Rehabilitation kein Schulungsprogramm zur Stärkung von Partizipation und Kooperation vorhanden war, wurde das arztzentrierte Schulungsprogramm von Bieber et al. (2007), welches für die akute und ambulante Versorgung entwickelt wurde, für die Bedürfnisse der Rehabilitation modifiziert und erweitert.

"Fit für PEF" stellt nun ein erprobtes, interprofessionelles Schulungsprogramm für alle behandlungsrelevanten Berufsgruppen dar, das durch ein integriertes Multiplikatorenkonzept die Führungskräfte und Mitarbeiter in Schlüsselfunktionen bei der Implementierung frühzeitig beteiligt. Gemäß dem Modell der integrierten Patientenorientierung (Körner, 2009) berücksichtigt das Schulungsprogramm nicht nur die externe Patientenorientierung (Behandler-Patient-Interaktion), sondern auch die interne Patientenorientierung, d. h. die Partizipation,

Kooperation und Interaktion im interdisziplinären Reha-Team unter Berücksichtigung der Struktur und der Kultur in der Rehabilitationsklinik.

Ziel der Studie ist die Durchführung und Evaluation dieser interdisziplinären Schulung als Multiplikatorenmaßnahme zur Förderung der Partizipation und Kooperation im Sinne der integrierten Patientenorientierung.

Methodik, Studiendesign

Im Rahmen einer Evaluationsstudie wurden in Rehabilitationskliniken Schulungen mit allen behandlungsrelevanten Berufsgruppen durchgeführt. Die Schulung "Fit für PEF", umfasst zwei Module à 4 Stunden. Modul 1 "externe Patientenorientierung" und Modul 2 "interne Patientenorientierung" wurden im Abstand von einer Woche in der jeweiligen Rehabilitationsklinik durchgeführt. Die Evaluation direkt im Anschluss an die Schulungsmodule hatte das Ziel, Beurteilungen zum Inhalt, zur Organisation, zur Trainingsleitung und zum Transfer (Skala jeweils 1 - 6, 6 = beste Bewertung) zu erheben, sowie den Wissenszuwachs (Multiple Choice Fragen) zu messen.

Ergebnisse

Die Schulungen wurden in sechs Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Indikationen (Somatik und Psychosomatik/Sucht) durchgeführt. An Modul 1 (M1) nahmen 74 Personen unterschiedlicher Berufsgruppen (siehe Abbildung 1) teil, wobei nur 47 Personen befragt werden konnten. Der Rücklauf lag bei n=39 (dies entspricht 83 %, davon 41 % weiblich, 59 % männlich). An Modul 2 (M2) nahmen 68 Personen teil. Der Rücklauf lag bei n=50 (dies entspricht 74 %, davon 44 % weiblich, 50 % männlich, 6 % fehlend).

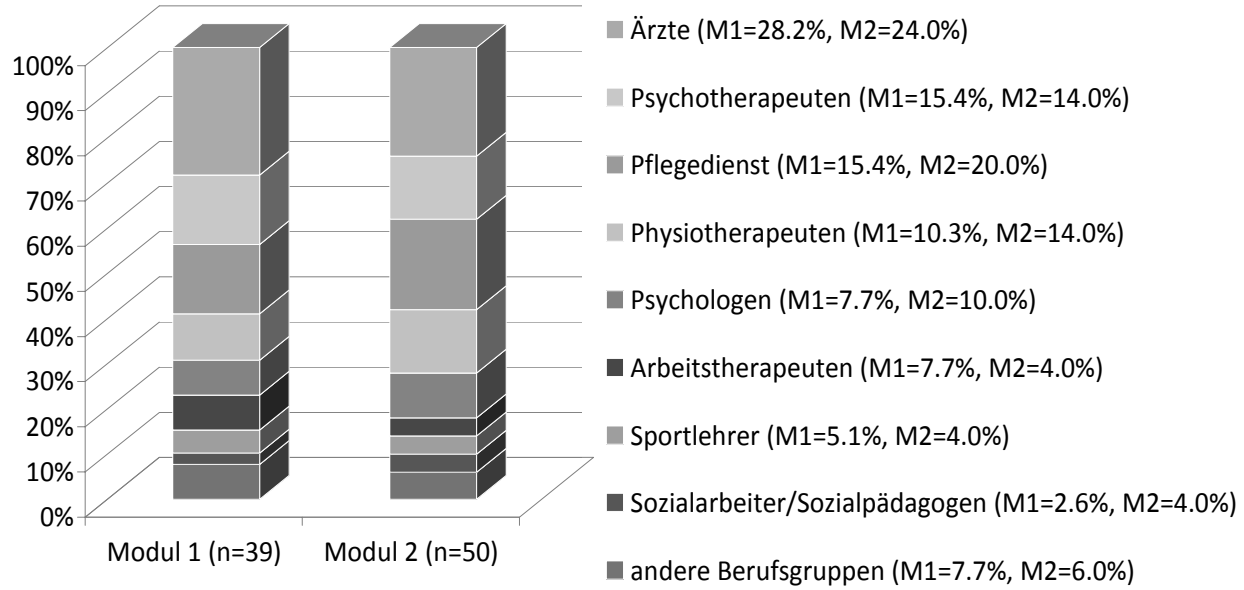


Abb. 1: Interdisziplinäre Gruppenzusammensetzung des Schulungsprogramm "Fit für PEF"

Die Auswertung der Befragung ergab, dass die Teilnehmer die Schulung insgesamt gut bis sehr gut bewerteten (siehe Abbildung 2). Die Einschätzung der eigenen PEF-Kompetenz ist nach der Schulung sowohl in Bezug auf die Patienten als auch in Bezug auf die Partizipation im Reha-Team als gut zu werten. Zudem finden die Befragten die interne Partizipation der verschiedenen Behandler genauso wichtig, wie die externe Partizipation (M=5.26, SD=.71) und sie finden es wichtig, dass alle Behandler das Konzept der Partizipativen Entschei-

dungsfindung kennenlernen (M=5.47, SD=.65). Dabei sind die Befragten in hohem Maße bereit, an einer Klinik-Kultur der internen Partizipation mitzuarbeiten (M=5.37, SD=.68).

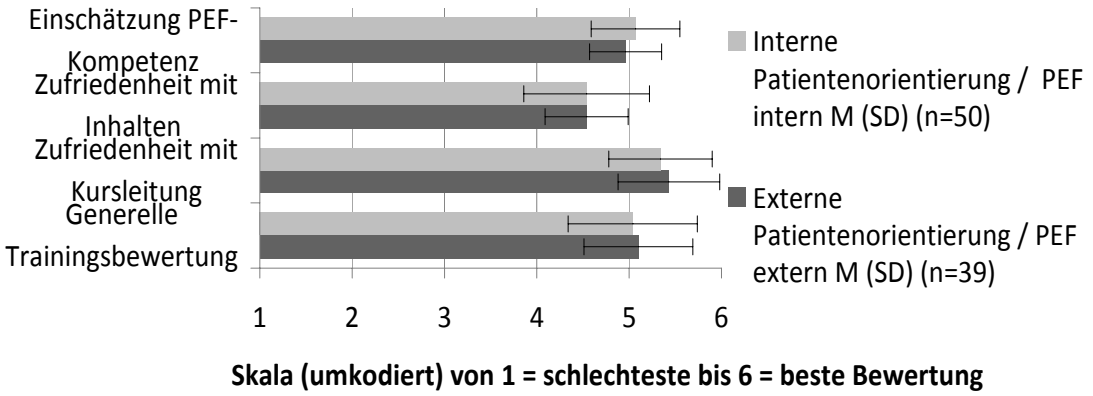


Abb. 2: Trainingserfolg und -Effekte des Schulungsprogramms "Fit für PEF"

Bezogen auf das Multiplikatorenkonzept urteilten die Befragten, dass sie das Konzept im Zusammenhang mit der Schulung zur Partizipation und Kooperation für sinnvoll (86.0 % der Befragten) und praktikabel (84.0 %) halten. Die Erhebung des Wissensstands nach der Schulung ergab, dass durchschnittlich 76.9 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Diskussion

Die Evaluation der interdisziplinären Schulungsmaßnahme "Fit für PEF" belegt eine hohe Akzeptanz und einen großen Nutzen für Rehabilitationskliniken. Alle Kliniken haben nach der Schulung durch das Projektteam entsprechend des Multiplikatorenansatzes interne Schulungen durchgeführt, um das Konzept der integrierten Patientenorientierung flächendeckend umzusetzen.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Die Effekte des Schulungs- und Multiplikatorenansatzes werden derzeit gerade in einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung ermittelt. Und um auf den in der Studie sichtbar gewordenen Bedarf an Team- und Organisationsentwicklung in den Kliniken zu reagieren, wird im nächsten Jahr ein Folgeprojekt starten, welches sich vor allem auf den Aufbau der internen Patientenorientierung konzentriert.

Literatur

Bieber, C., Loh, A., Ringel, N., Eich, W., Härter, M. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making). Universitätsklinikum Freiburg.

Ehrhardt, H., Steger, A.-K., Körner, M. (2009): Kommunikation und Partizipative Entscheidungsfindung im interprofessionellen Team der medizinischen Rehabilitation. [Abstract]. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Sonderausgabe DEGAM/DKVF 2009, 31.

Körner, M. (2009): Ein Modell der partizipativen Versorgungsgestaltung in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 160-165.

Scheibler, F., Janßen, C., Pfaff, H. (2003): Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Sozial- und Präventivmedizin, 48. 11-24.

Wegge, J. (2004): Führung von Arbeitsgruppen. (Teilw. zugl.: Dortmund, Univ., Habil.-Schr., 2003). Göttingen, Bern: Hogrefe.

Prädiktoren der Kommunikationspräferenzen von Patienten mit chronischem Rückenschmerz

Gramm, L., Schmidt, E., Kosiol, D., Farin-Glattacker, E.
Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Die Kommunikation zwischen dem Patienten und seinem Arzt stellt den zentralen Bestandteil der Patient-Arzt-Interaktion dar. Zahlreiche Studien belegen einen positiven Einfluss gelungener Patient-Arzt-Kommunikation auf die Patientenzufriedenheit, die Adhärenz und das Behandlungsergebnis (z. B. Jahng et al., 2005). Eine gelungene Patient-Behandler-Kommunikation zeichnet sich durch eine hohe Kongruenz zwischen den Präferenzen der Patienten einerseits und dem durch den Behandler realisierten Interaktionsstil andererseits aus (Epstein et al., 2005). Vorliegende Arbeiten zeigen aber, dass sich Patienten in ihren Präferenzen zu verschiedenen Aspekten der Kommunikation zum Teil inter- und auch intraindividuell deutlich unterscheiden (z. B. Swenson et al., 2004). Wünschenswert ist demnach ein Kommunikationsstil des Behandlers, der sich den individuellen Kommunikationspräferenzen der Patienten flexibel anpasst (Arora, 2003). Um sich den Präferenzen eines Patienten anpassen zu können, müssen diese dem Behandler jedoch bekannt sein. Ein Ansatz hierzu wäre die individuelle Erhebung der Kommunikationspräferenzen der Patienten. Eine erste Orientierung könnte auch über die Kenntnis relevanter Prädiktoren der patientenseitigen Kommunikationspräferenzen erfolgen. Diese zu identifizieren ist Ziel der vorliegenden Studie, die im Projekt "Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronisch Kranken" (PaBeKo, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung) und im Rahmen des Förderschwerpunkts "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" durchgeführt wurde.

Methodik

Es wurden n=703 Patienten mit chronischem Rückenschmerz aus vier stationären und sieben ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mittels Fragebogen zu Rehabilitationsbeginn untersucht (Durchschnittsalter: M=50,9 Jahre [SD=11,0], 57,5 % Frauen). Die Kommunikationspräferenzen der Patienten wurden mit dem KOPRA-Fragebogen (Farin et al., 2010) erfasst. Der KOPRA-Fragebogen besteht aus 32 Items, die zu vier Skalen (Patientenpartizipation und Patientenorientierung, effektive und offene Kommunikation, emotional unterstützende Kommunikation, Kommunikation über persönliche Verhältnisse) aggregiert werden. Als mögliche Prädiktoren des Behandlungserfolgs wurden die generische gesundheitsbezogene Lebensqualität, die subjektive Schmerzstärke, soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, Einkommen), medizinische Basisdaten (Chronifizierung, Komorbidität, Art der Maßnahme), psychologische Variablen (Schmerzverarbeitung, Angst-Vermeidungsverhalten, Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. des Arztgesprächs, empfundene Sinnhaftigkeit der Erkrankung, Kontrollüberzeugung zu Krankheit und

Gesundheit) sowie der Behandlungskontext (stationäre oder ambulante Einrichtung) berücksichtigt. Zur Bestimmung der Prädiktoren der Kommunikationspräferenzen, wurden lineare Regressionsanalysen durchgeführt.

Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die Prädiktoren der Kommunikationspräferenzen von Patienten mit chronischem Rückenschmerz wiedergegeben.

	PPO	*EOK*	*EUK*	*KPV*
Höhere psychische Belastung (SF-12)				.106
Jüngeres Alter	.078	.203		
Höheres Einkommen	.135			
Weibliche Patienten			.091	
Chronifiziertere Patienten			.098	
Stärkerer Schmerz (subjektiv)		.099		
Allg. Rehabilitation/Heilverfahren				.077
Größere Angst, Freizeitaktivitäten könnten Schmerzen verursachen	.142		.095	
Gebrauch Kognitiver Umstrukturierung (Schmerzverarbeitung)	.139	.089	.083	.099
Anwendung von Ruhe-, Entspannungstechniken (Schmerzverarbeitung)			.115	.149
Höhere schmerzbedingte Hilflosigkeit, Depression (Schmerzverarbeitung)	.150	.153		
Größere schmerzbedingte Angst (Schmerzverarbeitung)				.080
Hohe Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. Arztgespräch	.155	.120	.149	.128
Ursache der Erkrankung: Mitmenschen (Kontrollüberzeugung)			.125	.091
Ursache der Erkrankung: Schicksal (Kontrollüberzeugung)				.086
Geringe empfundene Sinnhaftigkeit der Erkrankung			.093	
Patient in ambulanter Einrichtung	.079			

Tab. 1: Standardisierte Beta-Koeffizienten der Regressionsanalysen zu den KOPRA-Skalen Patientenpartizipation und Patientenorientierung (PPO), effektive und offene Kommunikation (EOK), emotional unterstützende Kommunikation (EUK), Kommunikation über persönliche Verhältnisse (KPV). Ist kein Koeffizient angegeben, stellt die Variable bezüglich der betreffenden Skala keinen signifikanten Prädiktor dar ($p>.05$).

Insgesamt erklären die betrachteten Prädiktoren neun bis zwölf Prozent der Varianz der Kommunikationspräferenzen der Patienten mit chronischem Rückenschmerz.

Diskussion

Es konnten mehrere Prädiktoren der Kommunikationspräferenzen von Patienten mit chronischem Rückenschmerz identifiziert werden. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich des Arztgesprächs findet sich als Prädiktor für alle vier Skalen. Es scheint so, dass Patienten, die sich selbst als kompetent im Arztgespräch empfinden, besonders hohe Erwartungen an ihre Ärzte haben. Nur wenige der identifizierten Prädiktoren sind jedoch durch Beobachtung oder einfache Befragung zu erfassen. Die Erfassung der Kommunikationspräferenzen mit einem geeigneten Fragebogen (z. B. dem KOPRA-Fragebogen) erscheint also

erforderlich, um sich den individuellen Kommunikationspräferenzen der Patienten flexibel anpassen zu können.

Literatur

Arora, N.K. (2003): Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. Social Science & Medicine, 57. 791-806.

Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, G.C., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L. (2005): Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. Social Science & Medicine, 61. 1516-1528.

Farin, E., Gramm, L., Kosiol, D. (2010): Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness. Patient Education and Counseling, (Epub ahead of print DOI: 10.1016/j.pec.2010.02.011).

Jahng, K.H., Martin, L.R., Golin, C.E., DiMatteo, M.R. (2005): Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. Patient Education and Counseling, 57 (3). 308-314.

Swenson, S.L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D.C., Lo, B. (2004): Patient-centered communication. Do patients really prefer it? Journal of General Internal Medicine, 19. 1069-1079.

Einfluss Partizipativer Entscheidungsfindung auf Zufriedenheit und Motivation im Kontext der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation

Lukasczik, M., Gerlich, C., Neuderth, S.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Im rehabilitativen Kontext kann Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, Shared Decision Making) dazu beitragen, durch eine optimierte und strukturierte Einbindung des Patienten in therapiebezogene Entscheidungen die Motivation zur Auseinandersetzung mit krankheitsrelevanten Themen zu fördern und die Zufriedenheit mit der Maßnahme zu steigern (Simon et al., 2008). Dies ist insbesondere im Rahmen der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Löffler et al., 2010; Röckelein et al., in Vorb.) von Bedeutung: denkbar ist, dass durch PEF die Bereitschaft, sich mit beruflichen Problemlagen zu beschäftigen, gefördert wird. Diese könnte mittelbar wiederum arbeitsbezogene Parameter wie die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (was ein wesentliches Ziel der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung darstellt) positiv beeinflussen.

Methodik

Um zu untersuchen, inwieweit die partizipative Einbindung von Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen zu einer Steigerung der Motivation zur Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Themen und einer höheren Zufriedenheit mit der behandlungsbezogenen Entscheidungsfindung führt, wurden in einer Studie mit zeitversetzter Kontroll- und Interventi-

onsphase in zwei Rehabilitationskliniken Materialien bzw. Trainings zur Umsetzung von PEF auf Behandlerseite (Kommunikationstrainings; decision communication aids) und Patientenseite (Informationsbroschüre zu berufsbezogenen Behandlungsangeboten der Einrichtung) entwickelt und in der Interventionsphase umgesetzt. Es wurden Daten zur erlebten Partizipation, der Zufriedenheit mit dem Indikationsgespräch, der darin getroffenen Entscheidung und der rehabilitativen Behandlung sowie im Hinblick auf die Motivation zur Auseinandersetzung mit beruflichen Problemlagen im Rahmen der Rehabilitation (Hauptzielgrößen) erhoben.

Ergebnisse

Aktuell beträgt der Anteil an Patienten, die angeben, partizipativ in die Therapieentscheidung eingebunden worden zu sein, in beiden Studienphasen etwa 25 %. Damit hat die einmalige Behandlerschulung nicht substantiell zur Steigerung von PEF beigetragen. Allerdings bestehen positive korrelative Zusammenhänge zwischen erlebter PEF, Zufriedenheit und Motivation. Mittels Strukturgleichungsmodellen zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit dem Indikationsgespräch (erfasst über den PZF) und die Zufriedenheit mit der im Gespräch getroffenen Therapieentscheidung (SWD, PDS) als Mediatoren des Einflusses von erlebter partizipativer Einbindung (PEF-FB-9) auf die Zufriedenheit mit der gesamten Rehabilitationsmaßnahme (modifizierter ZUF-3) fungieren (Abb. 1a). Zwischen erlebter partizipativer Einbindung und der Motivation (Skala "Veränderungsabsicht" des FBTM) zeigt sich ein signifikant positiver Zusammenhang. Die Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung vermittelt diese Assoziation nicht (Abb. 1b).

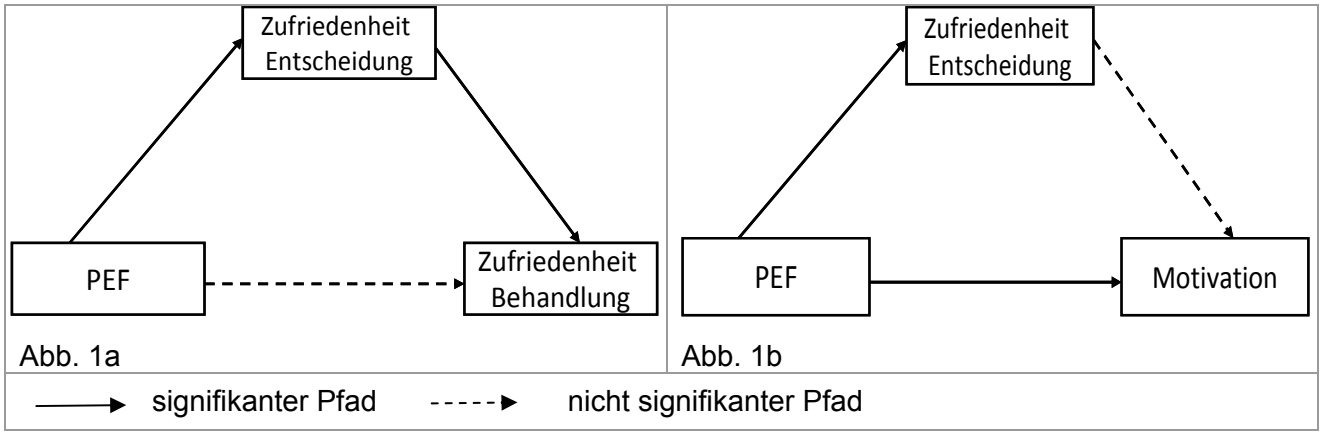


Abb. 1a+b: Zusammenhang zwischen PEF und Zufriedenheit mit der Entscheidung sowie Behandlungszufriedenheit und Motivation

Fazit/Ausblick

Die Zufriedenheit mit einer patientenorientierten Gesprächsgestaltung kann im Kontext arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen in der Rehabilitation als vermittelnde Variable des Effekts von erlebter PEF auf die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme, nicht aber auf die Motivation zur Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Themen angesehen werden. Eine halbtägige Behandlerschulung erscheint nicht ausreichend, um einen nachhaltigen Effekt bezüglich einer Steigerung der partizipativen Einbindung von Rehabiltanden zu erzielen; eine regelmäßige Auffrischung einer solchen Schulung ist daher (u. a. vor dem Hintergrund häufiger Personalwechsel in Rehabilitationskliniken) empfehlenswert.

Literatur

Löffler, S., Gerlich, C., Lukasczik, M., Wolf, H.D., Neuderth, S. (2010): Praxishandbuch Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. 1. Aufl.. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Röckelein, E., Lukasczik, M., Neuderth, S. (in Vorb.): Neue Ansätze zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.

Simon, D., Loh, A., Härter, M. (2008): Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 47. 84-89.

Integrierte Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation

Körner, M., Ehrhardt, H., Steger, A.-K.

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Einleitung

Für eine patientenorientierte Behandlung in der medizinischen Rehabilitation reicht es nicht aus, die Interaktionen mit den Patienten patientenorientiert (externe Patientenorientierung) zu gestalten, sondern darüber hinaus sind auch die Strukturen, Prozesse und die Kultur in der Rehabilitationsklinik (interne Patientenorientierung) patientenorientiert zu gestalten (Körner, 2009). Hierzu ist es wichtig die Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu betrachten und mittels Personal-, Team- und Organisationsentwicklung die Entwicklung eines patientenorientierten Systems zu unterstützen.

Methodik

Im Rahmen der Studie PEFiT "Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation" gefördert im Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" vom BMBF und der DRV Bund wurde die Patientenorientierung sowohl aus Sicht der Behandler/Mitarbeiter als auch der Patienten erhoben.

Zur Erfassung der externen Patientenorientierung wird der Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB-9, Simon et al., 2006) eingesetzt. Die Patienten bewerten, wie sie die Information, Koordination und Partizipation bei Entscheidungsfindungen in den Behandler-Patient-Interaktionen in der Rehabilitationsklinik wahrnehmen. Der Mitarbeiterfragebogen zur Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung (MU-PEF) basiert auf dem Patientenfragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung - PEF-FB-9 (Kriston et al., 2010) und misst die Information, Koordination und Partizipation bei Entscheidungsfindungen in den Behandler-Patient-Interaktionen aus der Perspektive der Behandler. Die interne Patientenorientierung wird durch jeweils sechs Globalitems zur Information, Koordination und Partizipation gemessen. Bei den Behandlern wird zudem die Führungs- und Klinik-

kultur mit jeweils neun fünfstufigen Items abgebildet. Zwei Einzelitems bewerten die Strukturen in der Klinik (Hierarchie und Bürokratie).

Ergebnisse

Die Querschnittserhebung zur Abbildung der integrierten Patientenorientierung konnte in 17 Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Indikation (11 somatische Kliniken, 6 psychosomatische Kliniken) implementiert werden. Für die Befragung der Patienten in den Kliniken wurden insgesamt 1.392 Fragebogen versandt, 662 ausgefüllte Fragebogen (48 %) kamen zurück. Davon waren 580 verwertbar. Die Erhebung auf Seiten der Mitarbeiter konnte in 10 somatischen Kliniken und 5 psychosomatischen Kliniken durchgeführt werden. Von den 662 versandten Fragebogen kamen 275 ausgefüllte Fragebogen (42 %) zurück, davon waren 272 verwertbar.

Die Rehabilitanden (M=58,3, SD=26,2) bewerten (Skala 0-100: 0=trifft überhaupt nicht zu, stimme nicht zu, 100=trifft völlig zu, stimme voll zu) die externe Patientenorientierung (Patientenorientierung in den Behandler-Patient-Interaktionen) negativer als die Behandler (M=65,8; SD=22,2). Die interne Patientenorientierung beurteilen die Patienten (M=84,4; SD=15,5) hingegen deutlich besser als die Behandler (M=66,5; SD=17,8). Die Organisation in den Kliniken ist eher hierarchisch (M=2.7, SD=1.07 auf einer Skala von 0 = stimme nicht zu bis 4 stimme voll zu) und eher bürokratisch ("Die Klinik ist meines Erachtens unbürokratisch" M=1.6, SD=1.05). Dementsprechend wird die Führungskultur auch als wenig kooperativ und partizipativ (M=3.3, SD=1.08) wahrgenommen. Die Bewertungen der Mitarbeiter- (M=1.9, SD=1.12) und Teamorientierung (M=2.2, SD=1.12) sind mittelmäßig, wohingegen die Patientenorientierung von den Mitarbeitern als sehr hoch eingeschätzt wird (M=3.1, SD=.88).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der internen und externen Patientenorientierung sind überwiegend im mittleren Bereich, was auf Verbesserungspotential in beiden Bereichen hindeutet. Insbesondere im Bereich der Führungskultur wird Verbesserungspotential sichtbar. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es bislang noch nicht gelungen ist, ein patientenorientiertes Prozessdenken mit Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation zu etablieren (Schrappe, 2007). Ein patientenorientiertes Teamentwicklungssystem, wie in einer nachfolgenden Studie geplant, wird den Aufbau der internen Patientenorientierung unterstützen.

Literatur

Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Härter, M. (2010): PEF-FB-9. Fragebogen zur partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item Fassung). Hamburg: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Körner, M. (2009): Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 160-165.

Schrappe, M. (2007): Wandel der Berufsbilder im Krankenhaus: neues Umfeld, neue Aufgaben. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer.

Evaluation einer Intervention zur partizipativen Zielvereinbarung: Verändern sich zielbezogene Prozesse in der Wahrnehmung der RehabilitandInnen?

Glattacker, M. (1), Dudeck, A. (1), Dibbelt, S. (2), Quatmann, M. (2), Schubmann, R. (3), Greitemann, B. (2), Jäckel, W.H. (1,4,5)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde, (3) Dr. Becker Klinik Möhnesee, (4) RehaKlinikum, Bad Säckingen, (5) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung an der Rheumaklinik, Bad Säckingen

Hintergrund

Zielvereinbarungen gelten als Kernstück rehabilitativer Maßnahmen (DRV Bund, 2007), für deren Ausgestaltung zahlreiche Qualitätsmerkmale wie die Beteiligung der RehabilitandInnen oder Prozessorientierung (ebd.; Vogel et al., 1994) beschrieben wurden. In der Rehabilitationspraxis hat sich eine explizite Zielorientierung jedoch noch nicht ausreichend etabliert (Meyer et al., 2008). Vor diesem Hintergrund wird in dem Projekt "PARZIVAR"* eine prozessorientierte Intervention zur Verbesserung der Qualität partizipativer Zielvereinbarungen entwickelt und evaluiert. Zur Evaluation werden proximale und distale Endpunkte herangezogen. Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, ob die Intervention in der Diagnosegruppe "Koronare Herzkrankheit" zu einer Verbesserung proximaler Endpunkte führt.

Methodik und Stichproben

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Mai 2008 und Juli 2010 in der Klinik Möhnesee. Die Evaluation war als sequentielles Kontrollgruppendesign angelegt, im Rahmen dessen die Datenerhebung in der Baselinegruppe vor und in der Interventionsgruppe nach Implementation der PARZIVAR-Intervention erfolgte. Als proximale Endpunkte wurden die patientenseitige Wahrnehmung der partizipativen Zielvereinbarung und die Zufriedenheit mit den Zielvereinbarungen definiert. Deren Operationalisierung umfasste überwiegend die Abfrage konkreter Ereignisse (sog. ereignisorientierte Items, Eigenentwicklungen). Unterschiede zwischen Baseline- und Interventionsgruppe wurden zum einen auf Einzelitemebene (16 Items) analysiert. Im Falle nominalskalierter Variablen wurde dabei mittels chi^2-Tests, bei ordinalskalierten Variablen mittels Mann-Whitney-U-Tests und bei intervallskalierten Variablen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben auf Signifikanz geprüft. Die ereignisorientierten Items wurden zum anderen zu einem Summenscore aggregiert (Range 0-10), dessen Ausprägung in den beiden Gruppen ebenfalls mittels t-Tests verglichen wurde. Aufgrund multipler Testung wurde das Signifikanzniveau nach Alpha-Fehlerkorrektur (Bonferroni) auf $p=0,003$ festgelegt.

---

* Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation; gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunkts "Versorgungsnahe Forschung: Chronische Krankheiten und Patientenorientierung"

Ergebnisse

Die Patienten der Baselinegruppe (n=106) sind rund zwei Jahre älter als die Patienten der Interventionsgruppe (n=93) ($M_{Baseline}$=68,9; $SD_{Baseline}$=6,9; $M_{Intervention}$=66,6; $SD_{Intervention}$=7,3; p=0,021), darüber hinaus finden sich zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede in soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Erwerbsstatus), in der Eingangsbelastung (Summenscore "Reha-Status", IRES-24 (Wirtz et al., 2005) oder in der Partizipationspräferenz (Degner-Skala, Degner et al., 1992).

Die Zustimmungsquoten zu den ereignisorientierten Items bzgl. partizipativer Zielvereinbarung unterscheiden sich hinsichtlich der Fragen, ob der Arzt die RehabilitandInnen nach eigenen Zielen gefragt habe (Baseline 53,8 %, Intervention 76,3 % "ja") und ob der Arzt im Reha-Verlauf mit ihnen über Reha-Ziele gesprochen habe (Baseline 67,0 %, Intervention 82,8 % "ja"), signifikant (p=0,001 bzw. p=0,002). Tendenzielle Unterschiede zeigen sich auf die Frage, ob der Arzt gemeinsam mit den RehabilitandInnen Reha-Ziele vereinbart habe (Baseline 47,2 %, Intervention 66,7 % "ja"), dieser Unterschied verfehlt mit p=0,013 aber die festgelegte Signifikanzgrenze. Keine signifikanten Unterschiede zeichnen sich ferner in zielbezogenen Aspekten zu Reha-Ende ab (Besprechung der Zielerreichung und nachstationärer Ziele), und auch die Zufriedenheit mit der Berücksichtigung patientenseitiger Ziele im Reha-Verlauf unterscheidet sich zwischen den Gruppen nicht signifikant (Anteil "sehr zufrieden" Baseline 39,6 %, Intervention 48,4 %, p=0,188). Der Summenscore bzgl. des Erfüllungsgrades partizipativer Zielvereinbarungsaspekte liegt in der Interventionsgruppe zwar höher (M=6,9) als in der Baselinegruppe (M=5,9), dieser Unterschied erreicht mit p=0,012 jedoch nicht die korrigierte Signifikanzgrenze.

Diskussion

Die Teilnahme an der PARZIVAR-Intervention spiegelt sich zum Teil in der patientenseitigen Wahrnehmung wider, d. h. die PARZIVAR-Intervention hat das Potenzial, zielbezogene Prozesse in der Wahrnehmung der Patienten zu verändern. Verbesserungspotenzial liegt nach den bisherigen Ergebnissen bei der Intensivierung der partizipativen Zielvereinbarungen bei Reha-Ende, wobei nicht-signifikante Unterschiede auch vor dem Hintergrund bewertet werden müssen, dass die Zustimmungsquote in der Baselinephase z. T. wenig Verbesserungspotenzial zuließ (Deckeneffekte). Ausstehende Ergebnisse werden zeigen, ob sich die teilweise Verbesserung proximaler Endpunkte auch in distalen Ergebnisparametern niederschlägt.

Literatur

Degner, L.F., Sloan, J.A. (1992): Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? Journal of Clinical Epidemiology, 45. 941-950.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag.

Vogel, H., Tuschhoff, T., Zillessen, E. (1994): Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung, 11. 751-764.

Wirtz, M., Farin, E., Bengel, J., Jäckel, W.H., Hämmerer, D., Gerdes, N. (2005): IRES-24-Patientenfragebogen: Entwicklung der Kurzform eines Assessmentinstrumentes in der Rehabilitation mittels der Mixed-Rasch-Analyse. Diagnostica, 51 (2). 75-87.

Zielvereinbarungen in der Rehabilitation: Verständnis und Handhabung des Begriffs "Reha-Ziele" bei Ärzten und Patienten

Quatmann, M. (1), Dibbelt, S. (1), Dudeck, A. (2), Glattacker, M. (2), Greitemann, B. (1), Jäckel, W.H. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde,

(2) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Die Präzisierung sowie die Nachverfolgung und Mitsprache des Patienten bei der Formulierung von Reha-Zielen werden als wichtige Elemente der Rehabilitation angesehen (DRV Bund, 2007). In der Praxis scheint jedoch eine explizite Zielorientierung und die Beteiligung des Patienten an der Formulierung von Reha-Zielen nicht leicht umzusetzen zu sein (Meyer et al., 2008). In dem Projekt PARZIVAR wurde daher ausgehend von einer Ist-Analyse zur Beschreibung der aktuellen Praxis eine Intervention zur Optimierung der Qualität partizipativer Vereinbarungen von Reha-Zielen entwickelt, die unter Beteiligung von Kliniken mit den Indikationen "Chronischer Rückenschmerz", "Diabetes mellitus" und "Koronare Herzkrankheit" evaluiert wird (Dibbelt et al., 2010). In diesem Beitrag werden Ergebnisse der qualitativen Ist-Analyse mit dem Fokus auf das Verständnis und die Handhabung des Begriffs "Reha-Ziele" bei Ärzten und Patienten dargestellt.

Methodik

In leitfadengestützten Interviews wurden 12 Ärzte aus allen genannten Indikationsbereichen nach "Spontanen Assoziationen" zum Thema "Reha-Ziele", nach typischen und häufig von Patienten genannten Reha-Zielen, nach der aktuellen Praxis von Zielgesprächen oder Zielvereinbarungen und deren Einschätzung sowie nach Wünschen und Befürchtungen im Hinblick auf eine Systematisierung und Dokumentation von Zielvereinbarungen befragt.

In 23 Interviews beantworteten Patienten Fragen zur persönlichen Zielvorstellung, zur Behandlung von Zielen im Aufnahmegespräch und im weiteren Rehaverlauf sowie zur Bedeutung und Plausibilität des Begriffs "Reha-Ziele".

Die Aussagen wurden inhaltsanalytisch nach dem sechsstufigen Verfahren von Mühlfeld (Mayer, 2008) ausgewertet. Dieses umfasst unter anderem die Schritte Transkription, Kategorisierung der Antworten durch zwei unabhängige Beobachter sowie Abgleich und ggf. Revision der Kategorien.

Ergebnisse

Die Frage nach der Angemessenheit des Begriffs "Reha-Ziele" beantworteten Patienten und Ärzte gegensätzlich. Während nach Einschätzung der meisten Ärzte (8 von 10) die Patien-

ten eher weniger bis gar nichts mit dem Begriff "Reha-Ziele" anfangen können, bezeichnete ein Großteil der Patienten (7 von 12) den Begriff als gut bzw. angemessen.

Die Ärzte benutzten sehr unterschiedliche Begriffe, wenn sie den Patienten nach seinen Reha-Zielen fragten (z. B. Ziele, Erwartungen, Wünsche, Vorstellungen, Ansprüche). Den Begriff "Reha-Ziel" als solchen benutzte keiner der befragten Ärzte wörtlich.

Aus den Verläufen der Patienteninterviews war mehrfach zu beobachten, dass Patienten verneinten, über Reha-Ziele mit Behandlern gesprochen zu haben, während sie jedoch gleichzeitig genau von den Themen redeten, die ihre Reha-Ziele betrafen (wie z. B. "Gewichtsreduktion" oder "Rauchen aufgeben").

Mehrfach berichteten Ärzte, dass sie im Aufnahmegespräch das Thema "Reha-Ziele" separat vom übrigen Gespräch behandelten, und dies meist am Ende des Gespräches.

Diskussion

Aus diesen Ergebnissen können folgende - weiter zu verfolgende - Aussagen abgeleitet werden:

1. Ärzte sprechen im Aufnahmegespräch mit dem Patienten häufig über Reha-Ziele, ohne diese explizit als solche zu bezeichnen.
2. Ärzte vermeiden, den Begriff "Reha-Ziele" gegenüber dem Patienten, weil dieser Begriff aus ihrer Sicht die Patienten überfordert.
3. Auch wenn der Begriff "Reha-Ziel" nicht ausdrücklich verwendet wird, sind Reha-Ziele doch häufig Gegenstand des ärztlichen Aufnahmegesprächs.
4. Ärzte betrachten jedoch die Besprechung von Reha-Zielen eher als ein von den sonstigen Fragestellungen (Diagnostische Fragen, Untersuchung und Informationen zur Behandlung) zu trennendes Thema. Daher werden die Reha-Zielvereinbarungen und die anamnestischen Routinefragen bei knappen Zeitressourcen als konkurrierend wahrgenommen.
5. Patienten differenzieren von sich aus nicht zwischen den Begriffen "Ziele", "Wünsche", "Erwartungen", "Ansprüche".
6. Patienten können mit dem Begriff "Reha-Ziele" gut umgehen, wenn ihnen erklärt wird, was darunter zu verstehen ist und warum es wichtig ist, Reha-Ziele zu formulieren.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass viele Elemente einer partizipativen Zielvereinbarung bereits umgesetzt werden, ohne dass sie in den Kontext "Reha-Ziele" gestellt werden. Eine klare Sprachregelung, die Strukturierung und ein "fester Platz" der Zielgespräche in den Routineabläufen sind wichtige Voraussetzungen für die Praktikabilität und Akzeptanz der Zielvereinbarung durch die Behandler und die Beteiligung des Patienten.

Das Verständnis der Bedeutung und der Rolle von Zielen im Reha-Prozess kann nicht vorausgesetzt werden, sondern muss vermittelt werden. Im Rahmen eines partizipativen Ziele-Dialogs sollten daher Reha-Ziele schrittweise mit den Patienten erarbeitet werden. Im Rahmen des Projektes PARZIVAR wurde dazu eine Intervention entwickelt und Behandler in der Durchführung des partizipativen Zieledialogs trainiert. Die Ergebnisse einer Evaluationsstu-

die werden in Kürze zeigen, ob diese strukturierende dialogische Intervention hilft, die Zielorientierung in der Rehabilitation und dadurch auch die Behandlungsergebnisse zu steigern.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Dibbelt, S., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B., Jäckel, W.H. (2010): Parzivar - Eine Intervention zur partizipativen Vereinbarung "smarter" Ziele zwischen Arzt und RehabilitandInnen - Erste Erfahrungen. DRV-Schriften, Bd. 88. 231-232.

Mayer, H.O. (2009): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München/Wien: Oldenbourg.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag.

Erfassung der Partizipativen Entscheidungsfindung mit dem PEF-FB-9 im Kontext arbeits- und berufsbezogener Behandlungsoptionen

Gerlich, C., Lukasczik, M., Neuderth, S.
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) entwickelt sich zu einem wesentlichen Element der Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation. Für die praktische Umsetzung des Ansatzes sind neun Einzelschritte definiert (Simon et al., 2008). Das Ausmaß Partizipativer Entscheidungsfindung aus Patientensicht kann mit dem Fragebogen PEF-FB-9 erhoben werden, in welchem die neun Umsetzungsschritte jeweils anhand einer 6-stufigen Ablehnungs-Zustimmungs-Skala beurteilt werden (Kriston et al., 2010).

Der PEF-FB-9 wurde im Kontext der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt (Neuderth et al., 2010). Bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich arbeits- und berufsbezogener Behandlungsoptionen liegen für Patienten mit beruflichen Problemlagen jedoch noch keine Erfahrungswerte mit dem Fragebogen vor. Als Kriterium, ob ein Patient PEF erlebt hat, wurde daher aufgrund inhaltlicher Plausibilität festgelegt, dass alle neun Umsetzungsschritte zumindest in der geringsten Zustimmungsausprägung berichtet werden sollten. Dieses Vorgehen wird unter probabilistischer Betrachtungsweise überprüft.

Methode

Von aktuell n=241 Patienten mit beruflichen Problemlagen (69 % Frauen, 31 % Männer) werden die Itemantworten des PEF-FB-9 anhand der Ablehnungs-Zustimmungs-Tendenz ausgewertet und einer latenten Klassenanalyse unterzogen (Programm WinMira, BIC-Wert als Kriterium für die Anzahl der Klassen).

Ergebnis

Die Auswertung des PEF-FB-9 anhand der Zustimmungs-Ablehnungs-Tendenz zu den neun PEF-Umsetzungsschritten legt die Differenzierung von vier Gruppen nahe:

1. Personen, die PEF erleben. Dieser Gruppe können 39 % der Personen (n=94) zugeordnet werden, die alle neun oder acht Umsetzungsschritte berichten.
2. Personen, die die Mehrzahl der PEF-Schritte erlebten. Dieser Gruppe können 18 % (n=44) zugeordnet werden.
3. Personen, die zwar auf einen gemeinsamen Entscheidungsprozess hingewiesen wurden, aber faktisch kein weiteres aktives Eingebundensein erlebten. Dieser Gruppe können 14 % (n=34) zugeordnet werden.
4. Personen, die PEF nicht erleben. Dieser Gruppe können 29 % der Patienten (n=69) zugeordnet werden, die (fast) keine PEF-Umsetzungsschritte berichten.

Diskussion

Die Interpretation, dass Personen der Gruppe 1 partizipative Einbindung erlebt haben, ergibt sich relativ eindeutig. Weniger klar stellt sich dies für die zweite Gruppe dar. Hier sind wesentliche Schritte (das Mitteilen unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten, die gemeinsame Auswahl einer Option und die gemeinsame Vereinbarung für das weitere Vorgehen) i. S. eines PEF-orientierten Vorgehens umgesetzt. Die nicht erlebten Schritte (die Mitteilung, dass eine Entscheidung notwendig ist; die Frage, wie der Patient eingebunden werden möchte; das Erklären und Abwägen der Vor- und Nachteile) wären dabei als nicht zwingend notwendig anzusehen. Möglicherweise ist der fehlende Bezug auf Vor- und Nachteile auch kontextspezifisch für den Bereich der beruflichen Orientierung (so könnten für Patienten die Vor- und Nachteile z. B. der berufsbezogenen Sozialberatung nicht eindeutig erkennbar sein). Eindeutig nicht als PEF sind die Gruppen 3 und 4 zu interpretieren. Die Ergebnisse aus Gruppe 3 könnten auch auf eine mögliche "unerwünschte Wirkung" der Interventionsstudie hindeuten, in deren Rahmen die Daten erhoben worden waren: Es erfolgte nur die Umsetzung der Anfangsschritte, wesentliche weitere Schritte folgten jedoch nicht.

Die Ergebnisse zu den Anfangsschritten stehen weiterhin im Einklang mit den Analysen zur ersten Version des PEF-Fragebogens (Simon et al., 2006), in denen Hinweise auf den PEF-Prozess nicht Bestandteil eines homogenen Itemsatzes waren (siehe auch Kriston et al. 2010).

Literatur

Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A., Härter, M. (2010): The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. Patient Education and Counseling, 80. 94-99.

Neuderth, S., Lukasczik, M., Gerlich, C. (2010): Implementierung Partizipativer Entscheidungsfindung im Kontext berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 88. 275-277.

Simon, D., Loh, M., Härter, M. (2008): Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 47. 84-89.

Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vordermaier, A., Caspari, C., Neuner, B., Spies, C., Krones, T., Keller, H., Edwards, A., Loh, A., Härter, M. (2006): Development and first validation of the shared decision-making quastionnaire (SDM-Q). Patient Education and Counseling, 63. 319-327.

Screeningbasierte partizipative Entscheidungsfindung als Zuweisungsoptimierung psychologischer Therapieangebote in der somatischen medizinischen Rehabilitation

Küch, D. (1), Schwabe, M. (1), Roßband, H. (2), Brückner, U. (1)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,

(2) Klinik Werra, Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf

Hintergrund

In der Klinik Werra, Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf, mit der Indikation Orthopädie und einer verhaltensmedizinischen Abteilung (VMO) waren Zuweisungsdefizite erkannt worden (Küch, 2008). Entsprechend wurden die indikationsbezogene Zuweisung durch ein klinikinternes psychosoziales Screening optimiert und die Patienten in die Entscheidung bezüglich psychologischer Therapieangebote mit eingebunden ("partizipative Entscheidungsfindung" = PEF). Letztere erfolgte im neu geschaffenen Gruppenangebot "Psychologische Einführung" am zweiten Tag nach Anreise. Die Organisation der psychologiebezogenen Therapieverordnung wurde entsprechend modifiziert. Vier Monate nach der Implementierung wurde das neue Zuweisungsprozedere empirisch geprüft.

Methode

Im Februar und März 2009 wurden die Daten aller Patienten mit potentiellem psychologischen Bedarf erhoben, welche ärztlicherseits die psychologische Einführung inclusive Screening verordnet bekommen hatten. Ausgewertet wurde einerseits nach dem Umfang psychosozialer Auffälligkeiten und Belastungen im 5-stufigen Screening, berücksichtigt wurden nur Antworten mit "eher stark" oder "sehr stark" (strenge Auswahl). Andererseits wurde der Umfang an Übereinstimmung in der Zuweisungsempfehlung (Arzt, Psychologe) und Patientenentscheidung geprüft. Die Angebotsstruktur differenzierte eher edukativ ausgerichtete Grundkurse und eher verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Intensivkurse zu Stresskompetenz und Schmerzbewältigung sowie psychologische Einzelgespräche.

Ergebnisse

Von 642 aufgenommenen RehabilitandInnen wurden 414 (64,5 %) über das ärztliche Aufnahmegespräch als psychosozial belastet identifiziert (75,3 % Frauen, Altersdurchschnitt 50,3 Jahre). Am stärksten ausgeprägt zeigten sich "Schwierigkeiten zu entspannen" (63,7 %), "Beeinträchtigungen durch Schmerz" (58,8 %) und "besondere berufliche Belastungen" (56,3 %), gefolgt von "familiären Problemen" (38 %), "Schlafstörungen" (38 %), "Ängsten/Sorgen" (36,8 %) und "Niedergeschlagenheit/Depressivität (29,7 %).

Der Wunsch nach Inanspruchnahme psychologischer Angebote ("Dringlichkeit") korrelierte am stärksten mit "familiären oder persönlichen Problemen" (.444), "Schwierigkeiten zu entspannen" (.419), "Ängsten/Sorgen" (.411), "Niedergeschlagenheit/Depressivität" (.386), gefolgt von "Gereiztheit/Aggressivität" (.303), "Schlafstörungen" (.298) und "besonderen beruflichen Belastungen" (.296). Mehr als die Hälfte der Patienten und Patientinnen mit starken beruflichen Belastungen wünschte dringlich psychologische Therapieangebote. Der Zusammenhang von "Dringlichkeit psychologischer Angebote" und "Schmerzbeeinträchtigung" war dagegen mit .168 eher gering.

Bezüglich der Übereinstimmung in der partizipativen Entscheidungsfindung betrug die durchschnittliche Einigkeit in der Verneinung von Angeboten 53,2 %, am deutlichsten bezüglich der Intensivkurse (>80 %), am geringsten bezüglich "Grundkurs Stress" (20,8 %). Die durchschnittliche Einigkeit in der Bejahung von Angeboten lag bei 7,28 %, besonders niedrig war sie bezüglich der Intensivkurse (1,4 bis 2,2 %). Anders ausgedrückt führte die PEF letztlich in etwa 40 % aller psychologischen Therapieangebote zu divergierenden Empfehlungen bzw. Entscheidungen zwischen den drei Akteuren (Arzt, Psychologe, Patient).

Diskussion

Psychosoziale Probleme, berufliche Belastungen und psychische Komorbiditäten sind bei diesen orthopädischen Patienten auch mit strenger Prüfung zu mehr als 30 % (Gesamtstichprobe; vgl. Härter, 2007) zu finden, zumeist einhergehend mit dringlichem oder sehr dringlichem Wunsch nach psychologischen Therapieangeboten. Dies erfordert entsprechende Modifikationen in den Angebotsstrukturen: kurzfristig zumindest mit systematischen Hinweisen auf ambulante psychosoziale und psychologische Nachsorgemaßnahmen, mittelfristig durch eine noch mehr psychosozial ausgerichtete somatische medizinische Rehabilitation.

Das Vorgehen der partizipativen Entscheidungsfindung führt hier in knapp 40 % der Fälle zu einer veränderten Therapieverordnung, was als lohnenswerte Verbesserung der Passung von Bedarf und Angebot interpretiert wird. Ein psychosoziales klinikinternes Screening wird dabei grundsätzlich als sinnvolle Ergänzung einer zentralen antragsbasierten Zuweisungssteuerung zur somatischen medizinischen Rehabilitation betrachtet.

Literatur

Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (2007): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer.

Küch, D., Rusdorf, S., Rossband, H., Morfeld, M. (2008): Analyse des Bedarfs psychologischer Interventionen in der Rehabilitation - Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten. DRV-Schriften, Bd. 77. 88-90.

Reha-Erwartungen, Wünsche und Ziele - Eine Bedarfsanalyse in der stationären medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen

Eckel, J. (1), Jelitte, M. (1), Vogel, H. (1), Becker, P. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg,
(2) Dr. Becker-Klinikgesellschaft, Köln

Hintergrund

Angesichts des demographischen Wandels ist eine Veränderung des Altersspektrums der Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation zu erwarten. Mit der Veränderung des Altersspektrums der Patienten geht die Frage nach der Entwicklung spezifischer Therapie- und Rehabilitationsangebote für ältere Rehabilitanden zur Optimierung einer längerfristigen Teilhabe am Arbeitsleben einher. Erste Studien erbrachten Hinweise auf eine höhere Beschwerdelast und spezifische Problemlagen von älteren Berufstätigen (Deck et al., 2009; Pohontsch et al., 2010). Vor diesem Hintergrund sollen spezifische Erwartungen und Ziele älterer Berufstätiger (≥ 55 Jahre) an ihren Reha-Aufenthalt im Rahmen einer Bedarfsanalyse im Vergleich zu jüngeren Arbeitnehmern (< 55 Jahre) untersucht werden.

Material / Methoden

In vier Kliniken der Dr. Becker Klinikgesellschaft werden insgesamt 450 Rehabilitanden mit Indikationen in den Bereichen Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik ca. zwei Wochen vor Reha-Beginn anhand eines ausführlichen Fragebogens einmalig anonym befragt. Erfasst werden unter anderem spezifische Erwartungen und Ziele, berufsbezogene Therapiemotivationen, berufliche Belastungen sowie die subjektiven Erwerbsprognosen der Rehabilitanden. Aktuell (Stand: November 2010) liegen 95 Datensätze von Patienten vor. Die Gesamtstichprobe wird in zwei Subgruppen unterteilt (< 55 Jahre / ≥ 55 Jahren), anhand derer Unterschiede in den Zielvariablen getestet werden.

Ergebnisse

Die überwiegende Mehrheit der 95 Patienten, von denen bisher Fragebögen vorliegen, ist weiblich (ca. 72 %). Das Durchschnittsalter beträgt derzeit etwa 50 Jahre. Ungefähr 1/3 der bisherigen Stichprobe kann der Gruppe ≥ 55 Jahre zugeordnet werden. Die Personen dieser Gruppe sind im Durchschnitt 59 Jahre alt (Min = 55, Max = 64, Md = 59 Jahre). Das Durchschnittsalter der Gruppe < 55 Jahre beträgt 46 Jahre (Min = 26, Max = 54, Md = 47 Jahre). Bei einer Vorabauswertung der Teilstichprobe zeigen sich deutliche Unterschiede in Skalen des Fragebogens zu Erwartungen und Zielen von Rehabilitanden (FEZ). Hier zeigen jüngere Patienten beispielsweise mehr Bedarf an Entlastung vom privaten Umfeld und deutlich mehr Veränderungsabsicht bei (Alltags-)Problemen. Weiterhin scheinen für beide Patientengruppen Stressbewältigung und eine gesündere Lebensführung wichtige Themen der Rehabilitation zu sein. Jedoch scheint das Thema Multimorbidität (Umgang mit Mehrfacherkrankungen) für ältere Patienten wichtiger zu sein als für Patienten unter 55 Jahren. Erwartungsgemäß sind die rentenbezogenen Reha-Erwartungen und -Ziele bei älteren Patienten stärker ausgeprägt, wobei sich zum gegenwärtigen Stand der Auswertung beide Gruppen nicht hinsichtlich der subjektiven Erwerbsprognose unterscheiden.

Diskussion

Wenn sich die bisherigen Ergebnisse in den abschließenden Auswertungen bestätigen, dann lassen sie darauf schließen, dass bei der Rehabilitation älterer Rehabilitanden Mehrfacherkrankungen nochmals deutlich stärker berücksichtigt werden müssen als bei jüngeren Patienten. Dass ältere Patienten eine geringere Veränderungsabsicht aufzuweisen scheinen als jüngere Rehabilitanden ist möglicherweise mit der Fokussierung auf diesen (körperlichen) Aspekt zu begründen. Jedoch erscheint auch hierin ein weiterer Ansatz für eine "altersspezifische" Rehabilitation zu liegen, da die Veränderungsabsicht - trotz bestehender körperlicher Einschränkungen - durch besondere Motivierungsstrategien und spezifische Angebote weiter erhöht werden könnte.

Literatur

Deck, R., Richter, S., Hüppe, A. (2009): Der ältere Patient in der Rehabilitation - Probleme und Bedürfnisse. Die Rehabilitation, 48. 326-334.

Pohontsch, N., Richter, S., Krüger-Wauschkuhn, T., Deck, R. (2010): Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55+). Abschlussbericht. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Diskrepanzen zwischen erwarteten und tatsächlichen Alltagssituationen nach einer stationären Rehabilitation - Nachteilig für die Rehabilitationserfolge?

Igel, U., Kretzschmann, C., Grande, G.

Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften, HTWK Leipzig

Hintergrund

Die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen für PatientInnen mit KHK und Dorsopathien ist vielfach belegt. Ein bisher unbefriedigend gelöstes Problem stellt jedoch die Schnittstelle zwischen Rehabilitationseinrichtung und dem Alltag der PatientInnen dar. Trotz vermehrter Patientenorientierung und -beteiligung innerhalb der Rehabilitationsprogramme gelingt die Verstetigung der Rehabilitationserfolge unter Alltagsbedingungen häufig nicht. Gründe dafür werden meist in personalen Merkmalen der PatientInnen wie Einstellungen, Motivation, Bildung (Blanchard et al., 2006) oder Problemen der Versorgung (Bahrke et al., 2006; Bischoff et al., 2006; Dibbelt et al., 2006) gesehen. Eine weitere Ursache für die ausbleibenden langfristigen Erfolge könnten die Erwartungen der PatientInnen an die Zeit nach der Rehabilitation sein. Unrealistische Vorstellungen von Unterstützungs- und Belastungssituationen führen möglicherweise zu Enttäuschung und unangemessenen Bewältigungsstrategien.

Ziel des von der GfR NRW geförderten Projektes "REELL - Rehabilitation, Erwartungen und Erfahrungen im Alltag" war es, zu untersuchen, ob PatientInnen mit größeren Diskrepanzen zwischen erwarteten und tatsächlichen Unterstützungs- und Belastungssituationen geringere Rehabilitationserfolge erzielen.

Methodik

Zwischen Mai 2009 und August 2010 wurden 113 PatientInnen mit koronaren Herzkrankheiten und 79 mit chronischen Rückenschmerzen zu drei Messzeitpunkten (T1: in der Rehabilitationsklinik, T2: 3 Monate, T3: 6 Monate nach der Rehabilitation) mittels eines Fragebogens befragt. Die Befragten waren im Mittel 51 Jahre alt, 59 % der Stichprobe waren männlich.

Zur Erfassung der Diskrepanzen wurde eine Liste von 39 (Dorsopathien) bzw. 45 (KHK) Situationen eingesetzt, die hinsichtlich ihres förderlichen bzw. hinderlichen Charakters und ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit (T1) bzw. ihres tatsächlichen Eintretens (T2, T3) bewertet wurden. Zur Berechnung der Diskrepanzen wurden die Differenzen aus den erwarteten und erlebten Situationen gebildet. Der Rehabilitationserfolg, als abhängige Variable, wurde gemessen an Gewichtsreduktion und gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-12) nach der Rehabilitation. Als Kontrollvariablen wurden soziodemografische, psychologische, medizinische Merkmale, Risikofaktoren und soziale Unterstützung in die Analyse einbezogen. Mittels univariater Analysen wurden geschlechts- und krankheitsspezifische Unterschiede (t-Test, Chi²-Test) sowie Zusammenhänge zwischen Diskrepanzen und psychologischen, medizinischen und sozialen Variablen (Korrelationen) analysiert. Unabhängige Effekte der Diskrepanzen auf die langfristigen Rehabilitationserfolge wurden mittels multivariater Regressionsmodelle überprüft.

Ergebnisse

Die größten Diskrepanzen traten hinsichtlich der sozialen Unterstützung aus Familien- und Bekanntenkreis auf. Soziale Unterstützung (SSQ) war negativ mit Diskrepanzen korreliert (r=-,188; p=,035), d. h. je mehr unterstützende Personen, desto geringer die Diskrepanzen zwischen erwarteten und tatsächlichen Alltagssituationen. Diskrepanzen hinsichtlich der Unterstützung durch Freunde war positiv mit Optimismus (r=,152; p=,050) und dem Body-Mass-Index (T1: r=,185; p=,020; T2: r=,246; p=,002) und negativ mit Depressivität (r=-,155; p=,046) assoziiert. Es ließen sich keine krankheits- und geschlechtsspezifischen Unterschiede im Ausmaß der Diskrepanzen insgesamt feststellen. Jedoch erlebten Frauen weniger familiäre Unterstützung als erwartet und unterschieden sich dabei signifikant von den männlichen Patienten.

Diskrepanzen stellten sich sowohl für die Gewichtsreduktion als auch für die subjektive körperliche und psychische Gesundheit als signifikante Prädiktoren heraus (Abb. 1). Psychologische Merkmale und soziale Ressourcen spielten eine eher untergeordnete Rolle.

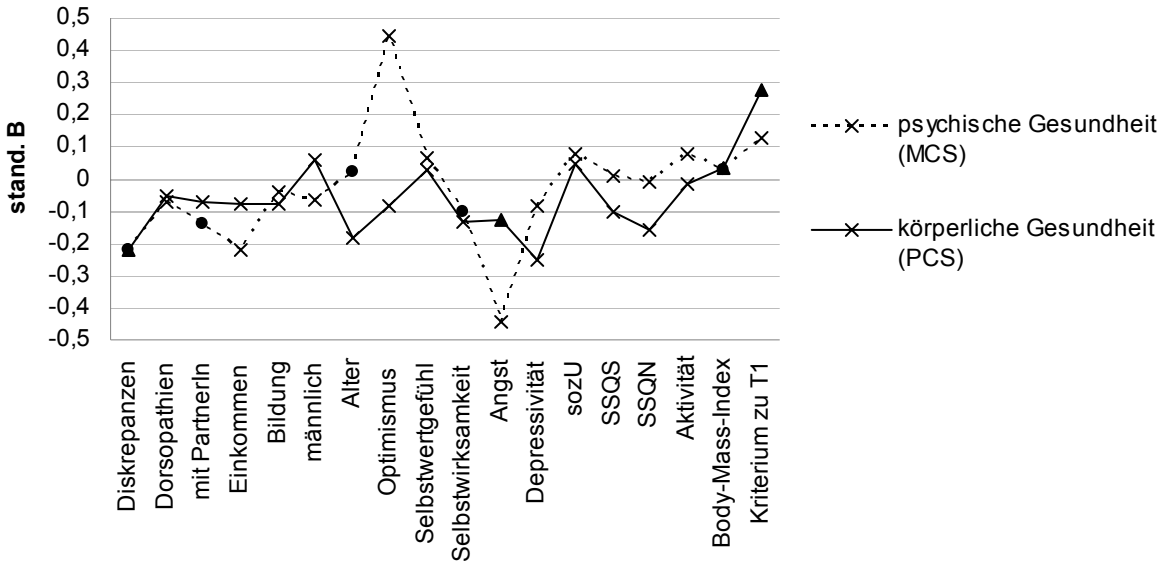


Abb. 1: Prädiktoren für subjektive Gesundheit 3 Monate nach der Rehabilitation

Schlussfolgerungen

Diskrepanzen zwischen erwarteten und erlebten Alltagssituationen haben einen negativen Einfluss auf die Gewichtsreduktion und beeinträchtigen das subjektive körperliche als auch psychische Wohlbefinden. Die Erwartungen von PatientInnen sollten schon in der Rehabilitationsklinik Gegenstand von Interventionen sein, um realistischere Vorstellungen zu entwickeln, Unterstützung einzufordern, aber auch einen "Plan B" zu entwerfen.

Der Einfluss der tatsächlichen Unterstützungs- und Belastungssituationen auf die Rehabilitationserfolge der PatientInnen ist in einem weiteren Schritt zu untersuchen.

Literatur

Bahrke, U., Bandemer-Greulich, U., Fikentscher, E., Müller, K., Schreiber, B., Konzag, T.A. (2006): Chronischer Rückenschmerz mit suppressiver Schmerzverarbeitung - Zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs einer bislang vernachlässigten Rehabilitandengruppe. Die Rehabilitation, 45. 336-344.

Blanchard, C.M., Reid, R.D., Morrin, L.I., Beaton, L.J., Pipe, A., Courneya, K.S., Plotnikoff, R. (2006): Correlates of physical activity change in patients not attending cardiac rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 26 (6). 377-383.

Bischoff, B., Silber, S., Richartz, B. M., Pieper, L., Klotsche, J., Wittchen, H.-U. (2006): Inadequate medical treatment of patients with coronary artery disease by primary care physicians in Germany. Clinical Research in Cardiology, 95 (8). 405-412.

Dibbelt, S., Greitemann, B., Büschel, C. (2006): Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen - Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). Die Rehabilitation, 45. 324-335.

Die kommunikationsbezogenen Einstellungen von BehandlerInnen in der medizinischen Rehabilitation

Farin-Glattacker, E. , Gramm, L., Schmidt, E.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Einleitung

Aktuell diskutierte Modelle der Patient-Behandler-Kommunikation (Feldman-Stewart et al., 2005) betonen die Bedeutung der wechselseitigen Einstellungen und Werthaltungen beider am Kommunikationsprozess Beteiligter. In diesem Zusammenhang stellt die Untersuchung der Einstellungen des Behandlers gegenüber der Interaktion mit dem Patienten ein wichtiges Forschungsthema dar, dem bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Real et al., 2009). Das Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, einen Fragebogen zur Erfassung der kommunikationsbezogenen Einstellungen von BehandlerInnen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegekräfte) in Bezug auf chronisch Kranke zu entwickeln und deskriptive Resultate darzustellen. Bisher liegen zwar international Instrumente vor, die allgemeine Einstellungen gegenüber Patienten (Noble et al., 2007) oder die Einstellungen gegenüber speziellen Kommunikationsaspekten (Rogg et al., 2009) erheben, es liegt aber unseres Wissens weder international noch im Deutschen ein Instrument vor, mit dem kommunikationsbezogene Einstellungen in ihrer ganzen Breite und bezogen auf die von Patienten als wichtig erachteten Kommunikationsaspekte erfasst werden können. Die Daten wurden erhoben im Rahmen des Projekts "Patient-Behandler-Kommunikation", gefördert vom BMBF im Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung".

Methodik

Mit dem KOPRA-Fragebogen (Farin et al., im Druck) liegt ein patientenorientiert und theoriebasiert entwickeltes sowie psychometrisch geprüftes Instrument zur Erfassung patientenseitiger Kommunikationspräferenzen vor. Für jedes der 32 Items des KOPRA-Bogens wurde eine inhaltsanaloge Frage zur Erfassung kommunikationsbezogener Einstellungen (KombEin-Bogen) konstruiert. So wurde z. B. das KOPRA-Item "Ihr Arzt (oder Ihre Ärztin) sollte Sie fragen, was Sie über Ihre Behandlung wissen möchten." zum KombEin-Item "Ein Arzt (eine Ärztin) sollte den Patienten fragen, was er über seine Behandlung wissen möchten." Auch die Skalen wurden analog zum KOPRA-Bogen gebildet (1. Patientenpartizipation und Patientenorientierung, 2. Effektive und offene Kommunikation, 3. Emotional unterstützende Kommunikation, 4. Kommunikation über persönliche Verhältnisse). Der KombEin-Bogen liegt in drei Versionen vor: für ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegekräfte. Es wurden insgesamt n=238 BehandlerInnen aus orthopädischen und kardiologischen Reha-Kliniken befragt (49 ÄrztInnen, 153 TherapeutInnen einschließlich PsychologInnen, 36 Pflegekräfte). 70,2 % der Befragten waren weiblich. Die Berufserfahrung betrug bei 29,8 % bis zu 5 Jahre, bei 25,6 % 5-10 Jahre, bei 44,5 % mehr als 10 Jahre.

Ergebnisse

Die Verteilungseigenschaften des KombEin-Bogens sind gut: Der Anteil der fehlenden Werte liegt für alle 32 Items unter 2 % und beträgt im Mittel nur 0,6 %. Decken- bzw. Bodeneffekte (mehr als 50 % der Antworten in der extremsten Antwortkategorie) liegen für keines

der 32 Items vor. Die Reliabilität (Cronbachs Alpha) wurde getrennt für die drei Versionen berechnet. Cronbachs Alpha liegt für alle Skalen aller Versionen im befriedigenden bis guten Bereich: Arztversion: 0,73 - 0,91, Therapeutenversion: 0,77 - 0,86, Pflegeversion: 0,72 - 0,90. ÄrztInnen und Pflegekräfte sehen es für ihre Berufsgruppen jeweils als "sehr wichtig" bis "äußerst wichtig" an, dass sie es dem Patienten ermöglichen, Fragen zu stellen und dem Patienten zuzuhören. Bei TherapeutInnen wird die Erkundigung, ob der Patient während der Therapien Beschwerden hat, als besonders wichtige Kommunikationsaufgabe angesehen. Das Reden über private Dinge wird generell als nur "etwas wichtig" eingeschätzt, Aspekte der Patientenbeteiligung stehen im Ranking der Wichtigkeit meist im mittleren Bereich. Auf Skalenebene bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen vor allem darin, dass die Pflegekräfte nicht in dem Maße wie ÄrztInnen und TherapeutInnen die Patientenbeteiligung und die krankheitsbezogene Kommunikation mit dem Patienten als ihre Aufgabe ansehen. Bei der emotional unterstützenden Kommunikation und bei der Kommunikation über persönliche Verhältnisse bestehen hingegen keine Unterschiede. Mit zunehmender Berufserfahrung sinkt die Bedeutung, die der krankheitsbezogenen Kommunikation mit dem Patienten beigemessen wird, leicht.

Diskussion

Erste psychometrische Prüfungen des KombEin-Bogens erbrachten positive Ergebnisse, weitere (z. B. Eindimensionalität, Validität) stehen noch aus. Der kombinierte Einsatz des KOPRA- und des KombEin-Bogens erlaubt es, Untersuchungen zu den Auswirkungen einer Kongruenz von patientenseitigen Präferenzen und behandlerseitigen Einstellungen (Jahng et al., 2005) durchzuführen.

Literatur

Farin, E., Gramm, L., Kosiol, D. (im Druck): Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness. Patient Education and Counseling (Epub ahead of print DOI: 10.1016/j.pec.2010.02.011).

Feldman-Stewart, D., Brundage, M.D., Tishelman, C., SCRN Communication Team (2005): A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. Psycho-Oncology, 14 (10). 801-809.

Jahng, K.H., Martin, L.R., Golin, C.E., DiMatteo, M.R. (2005): Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. Patient Education and Counseling, 57. 308-314.

Noble, L.M., Kubacki, A., Martin, J., Lloyd, M. (2007): The effect of professional skills training on patient-centredness and confidence in communicating with patients. Medical Education, 41. 432-440.

Real, K., Bramson, R., Poole, M.S. (2009): The symbolic and material nature of physician identity: Implications for physician-patient communication. Health Communication, 24. 575-587.

Rogg, L., Loge, J.H., Aasland, O.G., Graugaard, P.K. (2009): Physicians' attitudes towards disclosure of prognostic information: A survey among a representative cross-section of 1605 Norwegian physicians. Patient Education and Counseling, 77. 242-247.

Rehabilitative Versorgung von Menschen türkischer Abstammung - Bedürfnisse, Problemfelder und Lösungsansätze aus der Perspektive des Klinikpersonals und der Rehabilitanden

Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Brause, M., Razum, O., Schott, T.
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund

Über 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund leben inzwischen in Deutschland, 2,5 Millionen davon haben ihre Wurzeln in der Türkei, die unter den Herkunftsländern das bedeutsamste darstellt (Statistisches Bundesamt, 2010). Unter den Rehabilitand(inn)en der DRV Rheinland und der DRV Westfalen sind fast 5 % türkischer Abstammung (Brause et al., 2010). Eine zunehmende Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund wird aufgrund der demografischen Entwicklung und die oftmals körperlich belastenden Berufe angenommen (Lampert, Ziese, 2005). Gleichzeitig zeigen Untersuchungen in fast allen Indikationsgebieten deutlich geringere Rehabilitationserfolge bei Menschen türkischer Abstammung als bei Rehabilitand(inn)en nicht-türkischer Herkunft (Brause et al., 2010; Maier et al., 2009).

Methodik

Ziel der qualitativen Teilstudien im Rahmen des von der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V. geförderten Forschungsprojektes war es, Problemfelder aus Sicht des Klinikpersonals und der Rehabilitand(inn)en zu identifizieren, erfolgreiche Lösungsstrategien und Hinweise auf Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund zu erfahren.

In insgesamt fünf verschiedenen Rehabilitationskliniken mit unterschiedlichen Indikationsschwerpunkten wurden Expert(inn)eninterviews mit zwölf Mitarbeiter(inn)en aus der Ärzteschaft, der Krankenpflege, der Sporttherapie und der Ernährungs- sowie Sozialberatung und sechs Fokusgruppen mit türkischstämmigen Rehabilitand(inn)en durchgeführt. Die Interviews orientierten sich an einem Leitfaden mit verschiedenen Themenfeldern wie "Sprache und Kommunikation", "Kulturelle Einflüsse", "Subjektive Erwartungen und Bedürfnisse" und "Lösungsstrategien".

Ergebnisse

Sowohl aus der Befragung des Klinikpersonals als auch aus den Aussagen der türkischstämmigen Rehabilitand(inn)en wird deutlich, dass sprachliche Verständigungsschwierigkeiten eine adäquate Versorgung während des gesamten Rehabilitationsprozesses behindern. Kulturell geprägte Unterschiede in den Krankheitskonzepten, den Schamgrenzen sowie der Schmerz- und Symptompräsentation stellen weitere Herausforderungen dar. Es kommt zu Informationsverlusten, Frustrationen beim Klinikpersonal und einem Vertrauensverlust auf Seiten der Rehabilitand(inn)en. Mit den Herausforderungen wird in den Kliniken unterschiedlich umgegangen, wobei professionelle und systematische Lösungsansätze nur selten zur Anwendung kommen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Um eine funktionierende Kommunikation zwischen Klinikpersonal und Rehabilitand(inn)en garantieren zu können, erweisen sich strukturelle Lösungen wie die Bereitstellung von professionellen Sprach- und Kulturmittlern oder die vermehrte Einstellung von türkischstämmigem Fachpersonal als notwendig. Daneben können Menschen mit Migrationshintergrund von einer insgesamt stärkeren Patientenorientierung und Individualisierung im medizinischen Rehabilitationssystem profitieren. Vordringlich erscheint es, zunächst die interkulturelle Kompetenz des Klinikpersonals zu stärken. Damit könnte sowohl ihre Frustrationstoleranz gehoben als auch die subjektive Akzeptanz seitens der türkischen Rehabilitand(inn)en gesteigert werden.

Literatur

Brause, M., Reutin, B., Schott, T., Yilmaz-Aslan, Y. (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/zfv/endbericht.pdf, Abruf: 08.11.2010.

Lampert, T., Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut__soziale__ungleichheit__und__gesundheit.pdf, Abruf: 08.11.2010.

Maier, C., Razum, O., Schott, T. (2009): Medizinische Rehabilitation und Behandlungserfolg bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In: Muthny, F.A., Bermejo, I. (Hrsg.): Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Ärzte-Verlag. 85-103.

Statistisches Bundesamt (2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2009, Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wirksamkeit einer integrativen Patientenschulung zur Optimierung der stationären Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz - Eine multizentrische, prospektive Kontrollgruppenstudie

Hofmann, J. (1), Buchmann, J. (2), Meng, K. (2), Vogel, H. (2), Bork, H. (3), Pfeifer, K. (1)

(1) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, (2) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg (3) Asklepios Klinik, Schaufling

Hintergrund

Die kurzfristige Wirksamkeit intensivierter Rehabilitationsprogramme mit einem biopsychosozialen Ansatz bei chronischen Rückenschmerzen ist international bestätigt (Guzmán et al., 2002). Erste nationale Studien berichten kleine bis mittlere langfristige Effekte einer intensivierten stationären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen gegenüber der Standardrehabilitation auf verschiedene Outcomeparameter (Dibbelt et al., 2006; Mangels et al., 2009). Insgesamt steht der Nachweis der langfristigen Wirksamkeit intensivierter Rehabilitationsprogramme noch aus und es findet in der Praxis der rehabilitativen Versorgung bisher kaum eine zielgerichtete Verknüpfung von wissens-, verhaltens- und bewegungsbezogenen Interventionsformen statt. Vor diesem Hintergrund erfolgten die Entwicklung und Implementierung eines qualitätsgesicherten spezifischen integrativen, d. h. interdisziplinär aufeinander abgestimmten Patientenschulungsprogramms "PASTOR" zum Aufbau von aktiven Selbstmanagementkompetenzen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sowie die Evaluation der Wirksamkeit im Vergleich zur stationären Standardrehabilitation. Das vorliegende integrative Schulungsprogramm umfasst insgesamt fünf Module und hat einen Umfang von 48 Einheiten.

In diesem Beitrag werden kurzfristige Effekte des integrativen Schulungsprogramms zu Rehabilitationsende berichtet. Daten zur 12-Monats-Katamnese liegen im Januar 2011 vor.

Methodik und Stichprobe

Die Wirksamkeit wird in einer multizentrischen quasi-experimentellen Kontrollgruppenstudie mit drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 12-Monats-Katamnese) untersucht. Die Zielparameter werden bei Probanden mit orthopädischer Hauptindikation (M54.4 - M54.9, M51.2 - M51.9, M53.8 - M53.9 nach ICD-10) mittels standardisierter Befragungsinstrumente erhoben. In der Kontrollphase erfolgte die Erhebung der Effekte der Standardrehabilitation in drei Rehabilitationskliniken ("usual care"). Im Anschluss wurde das integrative Schulungsprogramm in den Kliniken implementiert und in der Interventionsphase die Effekte des neuen Programms untersucht. Eine Vergleichbarkeit des zeitlichen Umfangs von Interventions- und Kontrollbehandlung wurde angestrebt. Primäre Zielgröße ist die subjektive Funktionsbeeinträchtigung (FfbH-R). Sekundäre Zielgrößen betreffen Schmerz (NRS), schmerzbezogene Kognitionen (TSK, PCI, KSI), kognitive und behaviorale Schmerzbewälti-

gungskompetenzen (FESV), körperliche Aktivität (HAPA-Skalen, FFkA), subjektive Gesundheit (SF-12), rückenschmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Die Stichprobe umfasst 568 Rehabilitanden (KG: n = 272; IG: n = 296). Der Anteil von Frauen ist 51 %. Das durchschnittliche Alter beträgt 49 Jahre (SD = 8,2); 89 % sind zu Beginn der Rehabilitation erwerbstätig (davon 71 % Vollzeit). Zu Rehabilitationsende liegen Daten von 551 Personen vor. Hinsichtlich soziodemographischer Variablen bestehen keine Baselineunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Patienten der Interventionsgruppe weisen zu Beginn der Rehabilitation geringer chronifizierte Rückenschmerzen (Stadium I nach MPSS) ($p = 0.001$), eine niedrigere Funktionsbeeinträchtigung ($p = 0.006$), höhere körperliche Funktionsfähigkeit ($p > 0.001$) sowie geringere Ängstlichkeit ($p = 0.025$) auf. In der vorläufigen Analyse wurden Verlaufseffekte für beide Gruppen berechnet.

Ergebnisse

Vom Beginn zum Ende der Rehabilitation zeigt sich sowohl in der Kontrollgruppe (SES = 0.28, KI 0.18 - 0.37) als auch Interventionsgruppe (SES = 0.35, KI 0.24 - 0.44) ein signifikant kleiner Effekt in der Reduktion der Funktionsbeeinträchtigung. Weitere signifikante Verbesserungen in sekundären Zielparametern mittlerer bis großer Effektstärke weisen beide Gruppen in der Schmerzreduktion (KG: SES = 0.94; IG: SES = 0.96) sowie in der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit (KG: SES = 0.60; IG: SES = 0.69) und in der psychischen Funktionsfähigkeit (KG: SES = 0.55; IG: SES = 0.63) auf. Im Bereich der kognitiven und behavioralen Schmerzbewältigungskompetenzen liegen in der Interventionsgruppe höhere signifikante Verbesserungen mit mittlerer bis hoher Effektstärke (SES = 0.55 - 0.87) als in der Kontrollgruppe (SES = 0.17 - 0.44) vor. Weitere Ergebnisse zu sekundären Zielparametern sowie die Intergruppeneffekte werden berichtet.

Diskussion

Zu Rehabilitationsende zeigen sich signifikante kleine Effekte sowohl der Standardrehabilitation als auch des qualitätsgesicherten integrativen Schulungsprogramms auf die Verbesserung der Funktionsbeeinträchtigung. Eine deutlich höhere Wirksamkeit mittlerer bis hoher Effektstärke kann für das integrative Schulungsprogramm im Vergleich zur Standardrehabilitation im Bereich der Schmerzbewältigungskompetenzen belegt werden. In sekundären Zielparametern wie Schmerz, körperliche und psychische Funktionsfähigkeit weisen beide Gruppen signifikante mittlere bis hohe kurzfristige Interventionseffekte auf. Eine abschließende Bewertung des integrativen Schulungsprogramms wird auf Basis der Wirksamkeit zur 12-Monats-Katamnese vorgenommen werden.

Literatur

Dibbelt, S., Greitemann, B., Büschel, C. (2006): Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen. Das Integrierte orthopädisch−psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). Die Rehabilitation, 45. 324-335.

Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., Bombardier, C. (2002): Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic back-pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Mangels, M., Schwarz, S., Worringen, U., Holme, M., Rief, W. (2009): Evaluation of a behavior-medical inpatient rehabilitation treatment including booster sessions: a randomized, controlled study. Clin J Pain, 25. 356-364.

Sind nach 5 Jahren mehr Patientenschulungen manualisiert und evaluiert und zeigen sich Unterschiede zwischen somatischen und psychosomatischen Reha-Einrichtungen?

Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H., Faller, H.
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Erstmals in 2005 wurde durch das Zentrum Patientenschulung eine bundesweite Bestandsaufnahme zu Patientenschulungen für Erwachsene durchgeführt. Sie hatte das Ziel, die aktuelle Praxis von Patientenschulungen sowie den Bedarf an Weiterentwicklung in diesem Bereich zu erfassen (Friedl-Huber et al., 2007). Die damals erfassten 1.740 Programme der 424 Einrichtungen unterschieden sich stark; Manualisierung, Evaluation und Didaktik waren teilweise optimierungsbedürftig (Reusch et al., 2007). Eine bundesweite Bestandsaufnahme im Jahr 2010 sollte zusätzlich psychoedukative Gruppenprogramme (für psychosomatische und Abhängigkeitserkrankungen) sowie indikationsübergreifende Programme erfassen. Im Folgenden werden Unterschiede der Programme aus Somatik und Psychosomatik, Veränderungen gegenüber 2005 und Zusammenhänge zwischen Methodeneinsatz und Teilnehmerzahl bzw. Manualisierung betrachtet.

Methode

Ein Fragebogen des Zentrums Patientenschulung mit 29 Items wurde von der DRV Bund versendet und sollte anonym an die Uni Würzburg zurückgeschickt werden. 1.470 rentenversicherungsbelegte Reha-Einrichtungen wurden u. a. um Beschreibungen ihrer psychoedukativen Programme und Schulungen anhand vorgegebener Kriterien (Indikation, Teilnehmerzahl, Methoden, Manual, Evaluation) gebeten.

Ergebnisse

Von 900 Einrichtungen (61 % Rücklauf) wurden 4.979 Programme beschrieben (468 somatische Einrichtungen: 2.742 Programme, 339 psychosomatische Einrichtungen: 1.677 Programme). Zwei Drittel aller Einrichtungen beschreiben bis zu 6 Programme, am häufigsten indikationsübergreifende (20 %). Diese wurden häufiger von somatischen als von psychosomatischen Einrichtungen genannt. Lediglich für 18 % der Programme wurden mehr als 15 Teilnehmer angegeben; in der Somatik mehr Kleingruppen (< 8 Teilnehmer) und Großgruppen (> 15 Teilnehmer) als in der Psychosomatik. Der Vergleich mit Daten von 2005 ergab für 2010 weniger Programme mit Kleingruppen. Für zwei Drittel der Schulungen wurden 2 bis 3 didaktische Methoden eingetragen, in der Regel Vorträge, Diskussion und Übungen, in geringerem Ausmaß Kleingruppenarbeit (42 %). Die häufigsten Methodenkombinationen waren Vortrag und Diskussion (18 %), Vortrag, Diskussion und Übung (15 %) bzw. alle vier Methoden (16 %). In somatischen Einrichtungen wurden signifikant häufiger Vortrag und

Diskussion, in den psychosomatischen signifikant häufiger Übung und Kleingruppenarbeit angegeben. Im Vergleich zu 2005 wiesen die somatischen Reha-Einrichtungen eine geringere Anzahl an Schulungen mit Übungen und Kleingruppenarbeit auf. Für die meisten Programme liegt ein Manual vollständig (43 %) oder teilweise (27 %) vor, wobei von diesen drei Viertel einrichtungsintern entwickelt und nur wenige (8 %) veröffentlicht wurden. Der Vergleich der somatischen und psychosomatischen Einrichtungen zeigt keinen Unterschied im Anteil der manualisierten Schulungen. In der Somatik wurden mehr Manuale intern, in der Psychosomatik mehr extern entwickelt. Verglichen mit den Daten von 2005 waren in der Somatik etwa gleich viele Schulungen manualisiert. Knapp die Hälfte der Programme ist weder intern noch extern evaluiert (48 %) und nur wenige Studien sind publiziert (14 %). In der Psychosomatik wurden mehr Programme intern, in der Somatik dagegen mehr gar nicht oder extern evaluiert. Verglichen mit Daten von 2005 zeigten sich keine Unterschiede. Unabhängig von der Indikation werden bei Kleingruppen im Vergleich mit Großgruppen mehr Methoden eingesetzt, weniger Vorträge gehalten und Diskussionen durchgeführt, dafür aber mehr Übungen und Kleingruppenarbeit angeboten. Wenn ein vollständiges Manual vorliegt, werden häufiger alle vier Methoden eingesetzt.

Fazit

Zwischen somatischen und psychosomatischen Gruppenprogrammen zeigten sich einige deutliche Unterschiede. Detailliertere schulungsthemenbezogene Auswertungen werden andernorts berichtet (Reusch et al., in Vorb.). Zusammenfassend ergab sich in den somatischen Einrichtungen keine deutliche Veränderung der Schulungsstandards. Trotz der Forderung nach Manualisierung und Evaluation und Einsatz hat sich die Anzahl der manualisierter, evaluierter Schulungen in den somatischen Kliniken nach 5 Jahren nicht wesentlich verändert. Auch der geforderte Einsatz interaktiver didaktischer Methoden hat sich nicht erhöht. Es bleibt zu diskutieren, wie die Kliniken besser unterstützt werden können.

Literatur

Friedl-Huber, A., Küffner, R., Ströbl, V., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2007): Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation - eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (75). 15-20.

Reusch, A., Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Vogel, H., Faller, H. (2007): Entwicklungsbedarf von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 72. 36-38.

Reusch, A., Schug, M., Küffner, R. (in Vorb.): Patientenschulung in Deutschland - Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme 2010.

Kosten der Umsetzung des Patientenschulungsprogramms "Back to Balance" in die stationäre medizinische Rehabilitation

Brandes, I. (1), Morfeld, M. (2), Krauth, C. (1), Möller, J.U. (3), Höder, J. (4), Koch, U. (5)

(1) Medizinische Hochschule Hannover, (2) Hochschule Magdeburg-Stendal, (3) Rehaklinik Damp, (4) Klinikum Bad Bramstedt, (5) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Patientenschulungsprogramme sind effektive und effiziente Interventionen (Faller et al., 2008; Krauth et al., 2003), die in der Rehabilitation zusätzlich zu den üblichen Therapien eingesetzt werden. Die Begrenztheit finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem bedingt jedoch wirtschaftliche Entscheidungen über die Ressourcenallokation und die Distribution für neu entwickelte wie auch für bereits bestehende und evaluierte Patientenschulungen. Grundlage für die vorliegende ökonomische Analyse war die Umsetzung des Programms "Back to Balance" in die Breite der rehabilitativen Praxis (Morfeld, 2006), eines Transferprojekts (Transferbereich A1, gefördert durch die DRV Bund). Die Untersuchung ergänzt die Erkenntnisse vorausgegangener Studien (Mühlig et al., 2002) sowie der im Rahmen der ersten Förderphase durchgeführten "Implementations-Studie" (Brandes et al., 2008).

Untersuchungsziel

Ziel des ökonomischen Teils der Back to Balance Studie war die Ermittlung des Zeitaufwandes und der Kosten für die Entwicklung des Schulungsprogramms sowie die Durchführung der Trainer-Seminare. Die gesundheitsökonomische Analyse umfasste (a) die Programmentwicklung auf Basis einer retrospektiven Befragung der Trainer-Teams hinsichtlich der Kostenparameter für die Entwicklung des Schulungsprogramms und die Entwicklung und Durchführung der Train-the-Trainer-Seminare sowie (b) die Implementierung des Schulungsprogramms durch die Daten des retrospektiven Fragebogens, die durch Ergebnisse der Implementationsstudie ergänzt wurden.

Methode

Für die Datenerhebung wurde ein Fragebogen entwickelt, der allen teilnehmenden Einrichtungen postalisch zuging. Einbezogen waren alle 36 teilnehmenden Kliniken, von denen 22 ausgefüllte und verwertbare Fragebögen zurückgesandt haben.

Ergebnisse

Insgesamt wurde ein Zeitaufwand von gut einer Stunde und Kosten von rund 43 € pro Patient für die Entwicklung des Schulungsprogramms, die Entwicklung und Durchführung der Trainer-Seminare, die Implementation und die Durchführung in der Versorgungsroutine errechnet. Wesentliche Einflussgrößen auf die Höhe der Ergebnisse waren die Fallzahlen der eingeschlossenen Patienten sowie die Anzahl einbezogener Kliniken. Die absolute Höhe der Ergebnisse war durch viele Unsicherheiten belastet. Die Ergebnisse zeigten jedoch sehr eindrücklich, dass die Kosten der Entwicklung und Einführung des Schulungsprogramms und der Trainer-Seminare mit einem Anteil von knapp 73 % der Gesamtkosten einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Effizienz einer Schulungsmaßnahme hatten. Bei Variation der

Ausgangsdaten (höhere Anzahl Kliniken und/oder höhere Fallzahlen) könnten die Gesamtkosten pro Patient auf gut 27 € bis sogar unter 6 € reduziert werden.

Diskussion

Die Datenlage war aufgrund der geringen Anzahl teilnehmender Kliniken, des unvollständigen Rücklaufs und des möglichen Erinnerungs-Bias bei den befragten Trainern unbefriedigend. Dementsprechend muss auf die begrenzte Aussagefähigkeit der Ergebnisse hingewiesen werden. Dennoch lassen sich folgende wichtige und eindeutige Aussagen ableiten:

- Die Höhe der Ressourcenbindung und der Kosten ist abhängig von der Anzahl der geschulten Patienten und von der Anzahl der einbezogenen Kliniken: Je mehr Kliniken und je mehr Patienten rekrutiert werden können, desto kosten-effektiver ist die Einführung eines Schulungsprogramms.
- Die Kosten und der Zeitaufwand werden stark beeinflusst durch die Einführungsphase: Je Ressourcen schonender die Einführung gelingt, desto geringer ist der gesamte Zeitaufwand und sind die Gesamtkosten.

Schlussfolgerung

Die zeitlichen und finanziellen Belastungen durch die Einführung eines neuen Schulungsprogramms sind nicht unerheblich. Die Bedeutung einer möglichst breiten Umsetzung ist aus ökonomischer Perspektive zu betonen. Bei der Entwicklung von Patientenschulungen für kleinere Zielpopulationen sind kostengünstigere Verfahren zu prüfen.

Literatur

Brandes, I., Bönisch, A., de Vries, U., Ehlebracht-König, I., Petermann, F., Krauth, C. (2008): Modellhafte Einführung von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin, 18. 344-348.

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2008): Patientenschulung als Element der Patientenorientierung. Die Rehabilitation, 47. 77-83.

Krauth, C., Rieger, J., Schwartz, F.W. (2003): Gesundheitsökonomische Evaluation von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 13. 100-107.

Morfeld, M., Hofreuter, K., Möller, J., Fox, M., Koch, U. (2006): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention bei Patienten nach erster Bandscheiben Operation und die Rückkehr zur Arbeit. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 27/3. 338-362.

Mühlig, S., Rinne, H., Mehren, F., Petermann, F., Butt, U., Worth, H. (2002): Zur Praxis der stationären Asthmaschulung in der Bundesrepublik Deutschland - eine bundesweite Bestandsaufnahme. Pneumologie, 56. 167-175.

Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen

Feicke, J. (1), Ehmann, K. (1), Spörhase, U. (2)

(1) Institut für Alltagskulturen, Bewegung und Gesundheit, Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Institut für Naturwissenschaften und Technik, Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund

Die Patientenschulung ist aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (Faller et al., 2005). Die Praxis zeigt jedoch, dass erheblicher Informations- und Schulungsbedarf hinsichtlich Didaktik und Methodik besteht (Friedl-Huber et al., 2007). Mühlig (2007) bemängelt die oft unsystematische Anwendung didaktisch-methodischer Prinzipien und den erratischen Einsatz von Medien. Dies zeigt, dass bisher die Erkenntnisse der Bildungsforschung und der Lernpsychologie wenig berücksichtigt werden.

Die folgende Arbeit liefert Erkenntnisse zur Verbesserung der Qualität und Effektivität von Patientenschulungen.

Methoden

Der Forschungsstand zur Unterrichtsqualität wurde in Datenbanken wie "FIS Bildung", "ERIC" und "PSYNDEX" systematisch recherchiert. Die drei identifizierten empirisch validierten Qualitätsmerkmale wurden auf den Bereich der Patientenschulung übertragen und unter Einbeziehung des Theorie- und Erfahrungswissen der Didaktik operationalisiert. Dabei wurden Bereiche, in denen die Qualitätsmerkmale verankert werden können, identifiziert.

Ergebnisse und Diskussion

Die Erkenntnisse zur Unterrichtsqualität beruhen auf Einzelmerkmalen von gutem Unterricht basierend auf Metaanalysen, Übersichtsartikel, empirischen Originalarbeiten und dem Theorie- und Erfahrungswissen. Drei theoretisch fundierte und empirisch belegte übergeordnete Merkmalsdimensionen für guten Unterricht wurden identifiziert: klare Strukturierung, unterstützendes Unterrichtsklima und kognitive Aktivierung durch fachspezifische Lernaktivitäten (Klieme et al., 2006; Seidel, Shavelson, 2007). Die Befunde der Unterrichtsforschung erscheinen prinzipiell auf Vermittlungsprozesse im Rahmen der Patientenschulung übertragbar zu sein.

Das Qualitätsmerkmal "klare Strukturierung" bezieht sich auf die inhaltliche und strukturelle Klarheit und umfasst die Verhaltensebene, kognitionspsychologische Aspekte des Lernens und die didaktische Strukturierung. Das Qualitätsmerkmal "unterstützendes Sozialklima" ist abhängig von allgemeinen Rahmenbedingungen, der Art der Schulungsführung und von der Gestaltung der Lehr-Lernprozesse hinsichtlich der Teilnehmerorientierung. Das Qualitätsmerkmal "kognitive Aktivierung" umfasst alle Aspekte des Dozentenhandelns, die ein eigenaktives und anspruchsvolles Lernen initiieren und vertiefte Denkprozesse ermöglichen. Drei Dimensionen der kognitiven Aktivierung werden unterschieden: die Auseinandersetzung mit anspruchsvollen Aufgaben, Vermittlungsgespräche mit substanzieller Lernerbeteiligung und eine fachlich inhaltliche Kohärenz und Transparenz. Die Umsetzung der Qualitätsmerkmale ist hier exemplarisch für die kognitive Aktivierung (Abb. 1) dargestellt.

Auseinandersetzung mit anspruchsvollen Aufgaben	**Schulungsgespräche mit substanzieller Teilnehmerbeteiligung**	**Fachlich inhaltliche Kohärenz und Transparenz**
z. B. durch den Einsatz von Aufgaben, welche: • die Bedürfnisse der Teilnehmer ansprechen und ihre Interaktion fördern, • eine exemplarische Erschließung des Inhalts ermöglichen, • authentische Situationen repräsentieren, • Übertragungsleistungen für Lösungen erfordern, • Verständnisschwierigkeiten sichtbar machen, • … .	z. B. durch: • anregende Fragen nach Beziehungen und Lösungsmethoden, • Einfordern von Argumenten oder Erklärungen, • kognitiv aktivierenden Umgang mit Verständnisschwierigkeiten, • Verknüpfung der Inhalte mit dem Vorwissen, • … .	z. B. durch: • Kohärenz, Transparenz der begrifflichen Struktur und des Lernweges, • explizite Bearbeitung der Inhalte, • transparente Ziele, • Zusammenfassungen, Aus- und Rückblicke, • … .

Abb. 1: Dimensionen der kognitiven Aktivierung

Ausblick

Die Befunde der empirischen Bildungsforschung können substantiell die bestehenden Qualitätskriterien vom Zentrum für Patientenschulung ergänzen. Hierzu stellt die Identifizierung und Operationalisierung sowie die mögliche Verankerung der drei Basisdimensionen im Bereich der Patientenschulung einen ersten Schritt dar. Die Ergebnisse können für die Konzeption von Schulungen genutzt werden.

Literatur

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44. 277-286.

Friedl-Huber, A., Küffner, R., Ströbl, V., Reusch, A. (2007): Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation - eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 75. 15–20.

Klieme, E., Lipowsky, F., Rakoczy, K., Ratzka, N. (2006): Qualitätsdimensionen und Wirksamkeit von Mathematikunterricht. In: Prenzel, M., Allolio-Näcke, L. (Hrsg.): Untersuchungen zur Bildungsqualität von Schule. Münster: Waxmann. 127-146.

Mühlig, S. (2007): Allgemeine Trainerqualifikationen zur Patientenschulung: Defizite und Qualitätskriterien. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76. 74-79.

Seidel, T., Shavelson, R.J. (2007): Teaching Effectiveness Research in the Past Decade: The Role of Theory and Research Design in Disentangling Meta-Analysis Results. Review of Educational Research, 77. 454-499.

Analyse von Förderfaktoren und Barrieren der Implementation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsprogramms in die stationäre medizinische Rehabilitation

Morfeld, M. (1), Brandes, I. (2), Krauth, C. (2), Möller, J.U. (3), Höder, J. (4), Koch, U. (5)

(1) Hochschule Magdeburg-Stendal, (2) Medizinische Hochschule Hannover, (3) Rehaklinik Damp, (4) Klinikum Bad Bramstedt, (5) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Patientenschulungsprogramme können die Effektivität von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation verbessern. Für orthopädische Patienten haben sich Interventionen bewährt, die zusätzlich zu standardmäßig angebotenen bewegungsorientierten Interventionen psychosoziale Aspekte einbeziehen (Guzman et al., 2004). Neben der Optimierung vorhandener und der Entwicklung weiterer Schulungsprogramme ist auch die flächendeckende Umsetzung bereits bestehender und evaluierter Programme bislang nicht in befriedigendem Ausmaß erfolgt (Faller et al., 2008). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach möglichen Hindernissen, die eine Umsetzung erschweren oder sogar verhindern sowie nach Rahmenbedingungen, die eine Einführung begünstigen. Vorgestellt wird die Umsetzung des Programms "Back to Balance" (B2B), eines Projektes aus dem Transferbereich A1 (gefördert durch die DRV Bund), das an eine kontrollierte Studie zur Evaluation des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsprogramms für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen anschließt (Morfeld et al., 2006). Nach Abschluss der Evaluation von B2B, bestand für Psychologen (Trainees) aus Rehabilitationskliniken die Möglichkeit, an einem zweitägigen Train-The-Trainer Seminar teilzunehmen (Morfeld et al., 2007). An die Teilnahme war die Bedingung geknüpft, das Programm anschließend in die eigene Klinikroutine zu übernehmen und mindestens 20 orthopädische Patienten mit chronischem Rückenschmerz, die an B2B teilgenommen haben, in die Studie einzubringen. Insgesamt haben 50 Trainees aus 36 Rehakliniken an den Seminaren teilgenommen.

Aufgezeigt werden mögliche Barrieren, aber auch fördernde Faktoren, die im Zusammenhang mit der Implementierung in Rehabilitationskliniken auftreten.

Fragestellungen

Es wurden alle teilnehmenden Trainees ein Jahr später angefragt, über ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit der Einführung von B2B zu berichten. Folgende Fragestellungen wurden bearbeitet:

- Welche Hemmnisse sind bei der Umsetzung des Schulungsprogramms aufgetreten, die die Implementierung behinderten oder die langfristige Fortführung nach Studienende verhindert haben?
- Welche fördernden Rahmenbedingungen haben eine dauerhafte Implementierung ermöglicht und unterstützt?
- Welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bei der Umsetzung und dauerhaften Implementierung von Patientenschulungsprogrammen?

Methode

Die untersuchten Einrichtungen wurden postalisch mit einem Fragebogen hinsichtlich ihrer Erfahrungen befragt. Dieser wurde aus einem Interviewleitfaden entwickelt, der bereits in einer vorausgegangenen Studie zur Implementation von Schulungsprogrammen eingesetzt wurde (Brandes et al., 2008).

Insgesamt sind von den 36 angeschriebenen Einrichtungen 23 ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt worden. Davon konnten 22 Fragebogen ausgewertet werden.

Ergebnisse

Neben der Begrenztheit finanzieller Ressourcen scheinen auch interne Probleme in der Organisation und der Zusammenarbeit sowie in der Motivation der Kliniken (bzw. der Klinikleitung und der Mitarbeiter) gravierende Hemmnisse bei der Implementierung von Patientenschulungen zu sein.

Als Fazit der Klinikbefragung kann festgehalten werden, dass die Vorteile eines Schulungsprogramms bei den durchführenden Trainees wahrgenommen werden und auch als motivierende Faktoren für den eigenen Arbeitsalltag erlebt werden. Insofern ist die Motivation der Trainees in der Regel hoch, allerdings führen die Bemühungen aufgrund verschiedenster klinikinterner Probleme auf der strukturellen wie auch der organisatorischen Ebene nicht immer zu dem gewünschten Erfolg. Die Überwindung der auftretenden Hemmnisse kostet viel Zeit und Energie und reduziert die Motivation für zukünftige Aktivitäten. Die Verbesserung struktureller Gegebenheiten und organisatorischer Rahmenbedingungen ist jedoch nicht bzw. nur in beschränktem Umfang Angelegenheit der Mitarbeiter, sondern obliegt der Geschäftsleitung.

Schlussfolgerung

Insgesamt lassen die geringe Studienteilnahme und der geringe Fragebogenrücklauf darauf schließen, dass das Interesse der Reha-Kliniken an der Umsetzung eines (neuen/zusätzlichen) Schulungsprogramms eher gering ist. Die vielen in der Befragung genannten Probleme und Hemmnisse wären jedoch grundsätzlich lösbar. Das eigentliche Problem scheint die Integration des Schulungskonzeptes als psycho-edukatives Angebot in die Klinik-Philosophie zu sein.

Literatur

Brandes, I., Bönisch, A., de Vries, U., Ehlebracht-König, I., Petermann, F., Krauth, C. (2008): Modellhafte Einführung von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror, 18. 344-348.

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2008): Patientenschulung als Element der Patientenorientierung. Die Rehabilitation, 47. 77-83.

Guzman, J.E., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., Bombardier, C. (2004): Multidisciplinary Bio-Psycho-Social Rehabilitation for Chrinic Low Back Pain (Cochrane Review). The Cochrane Library (Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.) (1).

Morfeld, M., Hofreuter, K., Möller, J.U., Fox, M., Höder, J., Hintze, R., Arlt, A.C., Wessinghage, Th., Koch, U. (2006): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention bei Patienten nach erster Bandscheiben-Operation und die Rückkehr zur Arbeit. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 27 (3). 338-362.

Morfeld, M., Möller, J.-U. Hintze, R., Fox, M., Höder, J., Arlt, A.C., Wessinghage, T., Koch, U. (2007): Train-The-Trainer Seminare für das verhaltenstherapeutische Interventionsprogramm Back-to-Balance für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der orthopädischen Rehabilitation: Konzeption und Ziele. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (76). 85-90.

Fortbildungsbedarf zum Thema Patientenschulung - Bundesweite Erhebung 2010 in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Reusch, A., Küffner, R., Schug, M., Vogel, H., Faller, H.
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Das Zentrum Patientenschulung hat 2005 eine bundesweite Bestandsaufnahme zu Patientenschulungen durchgeführt. Bei 771 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation wurden die Praxis sowie der Bedarf an Weiterentwicklung in diesem Bereich erfasst (Friedl-Huber et al., 2007). Entwicklungsbedarf zeigte sich hinsichtlich der Manualisierung von Schulungen, der Evaluation und der Qualifizierung der Schulungsdozenten (Reusch et al., 2007). Deshalb wurden durch das Zentrum Patientenschulung Empfehlungen ausgearbeitet und Angebote initiiert. Die Homepage des Zentrums Patientenschulung (www.zentrum-patientenschulung.de) wurde erweitert, u. a. die Datenbank mit über 120 Einträgen zu manualisierten Patientenschulungen, die Train-the-Trainer-Börse, Artikel zur Manualerstellung und Evaluation. Verschiedene Workshops wurden regelmäßig angeboten (z. B. der Workshop "Manualerstellung" von 2007 bis 2011 bereits acht Mal). Nach Ablauf von fünf Jahren sollte überprüft werden, ob diese Angebote flächendeckend wahrgenommen wurden, ob sich in den vergangenen fünf Jahren der Fortbildungsbedarf zum Thema Patientenschulung verändert hat und ob weitere Angebote geschaffen werden sollten.

Methode

Über die Deutsche Rentenversicherung Bund wurde im Juni 2010 an alle rentenversicherungsbelegten Reha-Einrichtungen (n = 1.470) ein Fragebogen versendet, der anonym an die Universität Würzburg zurück geschickt werden sollte. Erfasst wurden u. a. der Unterstützungsbedarf für Schulungskonzepte, Dozentenqualifizierung, Qualitätssicherung, Forschungsaspekte sowie die Nutzung des Zentrums Patientenschulung.

Ergebnisse

900 Einrichtungen (61 %) schickten den Fragebogen zurück [häufigste Hauptindikationen: Abhängigkeitserkrankungen (30 %), Orthopädie/Rheumatologie (29 %) Kardiologie, Psychosomatik (je 8 %), Onkologie, Neurologie (je 6 %)]. Die Einrichtungen geben an, dass ihre Schulungen multiprofessionell angeboten werden (82 % Ärzte, 89 % Psychologen, 71 % Diätassistenten, Ergo-, Physiotherapeuten und 46 % weitere Berufsgruppen). In 34 % der Einrichtungen ist die Teilnahme an einem Train-the-Trainer-Seminar Voraussetzung für Schulungsdozenten, 57 % sehen dies nicht als zwingend erforderlich an. Dennoch geben sehr viele Einrichtungen an, dass Fortbildungsangebote (intern und/oder extern) vorhanden seien. Lediglich etwa 20 % der Einrichtungen schreiben, es existieren keine Angebote. Abhängig vom Fortbildungsthema geben zwischen 15 und 60 % der Einrichtungen einen mittleren bis hohen Bedarf an Weiterqualifizierung und Unterstützung für Schulungsdozenten an. Der

Bedarf an Workshops ist über alle Themen hinweg größer (20 - 60 %) als der an individuellen Beratungen und intensiver Vorort-Unterstützung. Thematisch besteht Bedarf an Unterstützung bei der Konzeptüberarbeitung und Manualisierung von Schulungen sowie hinsichtlich der Dozentenqualifizierung und der Durchführungsqualität, den jeweils über 50 % der Einrichtungen angeben. Seltener wird Bedarf zu Qualitätsmanagement und Forschungsthemen geäußert. 49 % aller Einrichtungen kennen die Servicestelle Zentrum Patientenschulung. Deren Angebote werden allerdings nur von maximal einem Viertel genutzt, am häufigsten Homepage (24 %), Vorträge (19 %), Schulungsdatenbank (15 %) und Tagungen (15 %). Zusätzliche Angebote werden relativ wenig gewünscht, am ehesten in den Bereichen Newsletter, Workshops, Schulungsdatenbank und TTT-Börse.

Fazit

Im Vergleich zur Erhebung im Sommer 2005 geben über alle Themen hinweg etwas weniger Einrichtungen Unterstützungsbedarf an. Das Zentrum Patientenschulung wird mit seinen Angeboten gut wahrgenommen und von einem Teil der Einrichtungen genutzt. Nach wie vor scheint für vielen Einrichtungen die Dozentenqualifizierung nicht notwendig zu sein und ein Fünftel der befragten Einrichtungen haben keinen Zugang zu Fortbildung, letzteres spiegelt auch den relativ hohen Bedarf an Workshopangeboten wider. Trotz dieses Bedarfs und der Bekanntheit des Zentrums Patientenschulung werden die Angebote noch nicht ausreichend wahrgenommen. Hierin wird Entwicklungspotential gesehen.

Literatur

Friedl-Huber, A., Küffner, R., Ströbl, V., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2007): Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation - eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (75). 15-20.

Reusch, A., Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Vogel, H., Faller, H. (2007): Entwicklungsbedarf von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 72. 36-38.

Neue Entwicklungen bei E-Learning-, Prüfungs- und Evaluationsmodalitäten in der rehabilitationsbezogenen Lehre - Ergebnisse der DGRW Fakultätenbefragung 2010

Gutt, S. (1), Uhlmann, A. (2,8), Faller, H. (3,8), Kawski, S. (4,8), Lay, W. (5,8), Morfeld, M. (6,8), Schwarzkopf, S.R. (7,8), Mau, W. (1,8)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizin, Universität Halle-Wittenberg, (2) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (3) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, (4) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg, (5) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (6) Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal, (7) Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, (8) Kommission Aus-, Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften

Hintergrund

Die Kommission Aus-, Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) hat die Entwicklung der rehabilitationsbezogenen Lehre in den letzten Jahren mit der Publikation von Lernzielen (Mau et al., 2004), der Zusammenstellung von Lehr-/Prüfungsmethoden und -materialien (Schwarzkopf et al., 2007), Fakultätenbefragungen und einem Positionspapier zu Erfordernissen der rehabilitationsbezogenen Lehre (Mau et al., 2010) im Querschnittsbereich 12 "Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren" (Q12) begleitet. In der humanmedizinischen Lehre vollzieht sich derzeit eine dynamische Entwicklung mit verstärktem Einsatz innovativer Lehrelemente. Dazu gehören u. a. E-Learning-Angebote, die wissenschaftliche Weiterentwicklung von MC-Prüfungsfragen sowie die systematische Evaluation der durchgeführten Lehrveranstaltungen. Deshalb wurde im Jahr 2010 dazu eine vertiefende Befragung der zuständigen Lehrbeauftragten des Q12 an den deutschen medizinischen Fakultäten durchgeführt, deren Ergebnisse Gegenstand dieses Beitrages sind.

Methodik

Allen medizinischen Fakultäten (n=36) ist postalisch ein pseudonymisierter Fragebogen übersandt worden. Bei fehlender Rückantwort wurde nach sechs Wochen ein Erinnerungsschreiben verschickt. Die Analyse der Daten erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Insgesamt haben 21 (58 %) der 36 kontaktierten Q12-Beauftragten an dieser Untersuchung teilgenommen, was im Durchschnitt den Rücklaufquoten der vergangenen Fakultätenbefragungen entspricht (vgl. Kusak et al., 2008). In Bezug auf die Koordination ergibt sich folgendes Bild: Bei einem Drittel der Fakultäten wird der Q12 von Lehrbeauftragten eines Institutes oder einer Klinik koordiniert, deren Bezeichnung einem der im Q12 genannten Bereiche entspricht. Die anderen Q12-Beauftragten sind in ihrer Zuständigkeit Fächern des vor- oder klinischen Abschnittes (z. B. Orthopädie: n = 11) oder dem Studiendekanat zugeordnet.

Bezüglich E-Learning bestehen in 14 Fakultäten entsprechende technische Möglichkeiten. Im Vergleich zu der Fakultätenbefragung aus 2006/07 (vgl. Kusak et al., 2008) hat sich die Zahl der Nutzer zwar vervierfacht, jedoch gibt ein Großteil der Lehrbeauftragten an, dass sie E-Learning-Elemente kaum einsetzen. An der Anwendung interaktiver Online-Lernplattformen (z. B. Moodle) beteiligen sich zwölf Lehrbeauftragte, hier vorrangig zum Informationsaustausch, zur wechselseitigen Kommunikation und/ oder als Lernmodul.

Die häufigste Form des Leistungsnachweises ist weiterhin die MC-Klausur (95 %), wobei die Prüfungsfragen aus eigener (77 %) und/ oder aus kollegialer (66 %) Zusammenstellung bezogen werden. 15 Fakultäten werten die Klausurfragen statistisch aus, um ungeeignete Prüfungsfragen und/ oder die Lerninhalte weiter anzupassen. Das Interesse an einer aktiven Beteiligung für eine gemeinsame Prüfungsentwicklung zeigen zehn Fakultäten.

86 % der Fakultäten führen eine regelmäßige Evaluation ihrer Veranstaltungen per Online- und/ oder Papierfragebogen durch. Hier ist im Vergleich zu den vorherigen Fakultätenbefragungen ein leichter Anstieg zu erkennen (86 % vs. 72 %). Für vier Fakultäten haben die Ergebnisse Konsequenzen für die Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM). Zu den wichtigsten Evaluationsergebnissen gehören für die Lehrbeauftragten Anregungen zur Verbesserung des Lehrstoffes, der Prüfungen und Rahmenbedingungen sowie zur erweiterten Integration von praktischen Inhalten. Über praktische Umsetzungen der Evaluationsergebnisse machen sieben Fakultäten konkrete Angaben: Im Vordergrund stehen Verbesserungen der Veranstaltungsinhalte, hier besonders der stärkere Praxiseinbezug sowie die Implementierung von E-Learning-Angeboten.

Fazit und Ausblick

Die aktuellen Entwicklungen in der rehabilitationsbezogenen Lehre sind als positiv zu bewerten. Nur ein Teil der Q12-Beauftragten bindet moderne E-Learning-Angebote ein und führt regelmäßige Evaluationen der Lehrveranstaltungen durch, aus denen sich inhaltliche und organisatorische Konsequenzen für die unmittelbare Lehrgestaltung ergeben. In einigen Fakultäten fehlt es leider derzeit noch an Einsatzmöglichkeiten von E-Learning-Angeboten. Die Evaluation der Lehre ist mit Blick auf die zunehmende Bedeutung der Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) unverzichtbar und gibt wichtige Impulse für nachhaltige Veränderungen. Weiterer Vernetzungsbedarf besteht bei der methodisch hochwertigen Entwicklung von Prüfungsfragen für die Inhalte des Q12. Auch die Bestimmung von qualifizierten Koordinatoren für diesen Lehrbereich an allen medizinischen Fakultäten wird als sinnvoll erachtet, um den anspruchsvollen Aufgaben in der Gestaltung und Durchführung der Lehre entsprechend dem gesamten Spektrum der von der DGRW formulierten Lernziele gerecht zu werden (vgl. Mau et al., 2010). Dies gilt auch für die aktuellen Veränderungen der Lehrkonzepte z. B. in Modellstudiengängen verschiedener Fakultäten.

Literatur

Kusak, G., Gülich, M., Lay, W., Morfeld, M., Schwarzkopf, S.R., Mau, W. (2008): Entwicklung der Lehre im Querschnittsbereich "Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren" an den medizinischen Fakultäten 2004-2006/07. Die Rehabilitation, 47/1. 2-7.

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. Ge-

meinsame Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Die Rehabilitation, 43/6. 337-347.

Mau, W., Kawski, S., Lay, W., Morfeld, M., Schwarzkopf, S.R., Uhlmann, A. (2010): Erfordernisse der Ausbildung zur Rehabilitation in der humanmedizinischen Lehre: Posititionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Die Rehabilitation, 49/2. 114-119.

Schwarzkopf, S.R., Morfeld, M., Gülich, M., Lay, W., Horn, K., Mau, W. (2007): Aktuelle Lehr-, Lern- und Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und ihre Anwendungsmöglichkeiten für die Rehabilitation. Die Rehabilitation, 46/2. 64-73.

Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen. Kurz: Berufsbezogene Rehabilitation und Nachsorge (BERUNA-Studie)

Huber, D. (1), Kittel, J. (2), Karoff, J. (2), Karoff, M. (1,2)

(1) Universität Witten/Herdecke, Rehabilitationsforschung Klinik Königsfeld, Ennepetal,
(2) Institut für Rehabilitationsforschung, Abteilung Königsfeld, Norderney

Hintergrund

Patienten mit beruflicher Problemlage können hinsichtlich der beruflichen Prognose häufig nur unzureichend von den bisher üblichen Versorgungsangeboten profitieren. Die Studie soll klären, ob eine Kombination aus intensivierter berufsbezogener Rehabilitation und individualisierten tätigkeitsbezogenen Nachsorgeangeboten die Teilhabe am Arbeitsleben zwölf Monate nach der Rehabilitation verbessern kann.

Methodik

Modellhaft wird die Studie in den kardiologischen Abteilungen der Klinik Königsfeld, Ennepetal und der Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz, Bad Malente, durchgeführt. Das berufsbezogene Konzept startet während des stationären Aufenthalts in Ergänzung zur konventionellen Rehabilitation und geht in eine anschließende Nachsorgephase über.

Die Evaluation des Programms und der Effekte erfolgt zu vier Erhebungszeitpunkten (t1= zu Beginn der Rehabilitation, t2= zum Ende der Rehabilitation, t3= 6 Monate nach der Rehabilitation, t4= 12 Monate nach der Rehabilitation). Zentrales Outcome-Kriterium ist die Erwerbstätigkeit zwölf Monate nach der Rehabilitation, das über eine Erhebung der Versichertenkonten erfolgt. Die Untersuchung dauert aktuell noch an. Vom 25.08.2008 bis 24.06.2010 wurden 300 Patienten der Studie zugewiesen (IG 150/ KG 150).

Zwischenergebnisse

Berufliche Problemlage

Von allen unter 58-jährigen Patienten in den Kliniken weisen 55,7 % ein Frühberentungsrisiko auf, 51,5 % empfinden sich durch ihren Beruf stark belastet und 45,5 % wünschen sich berufsbezogene Angebote während der Rehabilitation (gemessen mittels SIBAR, Bürger et al., 2007).

Erwerbstätigkeit

Der Anteil der Erwerbstätigen ist in beiden Gruppen mit 74,4 % in der IG und 73,7 % in der KG recht hoch. In der IG beziehen 5,1 %, in der KG 7,9 % eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen konnten nicht gefunden werden ($p<.621$).

Gesundheitsbezogene Variablen

Hinsichtlich der Lebensqualität profitieren sowohl die Erwerbstätigen, als auch die nicht Erwerbstätigen von dem berufsbezogenen Konzept. Die Ergebnisse sind in Abb. 1 graphisch veranschaulicht. Der mit Hilfe der visuellen Analogskala (VAS; EuroQol Group, 1987) erhobene Gesundheitszustand wird im zeitlichen Verlauf von den Patienten der IG besser bewertet, als von den Teilnehmern der KG. Während der gesundheitliche Zustand bei den erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Patienten der IG zwischen t1 bis t4 relativ stabil bleibt, fällt der Gesundheitszustand in der Kontrollgruppe zwischen t3 bis t4 signifikant ab (Zeit*Erwerbstätigkeit*Gruppe: F3,111=0,236; p<.05; Tukey`s HSD Posttests).

Analoge Ergebnisse zeigen sich bei der körperlichen und psychischen Gesundheit, gemessen mittels des `short form Health surveys` (SF 12; Bullinger et al., 1998). Die nicht erwerbstätigen Patienten der IG haben zu den Zeitpunkten t2 bis t4 ein signifikant größeres psychisches Gesundheitsbefinden, als die nicht erwerbstätigen Teilnehmer der KG (Zeit*Erwerbstätigkeit*Gruppe: $F_{3,135}$=0,323; p<.05; Tukey`s HSD Posttests). Auch hinsichtlich der körperlichen Gesundheit stufen sich die nicht Erwerbstätigen der IG zu t3 und zu t4 signifikant besser ein, als die nicht Erwerbstätigen der KG (Zeit*Erwerbstätigkeit*Gruppe: $F_{3,135}$ =0,927; p<.05; Tukey`s HSD Posttests).

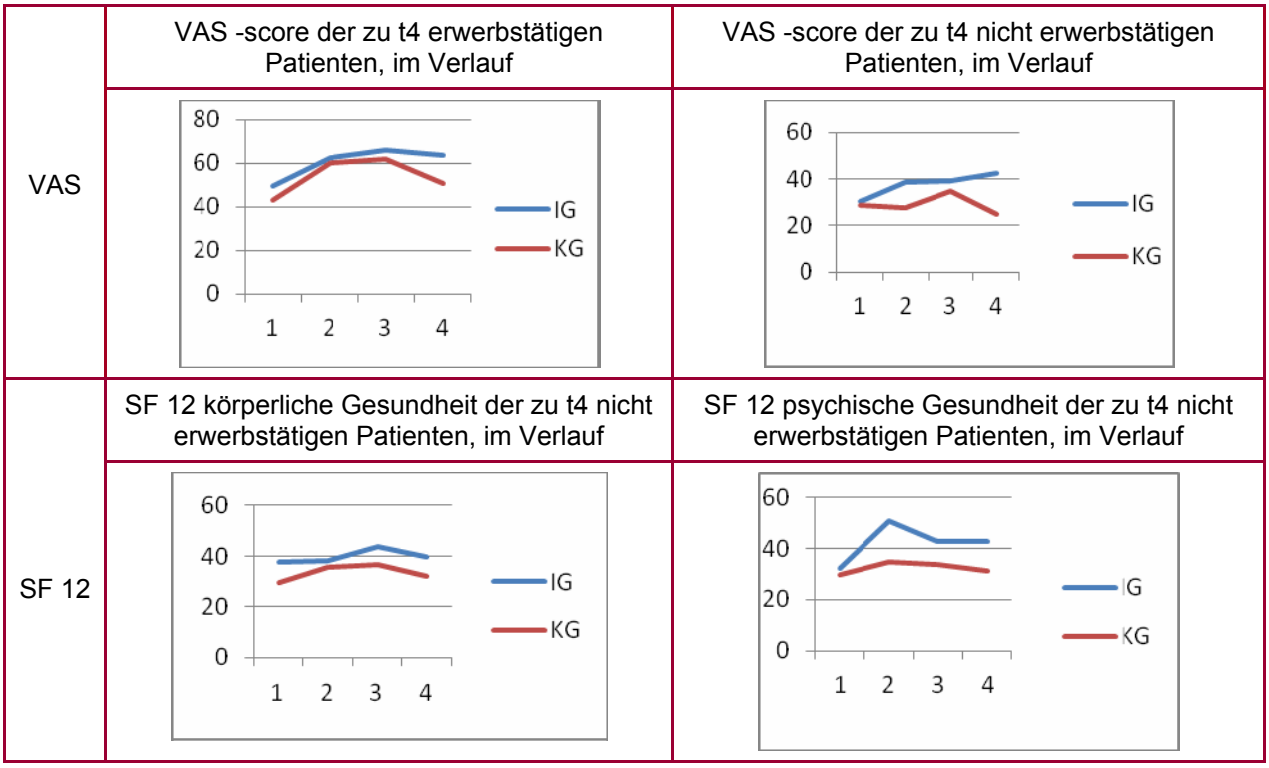


Abb. 1: Graphische Darstellung des gesundheitlichen Zustands der Patienten, im Verlauf

Bei den berufsbezogenen Variablen wurde der Work-Ability-Index (WAI; Tuomi et al., 1998), als Maß für die Arbeitsfähigkeit herangezogen, die von den Studienteilnehmern größtenteils als gering bis mittelmäßig eingestuft wird. Zu t1 weisen 53,2 % der Studienteilnehmer einen schlechten und 38,5 % einen mittelmäßigen WAI auf. Lediglich 7,8 % geben einen guten und nur 0,4 % einen sehr guten WAI an. Im zeitlichen Verlauf steigerte sich die Arbeitsfähigkeit bei den erwerbstätigen Patienten der IG deutlicher als bei den erwerbstätigen Teilnehmern der KG (Zeit*Erwerbstätigkeit*Gruppe: $F_{1,60}$=2,514; p<.05; Tukey`s HSD Posttests) (Abb. 2).

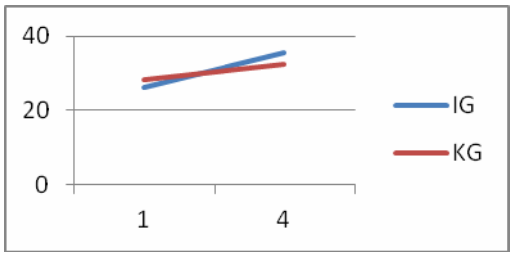
WAI	

Abb. 2: WAI der zu t4 erwerbstätigen Patienten, im Verlauf

Nachsorgeangebot

Die Teilnahmequote an den Nachsorgetreffen ist mit 53,1 % eher gering, wobei das Nachsorgeangebot bei den teilnehmenden Patienten große Zustimmung findet. Lediglich 3,1 % der teilnehmenden Patienten haben die Nachsorge abgebrochen.

Diskussion

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass sich ein Großteil der Patienten mit einer beruflichen Problemlage konfrontiert sieht. Die Datenlage zur Erwerbstätigkeit ein Jahr nach Ende der Rehabilitation ist derzeit gering, jedoch zeichnen sich schon ein höherer Anteil an Erwerbstätigen und eine geringere Anzahl an Frühberentungen in der IG ab.

Das Nachsorgeangebot wird durchgehend positiv bewertet, was auch die geringe Zahl an Nachsorgeabbrechern verdeutlicht. Weiterführend stellt sich die Frage, welche Maßnahmen schon während des rehabilitativen Aufenthaltes gesetzt werden können, um die Teilnahmemotivation der Patienten zu steigern.

Literatur

Bürger, W., Deck, R. (2007): SIBAR - Screening zur Erfassung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse zur Reliabilität und Validität. DRV-Schriften, Bd. 72. 236-237.

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.EuroQol Group (1987): EQ™, unter http://www.euroqol.org/home.html.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., Tulkki, A. (1998): Work ability Index (2nd ed.), Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

BOMeN - Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation - Zentrale Ergebnisse

Menzel-Begemann, A. (1), Hemmersbach, A. (2)

(1) Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld,

(2) Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gemGmbH in Kooperation mit der Westerwaldklinik Waldbreitbach

Hintergrund

Die berufliche Ausrichtung rehabilitativer Leistungen und eine engere Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation sind in aller Munde und neue Konzepte erfahren eine hohe Nachfrage. Der Bedarf wird nicht nur von Kosten- und Leistungsträgern benannt, sondern auch Betroffene selbst äußern verstärkt ein Bedürfnis nach einer frühzeitigeren und intensiveren Berücksichtigung der aus ihrer Arbeitstätigkeit resultierenden Anforderungen. Diesem Bedürfnis zu begegnen wird umso wichtiger, wenn man bedenkt, dass gerade leichter betroffene neurologische Patient(inn)en zwar motorische und sprachliche Defizite frühzeitig wahrnehmen, ihre kognitiven Einschränkungen hingegen in der Anfangszeit keine Beachtung finden (Schupp, Kulke, 2009). Die Patient(inn)en verlassen die Rehabilitation häufig mit der Erwartung, unmittelbar an die alte Leistungsfähigkeit anknüpfen zu können und erkennen erst im Alltag ihre Grenzen. Diese mangelnde Krankheitseinsicht erschwert die Reintegration, da sich die Betroffenen nicht rechtzeitig und ausreichend auf ihre Teilhabeprobleme vorbereiten können. Zudem führt der Wunsch, alltägliche Dinge wie gewohnt zu erledigen, nach einer Phase der (Über-)Kompensation schnell zu einer Überforderungssituation (Göttert et al., 2002), die die Erwerbstätigkeit behindern und die Entstehung oder Verschlimmerung anderer Erkrankungen begünstigen kann (Wendel, 2002).

Vor diesem Hintergrund kann das BOMeN-Konzept als sekundärpräventive, die berufliche Wiedereingliederung vorbereitende und verbessernde Behandlung verstanden werden. Zentraler Bestandteil ist neben der strukturierten Reha-Organisation und einer stärker beruflich orientierten Diagnostik die Kombination aus Funktionstraining und intensiver berufsbezogener Patientenschulung. Die Patient(inn)en werden durch Wissensvermittlung und praktische Elemente bei der realistischen Einschätzung ihrer Stärken und Schwächen und beim Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung arbeitsrelevanter Folgen unterstützt.

Methode/Fragestellung

Die Hauptfragestellung ist, ob bei leichter betroffenen Schlaganfall- und Schädel-Hirn-Trauma-Patient(inn)en durch die BOMeN-Behandlung nach 15 Monaten eine höhere Reintegrationsrate im Vergleich zur herkömmlichen Rehabilitation erreicht werden kann. Zu ihrer Überprüfung und zur Erfassung patientenbezogener Maße wie subjektive Gesundheit, Lebensqualität, Nutzen und Bewertung der Behandlung wurden im Rahmen einer multizentrischen, randomisierten Kontrollstudie Daten von 297 Patient(inn)en mittels Fragebogen zu fünf Zeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6, 12, 15 Monate nach Reha) erhoben.

Ergebnisse

Am Reha-Ende stimmen Patient(inn)en der BOMeN-Gruppe signifikant häufiger der Frage zu, ob durch die Reha deutlich wurde, mit welchen Schwierigkeiten später im Alltag zu rechnen sei (p=.000; Ö=-.287). Sechs Monate nach der Reha stimmen ebenfalls mehr der Frage zu, ob die Reha im Nachhinein betrachtet gut auf den beruflichen Wiedereinstieg vorbereitet habe (p=.006; Ö=-.195). Enthält die Frage keinen konkreten Berufsbezug ("Im Alltag ergaben sich Schwierigkeiten, auf die ich nicht vorbereitet war"), stimmen beide Gruppen zu diesem Zeitpunkt gleichermaßen zu (p=.220). Fünfzehn Monate nach der Reha zeigt sich auch hier ein signifikanter Unterschied, indem die Kontrollgruppe vermehrt unerwartete Schwierigkeiten äußert (p=.030; Ö=.186). Des Weiteren bejahen mehr Kontrollgruppen-Patienten, ob es für sie wichtig gewesen wäre, schon in der Reha mehr auf die Rückkehr in den Beruf hinzuarbeiten (p=.041; Ö=.144).

Die objektiven Daten zeigen 15 Monate nach der Reha eine höhere Arbeitsunfähigkeitsquote in der Kontrollgruppe (KG: 23,8 %; IG: 15 %), einen hingegen größeren Prozentsatz von Personen in der Interventionsgruppe, bei denen - soweit erfolgt - die berufliche Wiedereingliederung im ersten Versuch erfolgreich war (KG: 75 %; IG: 88,9 %) sowie auch eine höhere Reintegrationsrate insgesamt (KG: 56,4 %; IG: 68,5 %).

Diskussion

Die Ergebnisse veranschaulichen für alle Erhebungszeitpunkte und damit nachhaltig einen positiven Effekt der BOMeN-Behandlung. Dieser zeigt sich sowohl in der subjektiven Bewertung als auch im Alltagsnutzen und schließlich in der verbesserten Reintegrationsrate. Betroffene, die die herkömmliche Behandlung erfahren haben, äußern vermehrt das Bedürfnis an beruflicher Orientierung in der Reha und betonen damit noch einmal die Relevanz dieser (Neu-)Ausrichtung. Zwar erreicht auch die "usual care" bei leichter betroffenen neurologischen Patienten gute Wiedereingliederungszahlen, jedoch kann die Vorbereitung mit der BOMeN-Behandlung noch verbessert werden, wovon nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Kostenträger profitieren.

Literatur

Göttert, R., Schneider, U., Goldenberg, G. (2002): Überforderung in Alltagssituationen bei minimalen Funktionsdefiziten. In: Goldenberg, G., Pössl, J., Ziegler, W. (Hrsg.): Neuropsychologie im Alltag. Stuttgart: Thieme. 131-148.

Schupp, W., Kulke, H. (2009): Klinik berufsbezogener Gesundheitsstörungen - Neurologie. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation - Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 301-315.

Wendel, C. (2002): Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung. Universität Bremen: Dissertation.

Evaluation des psychologischen Gruppenprogramms BUSKO (Beruf und Stresskompetenz) in der orthopädischen Rehabilitation - Ergebnisse der Katamnese nach 12 Monaten

Küch, D. (1), Roßband, H. (2), Morfeld, M. (3), Fischer, D. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Klinik Werra, Reha-Zentrum Bad Sooden Allendorf, Deutsche Rentenversicherung Bund, (3) Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund

Berufsorientierte Maßnahmen gehören zum "Kerngeschäft" der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Probleme der Arbeitswelt korrespondieren mit Gesundheitsproblemen auch in den somatischen Indikationen, sie sind häufig und beeinflussen die Erwerbsfähigkeit (Radoschewski, 2009). Im Rahmen der Verhaltensmedizinischen Orthopädie (VMO) der Klinik Werra wurde eine berufliche Orientierung (MBOR) mit dem verhaltensorientierten Stresskompetenztraining BUSKO (Beruf und Stresskompetenz) realisiert und evaluiert. Die Interventionsgruppe (BUSKO-Kompetenz) erhielt ein 14-stündiges Gruppenprogramm mit Schwerpunkt auf instrumenteller und mentaler Kompetenz (Kaluza, 2007), eine Kontrollgruppe (BUSKO-Balance) erhielt ein 13-stündiges Programm mit dem Schwerpunkt regenerative Kompetenz (Küch et al., 2008). Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte auf Basis partizipativer Entscheidungsfindung, die Programmdurchführung durch spezifisch fortgebildete Diplomandinnen der Rehabilitationspsychologie.

Methode

In einer Längsschnittuntersuchung (vor und nach dem Gruppenprogramm, 12-Monats-Katamnese) wurden Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Belastungen bezüglich der Auswirkungen des verhaltensorientierten Stresskompetenztrainings untersucht (Würzburger Screening, BSI, SF12, AVEM, Gratifikationskrisen, Kontrollbestrebungen, Akzeptanz des Gruppenprogramms, resultierende Kognitionen und Kompetenzen).

Ergebnisse

Von 223 Teilnehmern (71 % Frauen; Durchschnittsalter 50,8 Jahre; 95,3 % Angestellte; 44,7 % Kompetenz-Gruppe, 55,3 % Balance-Gruppe) antworteten nach 1 Jahr 83,4 %. BUSKO-Kompetenz-Teilnehmer zeigten vor der Reha signifikant höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten ($p=0,18$) und waren stärker interessiert an berufsbezogener Schulung. Beide Trainings wurden als hilfreich beurteilt (t2; Modulmittelwerte 1,95 BUSKO-K; 2,09 BUSKO-B). BUSKO-Kompetenz-Teilnehmer zeigten zunächst signifikant gebesserte gesundheitsbezogene Kognitionen sowie erhöhten Schonungstyp ($p=0.05$) bei reduziertem Typ-A-Verhalten (AVEM); dieser Gruppeneffekt war zu t3 verschwunden. Gratifikationskrisen und erhöhte Kontrollbestrebungen waren in beiden Gruppen zu etwa 25 % vertreten; erstere verringerten sich im Zeitverlauf signifikant in beiden Gruppen ($p=0,003$) mit mittlerem Effekt (partielles Eta-Quadrat=0,05). Die psychische Befindlichkeit hatte sich zu t2 signifikant verbessert, mit besonders guten Effekten für Frauen der Balance-Gruppe ($d=0,91$), nach 12 Monaten waren diesbezügliche Zeit- und Gruppeneffekte nicht mehr signifikant.

Diskussion und Ausblick

Diese "low-budget"-Studie mit fortgebildeten Diplomandinnen als Gruppenleiterinnen zielte auf eine erste Evaluation des berufsorientierten Stresskompetenztrainings BUSKO. Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Belastungen waren häufig stark psychisch belastet. Kurzfristig konnten Teilnehmer beider Stresskompetenztrainings profitieren bezüglich psychischer Lebensqualität und Befindlichkeit, Gratifikationskrisen und gesundheits- und arbeitsbezogener Kognitionen, mit leichten Vorteilen für die BUSKO-Kompetenzgruppe. Allerdings waren nach 12 Monaten die meisten Effekte nicht mehr signifikant (Ausnahme Gratifkationskrisen). Die BUSKO-Balance-Gruppe war gut akzeptiert und zeigte ebenfalls gute Ergebnisse. Zu berücksichtigen sind die mangelnde Erfahrung der Trainerinnen und das bisherige Fehlen eines Nachsorgeprogramms. In Folgestudien wären Nachsorgeelemente obligat, Trainer-Berufserfahrung wäre zu variieren und die Gruppenzuordnung zu randomisieren. Die hohe Akzeptanz des Balanceprogramms und der partizipativen Entscheidungsfindung mündeten in psychologiebezogenen Konzeptmodifikationen der Klinik Werra.

Literatur

Kaluza, G. (2007): Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch. Stress erkennen, verstehen, bewältigen (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

Küch, D., Roßband H., Kimmer K., Morfeld M. (2008): Prozessevaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO - erste ausgewählte Ergebnisse. In: BDP, Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.): Belastung, Stress, Burnout: Therapie und Prävention: Beiträge zur 27. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

Radoschewski, F.M. (2009): Epidemiologie gesundheitsbedingt eingeschränkter Erwerbsfähigkeit. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Abschließende Betrachtung zur Implementierung eines optimierten Reha-Konzeptes bei Beschäftigten eines Automobilbetriebes

Derlien, S. (1), Müller, W.-D. (2), Meier, V. (2), Bak, P. (3), Loudovici, D. (1), Smolenski, U.C. (1)

(1) Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena, (2) m&i Fachklinik Bad Liebenstein, (3) Abteilung für berufsgenossenschaftliche Heilverfahrenssteuerung und Rehabilitation, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt

Hintergrund

Die Verzahnung der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Reintegration ist ein Schlüsselproblem moderner Rehabilitationskonzepte.

Die Forschungsgruppe um Müller hat sich dem Problem seit 2001 gewidmet und 2005, 2006 und 2009 auf verschiedenen Ebenen veröffentlicht. Auch Hofreuter-Gätgens et al. (2009) und Bürger et al. (2001) machen die Rückkehr zur Arbeit von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach stationärer Rehabilitation zum zentralen Thema.

Zweck dieser Untersuchung war es, das schon beschriebene (Müller et al., 2009) optimierte Rehabilitationsverfahren auf seine Nachhaltigkeit zu prüfen. Besonderes Augenmerk liegt hier auf den nachweisbaren Effekten 6 Monate nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme.

Methodik

Im Rahmen des 2009 beschriebenen Projekts wurden bis 06/2010 131 Mitarbeiter eines Automobilherstellers in Deutschlands mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit wegen rezidivierenden Rückenschmerzen eingeschlossen. Zentraler Bestandteil der 3-wöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung unter Trägerschaft der BKK vor Ort und dem zuständigen Rentenversicherungsträger ist die Optimierung des Rehabilitationsprozesses mit gestrafftem Antragsverfahren und Orientierung der Therapieinhalte am Arbeitsplatzanforderungsprofil (ermittelt durch IMBA-Verfahren). Die Effekte der Maßnahmen werden mit Assessmentinstrumenten (SF-36, EQ-5D und FfbH-R) geprüft.

Ergebnisse

Von den insgesamt eingeschlossenen 95 Patienten der dritten Optimierungsstufe (bis 06/2010) konnten 100 % zu T2 (Reha-Ende) und 82 % (87 Patienten) zu T3 ausgewertet werden.

Die Straffung des Genehmigungsverfahrens konnte eine Senkung der Zeit zwischen Antrag, Genehmigung und Rehabilitationsbeginn auf unter 50 % zum Standardreha-Verfahren bewirken.

Ausgehend von den Ergebnissen des Eingangsassessments, bestehend aus SF-36, EQ-5D und FFbH-R, und den daraus resultierenden komplexen Anforderungen an den Reha-Prozess, zeigen sich im Verlauf zu T2 und vor allem zu T3 mittlere bis große Effektstärken. Sie konnten in den körperlichen Subskalen, hier vor allem Schmerz (SES: 1,3), physikalisches Rollenverständnis (SES: 1,1) und Vitalität (SES: 1,18) des SF-36 erreicht werden. Im

mentalen Bereich, ausgehend von einer Einschränkung weniger als 1 SD der Normbevölkerung, konnten immerhin noch moderate Effekte (SES: 0,4) erzielt werden.

Auch im Bereich des spezifischen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität konnten mittlere bis große Effekte erzielt werden. Im FfbH-R konnten Effekte von SES 0,52, im EQ-5D von SES 0,9 / 0,8 nachgewiesen werden. Hier ist vor allem auf die Nachhaltigkeit der Effekte hinzuweisen, die sich in positiven Zahlen 6 Monate nach Rehabilitationsende darstellen.

Diskussion

Die aus diesem Projekt generierten Effekte in der stationären Behandlung von Rückenschmerzpatienten mit implementierten berufsbezogenen Therapiemodulen konnten vor allem in der Nachhaltigkeit stabilisiert werden. Es kann gezeigt werden, dass sich die Optimierung im Gegensatz zur Standardrehabilitation in der gesteigerten Lebensqualität und vor allem in gesenkten Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund der vorliegenden Grunderkrankung bemerkbar macht. Dies ist in Anbetracht von 40 % Anteil an den AU-Fällen der Muskulo-Skeletalen-Erkrankungen (BKK vor Ort) ein entscheidendes wirtschaftliches Moment. Die gemessenen Effekte sind vergleichbar mit denen aus der Bergbaubranche, die im gleichen Verfahrensprozedere und Therapieregime behandelt wurden.

Schlussfolgerung

Die Effektstärken, die über den von Igl et al. (2006) berichteten in einer Multizenterstudie der Gesetzlichen Rentenversicherung liegen, zeigen, dass der Nutzen den höheren Aufwand in der Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität rechtfertigt. Bei einem wirtschaftlichen Verlust von 120 bis 400 € pro Arbeitsunfähigkeitstag lässt sich der ökonomische Wert eines optimierten Vorgehens zur Reduzierung der AU-Tage abschätzen.

Literatur

Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation: Ergebnisse und prognostische Relevanz. Die Rehabilitation, 40. 217-225.

Hofreuter-Gätgens, K., Koch, U., Morfeld, M. (2009): Die Rückkehr zur Arbeit von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach stationärer medizinischer Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 83. 312-314.

Igl, W., Zwingmann, C., Faller, H., Beutel, M., Beyer, W., Bischoff, C., Fritschka, E., Gustson, D., Hillert, A., Knickenberg, R., Kühn, A., Kulick, B., Lamprecht, F., Nübling, R., Rief, W., Schmidt, J., Schmitz, B., Vauth, R., Vogel, H., Wagner, R., Wallesch, C.-W., Wittmann, M. (2006): Änderungssensitivität von generischen Patientenfragebogen - Ergebnisse einer verbundübergreifenden Reanalyse. Phys Med Rehab Kuror, 16. 69-81.

Müller, W.D., Bak, P., Maier, V., Lohsträter, A., Smolenski, U.C. (2005): Ergebnisorientierte Optimierung der Rehabilitationskonzepte bei berufstätigen Patienten mit rezidivierenden Rückenschmerzen - eine kontrollierte klinische Studie. DRV-Schriften, Bd. 59. 258-259.

Müller, W.-D., Maier, V., Bak, P., Smolenski, U.C. (2006): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten der Automobilindustrie mit Rücken- und Gelenkschmerzen. Phy Med Rehab Kuror 16. 149-154.

Müller, W.-D., Knufinke, R., Kleinhans, W., Smolenski, U.C., Bak, P. (2009): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebs mit Rückenschmerzen - Implementierung eines optimierten Reha-Konzeptes. DRV-Schriften, Bd. 83. 171-172.

Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebes - Medizinische und ökonomische Ergebnisse eines optimierten Rehabilitationskonzeptes

Müller, W.-D. (1), Knufinke, R. (2), Kleinhans, W. (3), Smolenski, U.C. (4), Bak, P. (5)

(1) m&i-Fachklinik Bad Liebenstein, (2) Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum, (3) K+S KALI GmbH, Werk Werra, (4) Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena, (5) Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt a. Main

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Ein zentraler sozialmedizinischer Aspekt der Rehabilitation ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden. Das Gelingen dieses Auftrages kann im gegliederten Sozialsystem nur durch ein exakt strukturiertes kooperatives Zusammenwirken aller am Reha-Prozess beteiligten Partner erreicht werden.

Im Rahmen früherer Untersuchungen wurde in Zusammenarbeit mit Industriebetrieben und der DRV Mitteldeutschland über ergebnisorientierte Optimierungsschritte ein Konzept zur Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration entwickelt und in der Praxis erfolgreich erprobt. (Müller et al., 2005; Müller et al., 2006; Maier, 2010). Dieses erfolgreiche Konzept wurde in einer weiteren Studie unter den spezifischen Bedingungen eines Bergwerksunternehmens hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht (Müller et al., 2009).

Zweck der vorliegenden Arbeit war es, die medizinischen und ökonomischen Ergebnisse des Rehabilitationskonzeptes zu untersuchen.

Methodik

Im Rahmen einer aktuell noch laufenden prospektiven Fallkontrollstudie wurden in der Zeit von 01/2006 bis 06/2010 204 Mitarbeiter eines Bergwerkbetriebes mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit wegen rezidivierenden Rücken- bzw. Gelenkbeschwerden zu einer durchschnittlich 3-wöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung unter Trägerschaft der DRV Knappschaft-Bahn-See mit gestrafftem Antragsverfahren eingewiesen. Vor Beginn der Reha erfolgte die Ermittlung des Arbeitsplatzanforderungsprofiles nach IMBA durch den Betrieb. Zum Reha-Beginn wurde das AP-Anforderungsprofil mit dem Patientenfähigkeitsprofil mittels EFL-Screening-Test und IMBA verglichen und das Reha-Interventionsprogramm auf die spezifischen Anforderungen des arbeitsbezogenen Leistungsvermögens abgestimmt. Am Reha-Ende erfolgte im Rahmen einer regelhaften Fallkonferenz unter Beteiligung des Betriebes die nahtlose Wiedereingliederung der Rehabilitanden in den Arbeitsprozess mit allen notwendigen Begleitmaßnahmen (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ambulante

Therapie). Den Patienten wurden SF-36, EQ-5D, FFbHR bzw. WOMAC am Anfang (T 1), am Ende (T 2) der Rehamaßnahme und 6 Monate nach Entlassung (T 3) vorgelegt. Bei insgesamt 41 Patienten wurde als weiterer Optimierungsschritt des Verfahrens ein 1-wöchiges Intervall-Rehaverfahren 6 Monate nach Beendigung der stationären Rehabilitation durchgeführt.

Ergebnisse

Von den eingeschlossenen 204 Patienten standen zum Zeitpunkt T 2 noch 196 zur Verfügung. Zum Zeitpunkt T 3 beteiligten sich noch insgesamt 104 Patienten an einer postalischen Nachbefragung (Rücklauf 50,9 %). Longitudinale Effekte wurden geprüft und mit den Stichproben aus früheren Studien verglichen. Seitens des Betriebes wurden die Arbeitsunfähigkeitszeiten (die orthopädischen Leiden betreffend) aller eingeschlossenen Patienten ein Jahr vor und ein Jahr nach der stationären Rehabilitationsbehandlung ermittelt.

Die Ergebnisse des Eingangsassessments zeigten einen komplexen Rehabilitationsbedarf bei der gesamten Stichprobe auf. Im allgemeinen Gesundheitszustand (SF-36) zeigten sich während des Reha-Verfahrens im Bereich der körperlichen Skalen mittlere bis große Effektstärken; im Bereich der mentalen Skalen mittlere Effektstärken. Die Verbesserungen konnten nach der stationären Phase weiter ausgebaut werden, so dass über den Gesamtbetrachtungszeitraum alle Skalen hohe Effektstärken auswiesen.

Im spezifischen Gesundheitszustand (FFbHR bzw. WOMAC) waren während des Reha-Verfahrens hohe Effektstärken nachweisbar, die in der Nachbehandlungsphase weiter anstiegen.

Ebenso konnten bei der Lebensqualität (EQ-5D) während der Reha hohe Effektstärken gemessen werden, die ebenso nach der stationären Phase ausgebaut worden sind.

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten konnten im Jahr nach der stationären Rehabilitation im Vergleich zum Jahr davor 2008 um 82 %, 2009 um 74 % und 2010 um 95 % gesenkt werden.

Diskussion

Die Auswahl der Rehabilitanden war aufgrund des komplexen Reha-Bedarfs bei gutem Reha-Potential adäquat. Die stationäre Rehabilitation zeigte messbare positive und nachhaltige Effekte, die sich im deutlichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Rehabilitanden nach stattgehabter Reha widerspiegelten. Die gemessenen Ergebnisse sind vergleichbar mit denen von Kollektiven aus anderen Industriebetrieben, welche mit analogen Reha-Konzepten behandelt wurden (Müller et al., 2006).

Schlussfolgerungen

Das im Zuge systematischer und assessmentgestützter Optimierungsschritte entwickelte Reha-Konzept hat sich unter den spezifischen Bedingungen eines Bergwerkbetriebes bewährt. Die Nutzung der Assessmentergebnisse zur Reha-Steuerung und zur weiteren Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Rehabilitation sowie die Analyse der ökonomischen Effekte haben sich als äußerst vorteilhaft erwiesen. Die Effekte der neu implementierten Intervall-Rehabilitation müssen im weiteren Studienverlauf untersucht werden.

Literatur

Maier, V. (2010): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten der Automobilindustrie mit Rückenschmerzen. Ergebnisorientierte Optimierung der Rehabilitationskonzepte. Dissertation Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Müller, W.D., Bak, P., Maier, V., Lohsträter, A., Smolenski, U.C. (2005): Ergebnisorientierte Optimierung der Rehabilitationskonzepte bei berufstätigen Patienten mit rezidivierenden Rückenschmerzen - eine kontrollierte klinische Studie. DRV-Schriften, Bd. 59. 258-259.

Müller, W.D., Maier, V., Bak, P., Smolenski, U.C. (2006): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten der Automobilindustrie mit Rücken- und Gelenkschmerzen. Phys Med Rehab Kuror, 16. 149-154.

Müller, W.D., Knufinke, R., Kleinhans, W., Smolenski, U.C., Bak, P. (2009): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebes mit Rückenschmerzen - Implementierung eines optimierten Rehakonzeptes. DRV-Schriften, Bd. 83. 171-172.

Mehr Arbeitsbezug in der medizinischen Rehabilitation - Sind die Reha-Therapiestandards hilfreich?

Zander, J., Klosterhuis, H.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Das wesentliche Ziel der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die möglichst langfristige Wiedereingliederung der Rehabilitanden in das Erwerbsleben. Vor diesem Hintergrund besitzen berufsorientierte Leistungen einen hohen Stellenwert und wurden in zahlreichen Arbeiten untersucht (Irle et al., 2005; Klosterhuis, Zander, 2006; Lindow et al., 2007). Der Aspekt der Berufsorientierung wird in allen Instrumenten und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung abgebildet.

Die von der RV entwickelten und eingeführten Reha-Therapiestandards (RTS) ermöglichen eine qualitative Überprüfung der therapeutischen Versorgung (Brüggemann, Klosterhuis, 2005). Im Mittelpunkt stehen alle Rehabilitanden einer Indikation in einer Reha-Einrichtung. Therapeutische Leistungen zur Unterstützung der beruflichen Integration sind als evidenzbasiertes Therapiemodul (ETM) in allen RTS enthalten. Die Mindestanforderungen in der Unterstützung der beruflichen Integration sind je nach Indikation in unterschiedlicher Höhe festgelegt. In der vorliegenden Untersuchung wird der Frage nachgegangen, in welchem Ausmaß die ETM zur Unterstützung der beruflichen Intergration erfüllt werden. Weiterhin werden exemplarisch kardiologische und psychosomatische Reha-Einrichtungen in der Erbringung berufsorientierter Leistungen verglichen. Für die RTS Koronare Herzkrankheit, Chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2 sowie Brustkrebs ist ein Vergleich im Zeitverlauf möglich.

Methodik

Das Leistungsspektrum wird über die KTL-Codes (Deutschen Rentenversicherung, 2007) abgebildet und in dieser Untersuchung deskriptiv analysiert. Dazu werden für das Jahr 2008 alle Rehabilitanden der DRV mit folgender Erstdiagnose betrachtet: Koronare Herzkrankheit (KHK, n=23.404), Chronischer Rückenschmerz (n=93.514), Diabetes mellitus Typ 2 (n=6.485), Brustkrebs (n=33.588), Hüft- und Kniegelenkersatz (TEP, n=28.237) und Depressive Störungen (n=37.128). Der Einrichtungsvergleich bezieht sich auf zehn kardiologische Reha-Einrichtungen (n=445 bis n=1.651) und auf zehn psychosomatische Reha-Einrichtungen (n=391 bis n=1.086). Für den Zeitverlauf der vier RTS werden Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Bund aus den Jahren 2006 und 2008 betrachtet. Es soll zunächst herausgearbeitet werden, inwieweit durch die RTS-Entwicklungsarbeit und KTL-Umstellung auf die KTL 2007 ein Vergleich möglich ist.

Ergebnisse

Bei keiner der somatischen Indikationen werden die Mindestanforderungen im Jahr 2008 erfüllt. Während die RTS Chronischer Rückenschmerz (13 % bei 20 % Mindestanforderungen), Brustkrebs (12 % bei 20 % Mindestanforderungen) und Hüft- und Knie-TEP (14 % bei 20 % Mindestanforderungen) die vorgegebenen Mindestanforderungen mehr als zur Hälfte erfüllen, liegen die RTS KHK (14 % bei 40 % Mindestanforderungen), Diabetes mellitus Typ 2 (10 % bei 30 % Mindestanforderungen) weit unter den Mindestanforderungen. Die RTS Depressive Störungen liegen mit 27 % über den Mindestanforderungen von 20 %.

Der Vergleich von zehn großen kardiologischen Reha-Einrichtungen zeigt hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen in den unterstützenden Integrationsleistungen eine erhebliche Varianz, keine der Einrichtungen versorgt ihre Rehabilitanden leitliniengerecht. Ein deutlich positiveres Bild zeichnet sich bei der Betrachtung der zehn psychosomatischen Reha-Einrichtungen ab.

Probleme der Vergleichbarkeit bestehen bei den RTS der Jahre 2006 und 2008. So wurden die RTS zwischenzeitlich hinsichtlich Mindestanforderungen und Zuordnung therapeutischer Inhalte in den ETM weiterentwickelt. Bei den RTS Brustkrebs wurden die Mindestanforderungen von 15 % auf 20 % angehoben. Dafür stehen in der aktuellen Version doppelt so viele KTL-Leistungen in der Dokumentation zur Verfügung. Die Mindestanforderungen in den verbleibenden drei RTS sind gleich geblieben. Lediglich die früher vorgegebenen Mindestfrequenzen wurden aus den ETM gestrichen, die Anzahl der KTL-Codes ist gestiegen. Somit ist ein Zeitvergleich der RTS mit Einschränkungen möglich. Die Ergebnisse in den vier RTS zeigen für die Rehabilitanden der DRV Bund durchweg einen positiven Trend zur Erfüllung der vorgegebenen Mindestanforderungen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die Einführung von RTS ein vermehrter Arbeitsbezug in der Leistungserbringung zu verzeichnen ist. Trotz positivem Trend ist zukünftig jedoch eine noch stärkere Berücksichtigung von Leistungen zur Unterstützung der beruflichen Integration - insbesondere in den somatischen Indikationen - erforderlich. Der Vergleich auf Einrichtungsebene zeigt zusätzlich, dass die Reha-Einrichtungen in sehr unterschiedlichem Ausmaß die Vorgaben berücksichtigen. Gründe hierfür können auch eine unzureichende oder fehlerhafte Dokumentation sein. Ziel der RTS ist es, eine den Anforderungen entsprechende, evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation zu fördern und somit die hohe Einrichtungsvarianz zu minimieren, ohne den Gestaltungsspielraum individueller Klinikkonzepte einzugrenzen. Für die Praxis der Reha-Einrichtungen bedeutet dies eine stärkere Fokussierung des Leistungsspektrums auf rehabilitative Strategien und Therapien mit Berufs- und Arbeitsplatzbezug, deren Wirkung wissenschaftlich untermauert ist. Die empirische Überprüfung der Erfüllung der Anforderungen der Reha-Therapiestandards ist gleichzeitig Grundlage für eine Bewertung der Prozessqualität der Reha-Einrichtung. Die Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards werden in Form einrichtungsbezogener Berichte zur Reha-Qualitätssicherung rückgemeldet. Die Berichte der zuletzt eingeführten Reha-Therapiestandards wurden mit einer schriftlichen Anwenderbefragung kombiniert. Die sich aus der Praxis ergebenen Änderungswünsche und Anregungen werden zurzeit diskutiert und zu einem späteren Zeitpunkt publiziert.

Literatur

Brüggemann, S., Klosterhuis, H. (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell, 52 (10/11). 467-475.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage. Berlin: Selbstverlag.

Irle, H., Sommhammer, B., Klosterhuis, H. (2005): Arbeitsbezug als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Spiegel der KTL. DRV-Schriften, Bd. 59. 251-253.

Klosterhuis, H., Zander, J. (2006): Wie berufsorientiert ist die medizinische Rehabilitation? - Auswertungen von Routinedaten der Rentenversicherung. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments - Interventionen - Ergebnisse. Lengerich: Pabst Science Publishers. 293-305.

Lindow, B., Zander, J., Klosterhuis, H. (2007): Therapeutische Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben: aktuelle Auswertungen von KTL-Daten zur Suchtrehabilitation der Rentenversicherung. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Bd. 21. Frankfurt am Main: FH-Verlag. 338-360.

Anforderungen zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der Gesetzlichen Rentenversicherung

Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) ist eine spezifische Form der medizinischen Rehabilitation, die mittlerweile etabliert und gut erforscht ist (Hillert et al., 2009). Ihr zusätzlicher Nutzen bei Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) konnte indikationsübergreifend belegt werden (Bethge, Müller-Fahrnow, 2008; Kittel, Karoff, 2008; Streibelt et al., 2009). Zur Identifikation dieser Patienten stehen mittlerweile umfassend getestete Instrumente bereit (Streibelt, 2010). Trotzdem wurden bislang nur vereinzelt entsprechende Klinikkonzepte entwickelt. Die Gründe hierfür sind vielfältig, insbesondere ist jedoch eine bislang fehlende Konkretisierung der MBOR zu konstatieren. Die Entwicklung eines MBOR-Anforderungsprofils zur Definition der inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung der MBOR aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung ist deshalb ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem evidenzbasierten bedarfsadäquaten Rehabilitationsmanagement.

Zielstellung

Der Beitrag stellt ein solches Anforderungsprofil - vorerst fokussiert auf somatische Indikationen - ausführlich vor.

Methodik

Das Anforderungsprofil wurde 2009 in einer Expertengruppe entwickelt und in einem ausführlichen Diskussionsprozess innerhalb der Deutschen Rentenversicherung überarbeitet. Die Grundlage dafür bildete der Ergebnisbericht der Würzburger Arbeitsgruppe um Silke Neuderth zur systematischen Erfassung berufsbezogener Leistungen in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland (Gerlich et al., 2007).

Mit der Entwicklung verbunden war das Ziel der Verbreitung berufsbezogener Konzepte in der medizinischen Rehabilitation. Hierzu wurde das Modellprojekt "MBOR-Management" entwickelt, welches einerseits das Anforderungsprofil in der Praxis testen, zugleich aber auch Empfehlungen für ein flächendeckendes Angebot von MBOR-Konzepten liefern soll.

Ergebnisse

MBOR wird a) als konkrete berufsbezogene Ausgestaltung therapeutischer Maßnahmen selbst sowie b) als durchgängige Philosophie im Denken und Handeln der beteiligten Akteure definiert. Es werden drei Abstufungen in der MBOR unterschieden: Während MBOR-Basismaßnahmen (Stufe A) für alle Rehabilitanden der Rentenversicherung in allen Einrichtungen erbracht werden, sind MBOR-Kernmaßnahmen (Stufe B) und spezifische MBOR-Maßnahmen (Stufe C) explizit auf besonders definierte Subgruppen konzentriert. Im Anforderungsprofil werden die relevanten diagnostischen und therapeutischen berufsbezogenen Maßnahmen diesen Stufen zugeordnet und hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung beschrieben. Dabei werden die zentralen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung der MBOR definiert: MBOR-Konzepte im Sinne der DRV sollten bedarfsbezogen, kognitiv-behavioral und multimodal ausgestaltet, intensiviert im Vergleich zur herkömmlichen medizinischen Rehabilitation und manualisiert sein.

	MBOR-Ausgestaltung	Bedarf	Anteil	Leistungsangebot
Stufe A	Basismaßnahme	Bewilligung einer allgemeinen medizinischen Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung	100%	alle durch die Deutsche Rentenversicherung belegten Einrichtungen
Stufe B	Kernmaßnahmen	Stufe A + besondere berufliche Problemlage (BBPL)	30%[1]	Einrichtungen mit MBOR-Schwerpunkt
Stufe C	Spezifische Maßnahmen	Stufe B + berufliche Wiedereingliederung nicht erfolgreich ohne weitere Maßnahmen	5%[1]	Einrichtungen mit MBOR-Schwerpunkt

Anmerkungen: [1] geschätzter Durchschnittswert; abhängig von der jeweiligen Indikation

Tab. 1: Stufenmodell der MBOR im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung

Diskussion und Schlussfolgerung

Die entscheidende Leistung des MBOR-Anforderungsprofils ist die Konkretisierung der bislang oft recht allgemein formulierten Anforderungen an die MBOR durch die Deutsche Rentenversicherung.

Im aktuell laufenden Modellprojekt "MBOR-Management" wird die Machbarkeit der MBOR in der Reha-Praxis pilothaft getestet. Die daraus erarbeiteten Empfehlungen hinsichtlich Steuerung, Durchführung und Finanzierung bieten die Basis für eine flächendeckende Umsetzung der MBOR unabhängig von Setting und Indikationsbereich.

Literatur

Bethge, M., Müller-Fahrnow, W. (2008): Wirksamkeit einer intensivierten stationaren Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. Die Rehabilitation, 47/4. 200-209.

Gerlich, C., Neuderth, S., Vogel, H. (2007): Systematische Sammlung und wissenschaftliche Bewertungvon Interventionsbausteinen zur gezielten Bearbeitung beruflicher Problemlagen während der medizinischen Rehabilitation. Universität Würzburg: Unveröffentlichter Projektbericht.

Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.) (2009): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Kittel, J., Karoff, M. (2008): Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. Die Rehabilitation, 47/1. 14-22.

Streibelt, M., Thren, K., Müller-Fahrnow, W. (2009): Effektivität FCE-basierter medizinischer Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Muskel-Skelett-Erkrankungen. Ergebnisse einer randomisierten Studie. Phys Med Rehab Kurort, 19/1. 34-42.

Streibelt, M. (2010): Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin, 86/1. 5-14.

Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung - Welche Versicherten profitieren mehr, welche weniger?

Bürger, W. (1), Streibelt, M. (2)

(1) fbg - Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, Karlsruhe,

(2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Stufenweise Wiedereingliederung (STW) ist ein seit fast 40 Jahren etabliertes Instrument der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), um arbeitsunfähige Versicherte nach länger andauernder schwerer Erkrankung schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Seit dem 01.05.2004 regelt § 51 Abs. 5 SGB IX, dass STW "unmittelbar" im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation in Trägerschaft der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) fallen. Wenngleich der Begriff der Unmittelbarkeit bislang nicht abschließend geklärt ist, stellt die STW damit eine zunehmend an Bedeutung gewinnende Leistung der GRV dar.

Angesichts der starken Verbreitung war die wissenschaftliche Erkenntnislage über STW zu Lasten der GKV bis vor kurzem bemerkenswert gering (Wasilewski et al., 1995; Bürger, 2004). Mit der gesetzlichen Novellierung hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Chance ergriffen, eine Studie zu den STW-Verfahren in ihrer Trägerschaft in Auftrag zu geben. Hier konnten in einer umfassenden retrospektiven Befragung mit parallelisierten Vergleichsgruppen deutliche Hinweise im Sinne von Wirksamkeit und Nutzen dieses Verfahrens gewonnen werden (Bürger, 2008; Bürger et al., 2011). Inzwischen hat bei den Rentenversicherungsträgernen eine spürbare Ausweitung von STW-Leistungen stattgefunden.

Fragestellung

Angesichts der wachsenden Kosten für STW stellt sich die Frage, ob dieses Angebot für alle Versichertengruppen gleichermaßen sinnvoll und erfolgversprechend ist oder ob sich Hinweise auf differentielle Effekte ergeben. Profitieren verschiedene Versichertengruppen hinsichtlich der Wiedereingliederungsquoten in unterschiedlichem Ausmaß von STW?

Methodik

Der vorliegende Beitrag stellt Ergebnisse einer von der DRV Bund in Auftrag gegebenen Re-Analyse der Studiendaten von Bürger (2008) vor. Einbezogen in die Befragung wurden Personen, deren medizinische Rehabilitation mindestens 15 Monate zurücklag und die zu Reha-Beginn erwerbstätig waren, aber arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen wurden. Die Ziehung erfolgte geschichtet nach der Empfehlung bzw. Teilnahme an einer STW. Zur Parallelisierung der Vergleichsgruppen mit und ohne STW wurde das Verfahren des statistischen Matching verwendet (Bacher, 2002). Berücksichtigung fanden die Variablen, die einen bedeutsamen Einfluss auf die berufliche Wiedereingliederung hatten und in denen sich die beiden Gruppen signifikant unterschieden. Die resultierende Analysestichprobe besteht aus je 348 Personen mit (IG) und ohne (KG) STW nach medizinischer Rehabilitation zu Lasten der GRV (n=696).

Erfolgsvariable ist die Quote Return-to-work-in-good-health, d. h. erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz, Fehlzeiten von weniger als 6 Wochen, kein Rentenantrag oder bewilligte Frühberentung im Katamnesezeitraum (RTW). Als Differenzierungsvariablen werden Alter, Geschlecht, die Reha-Indikation, die Fehlzeiten im Jahr vor der Rehabilitation, AHB oder normales Heilverfahren und der Zugang zur Rehabilitation (nach § 51 SGB V) berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Hochrisikogruppen für nicht erfolgreiche Verläufe nach einer Rehabilitation in besonderem Maße von STW profitieren. Dies sind den Analysen zufolge Versicherte mit längeren Fehlzeiten von mehr als 3 Monaten im Jahr vor der Rehabilitation, Versicherte, die nach § 51 SGB V eine Aufforderung zur Rehabilitation erhalten haben (häufig auch im Zusammenhang mit langen Fehlzeiten) sowie innerhalb der großen Indikationsgebiete Versicherte mit psychischen Erkrankungen.

Lohnenswert erscheinen STW auch bei den übrigen Versicherten. Kritischer muss den Analysen zufolge eine Empfehlung zur STW bei älteren Versicherten über 55 Jahren sowie Versicherten mit kardiologischen Erkrankungen und onkologischen Erkrankungen betrachtet werden. Innerhalb dieser Gruppen zeigen sich keine überzufälligen Effekte einer STW.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die STW kann hinsichtlich der grundlegenden Zielstellung als sehr effektives Instrument beschrieben werden. Jedoch ist die Effektivität nicht bei allen Versichertengruppen gleichermaßen nachgewiesen. Insbesondere schwerer in der beruflichen Teilhabe beeinträchtigte Versicherte, Rehabilitanden mit psychosomatischen Erkrankungen sowie im mittleren Alter profitieren von der STW. Interessant ist, dass die Effektivität in der kardiologischen Indikation, für die das Instrument vor 40 Jahren ursprünglich entwickelt wurde, sogar kontraproduktive Effekte andeutet.

Natürlich sind die Ergebnisse aufgrund des retrospektiven Studiendesigns, der eingeschränkten Fallzahlen und der nicht randomisierten Vergleichsgruppen qualitativ nicht mit dem Goldstandard, einem RCT zu vergleichen. Doch liefern die Ergebnisse Hinweise auf gezieltere Indikationsstellungen für eine STW zu Lasten der DRV nach medizinischer Rehabilitation. Diese sollten in weiteren Studien zukünftig noch klarer herausgearbeitet werden.

Literatur

Bacher, J. (2002): Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. ZA-Informationen, 51. 38-66.

Bürger, W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation - Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. Die Rehabilitation, 43. 152-161.

Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C., Stapel, M. (2011, in Druck): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. Die Rehabilitation.

Bürger, W. (2008): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und

Ergebnisse. Ergebnisse von Routinedatenanalysen und Versichertenbefragungen zur stufenweisen Wiedereingliederung. Unveröffentl. Abschlussbericht einer Studie im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Karlsruhe/ Hamburg: fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen/Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Verfügbar unter: www.fbg-karlsruhe.de/7.html

Wasilewski, R., Oertel, M., Faßmann, H. (1995): Maßnahmen zur Stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Forschungsbericht 249. Bonn: Selbstverlag.

WeB-Reha und Ford-Werke GmbH - Vernetzte Partner in der nachhaltigen Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit

Knülle, E. (1), Theißen, U. (2)

(1) Ford-Werke GmbH, Köln, (2) Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf

Ausgangslage

Während der Demographische Wandel nur eine Bedrohung für rentenferne Generationen zu sein scheint, ist die alternde Belegschaft längst Realität. Durchschnittsalter von > 45 Jahren und Anteile der > 50 Jährigen von fast 30 % sind in gewachsenen deutschen Betrieben keine Seltenheit. Der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit unter dem Gesichtspunkt einer win-win-Situation für Mitarbeiter und Unternehmen ist daher zunehmend eine Herausforderung. Aber auch altersunabhängige Leistungswandlung, verminderte Produktivität durch Chronifizierung von Erkrankungen und Verlust von Know-How durch vorzeitiges Ausscheiden oder Berentungen beeinflussen entscheidend die Kostensituation und Wettbewerbsfähigkeit.

Eine gemeinsame Initiative der Ford Werke GmbH und der DRV Rheinland begegnete dieser Herausforderung 2002 mit einer ersten arbeitsplatzorientierten Kooperation zwischen dem Unternehmen und der Lahntalklinik Bad Ems. In Anbetracht der guten Erfahrungen war der Transfer dieses Modells auf weitere Firmen und andere Reha-Einrichtungen mit Schaffung des WeB-Reha-Verfahrens die logische Konsequenz.

Zielgruppe

Die Identifizierung des Reha-Bedarfs erfolgte im Rahmen des Disability Management, das die Ford Werke GmbH im Jahr 2000 für ihre Beschäftigten eingeführt hat. Hervorzuheben sind hier besonders Eigen- und Fremdwahrnehmung von Leistungswandlung, drohende Behinderung und Krankheitschronifizierung. Mit Umsetzung des § 84 SGB IX und den entsprechenden Bemühungen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Reduzierung von Fehlzeiten nahm die Antragszahl deutlich zu (eigene Datenerhebung).

Wie funktioniert WeB-Reha?

Der Work-Flow zum WeB-Reha-Verfahren sieht im Kern die Einbeziehung des Werks-/Betriebsarztes in den Phasen Inititiative - Durchführung der Reha - (Wieder-) Eingliederung vor. Durch standardisierte Abläufe werden Kommunikationsstrukturen zwischen den am Reha-Verfahren Beteiligten geschaffen (siehe auch unter: http://www.deutsche-rentenversiche-

rung-rheinland.de/DRVRL/de/Navigation/Service/Zielgruppen/web-reha/00_00_00_webreha _ node.html).

Erfahrungsdaten 2008-2010

Analysiert werden die Daten aller WeB-Reha-Anträge im Vergleich mit berichteten Rehabilitationen im Rahmen des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements einschließlich Langzeitentwöhnungen im Zeitraum 01.01.2008 - 31.12.2010. Dokumentiert sind unter anderem die Indikationen, Altersverteilung, Durchführungsart, Zeitraum zwischen Antragsstellung und Durchführung, Ablehnungszahlen, Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit, Daten über Stufenweise Wiedereingliederungen und über den Anteil der Nachsorge von > 650 Ford-Mitarbeitern (eigene Datenerhebungen).

Die Daten liefern eine Einschätzung über die Kongruenz bei der Beurteilung des Reha-Bedarfs und erlauben, die Kostenvorteile für das Unternehmen und das Sozialversicherungssystem sowie den Gewinn der Mitarbeiter darzustellen.

Barrieren - Treiber - Transfervoraussetzungen

Verbesserungsbedarf gibt es noch bei der Verkürzung der Zeit zwischen Antragstellung und Aufnahme der Reha-Leistung.

Neben der kooperativen Zusammenarbeit von Ärztekammern, Leistungsträgern und -erbringern (i. S. der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX) in NRW haben in erster Linie die Firmen mit dem wachsenden Verständnis für eine aktive Gesundheitsförderung dazu beigetragen, dass sich das Verfahren mittlerweile bei mehr als 50 Großbetrieben in NRW etablieren konnte. Der Transfer auf den Bereich der klein- und mittelständischen Unternehmen setzt bei diesen auch die Erkenntnis voraus, dass der "gesunde" Mitarbeiter ein wichtiger Produktivfaktor ist. Zum Wachsen dieser Erkenntnis könnte i. Z. m. den Reha-Leistungen auch ein verstärktes Engagement von überbetrieblich tätigen Werks- und Betriebsärzten im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung beitragen.

Schlussfolgerungen/Ausblick

Die Rehabilitation erweist sich zunehmend als effektives Mittel zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Nicht mehr die Vermeidung der Rente steht im Vordergrund, sondern Beitragszahler, die weiter in der Lage sind, für sich und ihre Familien selbst zu sorgen (Schoeller, 2009). Die enge Verzahnung zwischen Unternehmen und der DRV mit ihren Einrichtungen beweist sich dabei als wesentliches Element. Verwendet man gleichartige Assessment-Verfahren (z. B. IMBA), wird die Rehabilitation und ihre Auswirkung auf die Beschäftigung mit einem validen Entlassungsbericht, der Fähigkeiten und reale Arbeitsplatzanforderungen als Grundlage sozialmedizinischer Empfehlungen benutzt, einen besonderen Stellwert im betrieblichen Gesundheitsmanagement haben.

Literatur

Schoeller, A. (2009): Kooperation des Betriebsarztes mit anderen Akteuren in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation: WeB-Reha. In: Kraus, T., Letzel, S., Nowak, D. (Hrsg.): Der chronisch Kranke im Erwerbsleben - Orientierungshilfe für Ärzte in Klinik, Praxis und Betrieb, ecomed Medizin 2010. 48-57.

Präsentismus und Veränderungen beruflicher Funktionsfähigkeit bei Rehabilitanden in der orthopädischen Rehabilitation (Follow-Up: Drei Monate)

Müller, E. (1), Frey, C. (1), Bengel, J. (2), Wirtz, M. (1)

(1) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg,

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

Einleitung

In Studien berichten bis zu 60 % der Angestellte im letzten Jahr trotz relevanter Erkrankungen bei der Arbeit gewesen zu sein (Präsentismus; Hansen, Andersen, 2008). Stewart et. al. (2003) haben die sozioökonomischen Kosten von Präsentismus untersucht und festgestellt, dass die Kosten durch verringerte Produktivität bei Präsentismus höher sein können als durch krankheitsbedingte Abwesenheit (Absentismus). Verringerte Arbeitsleistung (Produktivität) hat sich vor diesem Hintergrund zu einem wichtigen Aspekt berufsbezogener Outcome-Messung entwickelt (Elfering, 2006).

In diesem Beitrag wird untersucht, in welchem Ausmaß Präsentismus bei Rehabilitanden nach der orthopädischen Rehabilitation besteht und inwiefern sich patientenseitig berichtete

- Einschränkung der Produktivität, der körperlichen Arbeitsleistung und des Umgangs mit beruflichem Stress (Arbeitsleistungsaspekte)
- und Schmerz- und Erschöpfungssymptome am Arbeitsplatz (Beschwerden)

zur Veränderungsmessung im Verlauf des Rehabilitationsprozesses eignen. Die Auswertung erfolgt geschlechtsspezifisch.

Methoden

In einer multizentrischen Datenerhebung beantworteten 249 Rehabilitanden (48 % weiblich, Alter m=47,8 (sd=8,7)) mit orthopädischen Erkrankungen zu Reha-Beginn und drei Monate nach Reha-Ende (67 % Rücklauf) einen Fragebogen, der die Skalen zur Erfassung von Funktionsfähigkeit im Beruf (SE-FFB; Müller et al., 2010) beinhaltete.

Die Auswertung der Geschlechtsunterschiede und Veränderungseffekte erfolgte jeweils für die Skalen zu Leistung und zu Beschwerden mittels MANOVAs mit Messwiederholung sowie durch eine deskriptive Analyse (Effektstärken Veränderungsmessung: standardized response means (SRM); Geschlechtsunterschiede: Cohens d).

Ergebnisse

55,4 % der Frauen (m=15,4 Tage/3 Monaten, sd=17,4) und 48,6 % der Männer (m=11,8 Tage/3 Monate, sd=18,0) berichten in den 3 Monaten nach der Rehabilitation, trotz relevanter Beschwerden bei der Arbeit gewesen zu sein (Präsentismus).

Frauen berichten zu Reha-Begin signifikant mehr Beschwerden und eine Tendenz zu höheren Leistungseinschränkungen als Männer (vgl. Tab. 1). Die signifikanten Haupteffekte für die Zeit in beiden MANOVAs gehen vor allem auf eine Verbesserung der Beeinträchtigungen bei den Frauen zurück. Die Männer berichten keine oder nur geringe positive Entwicklungen (keine/kleine Effekte). Die unterschiedlichen Verläufe spiegeln sich in der Tendenz - jedoch nicht Signifikanz - der Wechselwirkungen in den MANOVAs wider. Drei Monate nach

der Rehabilitation ist eine weitgehende Angleichung der anfänglichen Geschlechtsunterschiede zu beobachten.

			Reha-Beginn m (sd)	3-Monats-Follow-Up m (sd)	Effektstärke (SRM)
Leistung	Produktivität	Frauen	1,6 (2,6)	2,5 (2,6)	0,43
		Männer	2,3 (2,3)	2,5 (2,4)	0,06
		Effekt d	0,28	0,03	
	Körperl. Leistung	Frauen	0,0 (1,7)	0,8 (1,8)	0,47
		Männer	0,7 (1,9)	1,2 (2,1)	0,31
		Effekt d	0,38	0,20	
	Umgang mit Stress	Frauen	0,9 (2,1)	1,6 (2,0)	0,49
		Männer	1,6 (1,6)	1,9 (1,8)	0,23
		Effekt d	0,38	0,16	
	MANOVA	Haupteffekt Zeit F=55,1; df=3; p<0,001; Haupteffekt Geschlecht: F=2,2; df=3; p=0,096; WW F=2,2; df=3; p=0,095			
Beschwerden	Erschöpfung	Frauen	0,3 (1,9)	1,3 (2,1)	0,64
		Männer	1,4 (1,7)	1,5 (2,1)	0,09
		Effekt d	0,57	0,08	
	Schmerz	Frauen	0,5 (1,5)	0,4 (1,9)	0,57
		Männer	0,2 (1,6)	0,7 (1,8)	0,32
		Effekt d	0,43	0,18	
	MANOVA	Haupteffekt Zeit F=52,4; df=2; p<0,001; Haupteffekt Geschlecht: F=9,0; df=2; p<0,001; WW F=2,7; df=2; p=0,071			

Tab. 1: Mittelwerte, Effektstärken und Ergebnisse der MANOVAs

Diskussion

Etwa die Hälfte der Rehabilitanden berichtet in erheblichem Umfang (im Mittel 14 Tage in 3 Monaten) Präsentismus. Patientenseitige Angaben zu krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen und Beschwerden eignen sich, um die berufliche Situation und Veränderungen nach der Rehabilitation in geeigneter Weise zu beschreiben. Sie können damit die klassischen Parameter, die in der Regel auf die Erfassung von Absentismus abzielen, (Arbeitsunfähigkeitstage, Rückkehr zur Arbeit) insbesondere bei Rehabilitanden mit Präsentismus sinnvoll ergänzen. Die Verbesserung der Arbeitsleistung und der Beschwerden im Follow-Up kann aufgrund des Studiendesigns (Eingruppen-Prä-Post-Design) nicht eindeutig als Erfolg der Rehabilitation interpretiert werden.

Literatur

Elfering, A. (2006): Work-related outcome assessment instruments. European Spine Journal, 15. 32-43.

Hansen, C.D., Andersen, J.H. (2008): Going ill to work - what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? Social Science & Medicine, 67. 956-64.

Müller, E., Frey, C., Prinz, E., Bengel, J., Wirtz, M. (2010): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von ‚Funktionsfähigkeit im Beruf' bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen. DRV-Schriften, Bd. 88. 118-120.

Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Morganstein, D. (2003): Lost productive work time costs from health conditions in the United States: results from the American Productivity Audit. Journal Occupational and Environmental Medicine, 45. 1234-1246.

Aufbau und Akzeptanz eines Gruppentrainings für Rehabilitanden zur Förderung beruflicher Motivation

Fiedler, R.G. (1), Hinrichs, J. (1), Greitemann, B. (2), Heuft, G. (1)

(1) Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, (2) Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Eine chronische Erkrankung zu haben, bedeutet für den Betroffenen häufig auch eine berufliche Neuausrichtung an die veränderten Lebenswirklichkeiten, was zu Desorientierung und unklaren Motivlagen bei der beruflichen Reintegration führen kann. Ressourcenorientierte Interventionsansätze zur Förderung von motivationalen und volitionalen Kompetenzen finden eine große Verbreitung in der Personalentwicklung, der psychotherapeutischen Versorgung und in der psychosozialen Beratung, jedoch lassen sich im Reha-Kontext nach bisherigem Wissenstand keine zielorientierten Ansätze zur Zielfindung und -erreichung finden (Fiedler et al., 2005). Das Gruppentraining ZAZO* (Zielanalyse und Zieloperationalisierung) schließt diese Lücke. In diesem Beitrag wird der Aufbau des Trainings vorgestellt und erste Ergebnisse über die Trainingsakzeptanz bei den Teilnehmern werden dargestellt.

Aufbau des Trainings

Das manualisierte Training (Fiedler et al., 2011) besteht aus vier Modulen, die innerhalb von zwei bis drei Wochen an unterschiedlichen Tagen mit den einzelnen Rehabilitationsgruppen durchgeführt werden und jeweils 90 - 100 Minuten umfassen. Jedes Modul enthält modulbezogen psychoedukative Anteile, die inhaltlich an die individuellen Gruppengegebenheiten angepasst werden können.

Im ersten Modul wird nach einer Kennenlernphase und Einstimmung in das Thema das Bewusstwerden der impliziten Motivlagen der Teilnehmer fokussiert. Die Teilnehmer generieren mit Hilfe einer Imaginationsübung Anliegen und Wünsche, die als Arbeitsgrundlage für die nachfolgenden Module dienen.

Im zweiten Modul werden die generierten Anliegen in berufsbezogene Ziele formuliert und anhand qualitativer Kriterien analysiert. Durch die Zielanalyse wird die Wahrscheinlichkeit einer realistischen Erreichbarkeit der Ziele erhöht, was die Bindung der Teilnehmer an ihre Ziele fördert.

Im dritten Modul werden die notwendigen Schritte operationalisiert, die zur Planung der Zielverfolgung und -umsetzung erforderlich sind. Die Teilnehmer schätzen ihre Ziele hinsichtlich der Punkte Commitment, Zielerreichungswahrscheinlichkeit, Zielferne, Beginn der Zielverfolgung, Anstrengungsbereitschaft, Empfinden bei Zielerreichung und Wirkung für andere

* Gefördert durch die Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V.

ein. Durch die bewusste Auseinandersetzung mit ihren Zielen können die Teilnehmer ungünstige motivationale Strukturen bei sich identifizieren und ggf. bearbeiten.

Im vierten Modul erarbeiten sich die Teilnehmer für jedes ihrer Ziele erste Umsetzungsschritte und Teilziele und überlegen sich, was die positiven und ggf. negativen Konsequenzen sein werden, wenn das Ziel erreicht wurde. Im Anschluss erfolgt eine Priorisierung ihrer Ziele, um mögliche Zielkonflikte zu identifizieren und ggf. aufzulösen. Der Transfer in den Alltag wird über eine ressourcenorientierte Intervention eingeleitet und das Training schließt mit der Vermittlung von Zielverfolgungsstrategien (mentale Simulation; Patenschaftsvereinbarungen zwischen den Teilnehmern) ab.

Methodik

Im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie (Hanna et al., 2010) führten 111 Rehabilitanden das ZAZO-Training durch. Nach dem Training erhielten die Teilnehmer einen Evaluationsbogen zur Beurteilung des Gruppenprogramms. Sie wurden gebeten, u. a. ihr persönliches Interesse am Trainingsthema, die Zufriedenheit über den Gesamtverlauf bzw. Informationsgehalt und den erlebten Nutzen des Trainings für den Alltag zu beurteilen.

Ergebnisse

Es gaben 59 Teilnehmer den Evaluationsbogen am Ende der Reha ab. Von den antwortenden Teilnehmern gaben 81,4 % an, ein großes bis sehr großes Interesse am Thema zu haben. Die Zufriedenheit mit der Gesamtveranstaltung bzw. mit den vermittelten Inhalten im Training wurde von 60,3 % bzw. 62,1 % der Teilnehmer als zufrieden bzw. eher zufrieden stellend eingeschätzt. Die Zufriedenheit mit dem persönlichen Nutzen wurde von 51,7 % der Telnehmer zufrieden bzw. eher zufrieden stellend eingeschätzt (Tab. 1).

	Interesse am Thema	Zufriedenheit mit der Gesamtveranstaltung	Zufriedenheit mit dem Informationsgehalt	Erlebter Nutzen für den Alltag
sehr zufrieden/interessiert	37,3	22,4	24,1	13,8
zufrieden/interessiert	44,1	37,9	38,0	37,9
neutral	13,6	34,5	31,0	31,0
wenig zufrieden/ interessiert	3,4	5,2	6,9	13,8
gar nicht zufrieden/ interessiert	1,7	0,0	0,0	1,7

Tab.1: Ausgewählte Ergebnisse aus der Trainingsevaluation. N=59. Angaben in Prozent.

Diskussion und Ausblick

Es konnte gezeigt werden, dass es unter den Teilnehmern ein hohes Interesse an der Trainingsmaßnahme zur Klärung eigener beruflicher Perspektiven gibt. Die Akzeptanz des ZAZO-Trainings kann als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Der vorgestellte Aufbau und die manualisierte Form des Gruppentrainings machen einen ökonomischen und praktikablen Einsatz in der Routineversorgung der medizinischen Reha möglich. Eine Studie zur Implementierung in die Praxis hat im Januar 2011 begonnen.

Literatur

Fiedler, R.G., Hanna R., Hinrichs, J., Heuft, G. (2011): Förderung beruflicher Motivation - Trainingsprogramm für die Rehabilitation. Weinheim: Beltz Verlag.

Fiedler, R.G., Ranft, A., Schubmann, C., Heuft, G., Greitemann, B. (2005): Diagnostik von Arbeitsmotivation in der Rehabilitation - Vorstellung und Befunde zur faktoriellen Struktur neuer Konzepte. Psychother Psych Med, 55. 476-482.

Hanna, R., Fiedler, R.G., Dietrich, H., Greitemann, B., Heuft, G. (2010): Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. Psychother Psych Med, 60. 316-325.

Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation unter Einbindung des realen Arbeitsplatzes - Erste katamnestische Daten

Kulke, H., Schupp, W.

Fachklinik Herzogenaurach

Beschreibung des Verfahrens

Die Fachklinik Herzogenaurach führt seit drei Jahren ein eigenständig konzipiertes medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren bei RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen (Müller-Fahrnow, Radoschewski, 2009) durch (Kulke et al., 2006), das sich durch folgende Charakteristika auszeichnet:

- Durchführung in Vernetzung mit Berufsförderungswerk Nürnberg als beruflichem Trainingspartner und mit dem Arbeitgeber des Rehabilitanden als Alternative zu herkömmlichen Phase-II-Modellen (Spranger et al., 2007)
- Ganztägig ambulanter Behandlungsmodus
- Kompaktes, auf 12 Wochen konzipiertes Verfahren, das die stufenweise Anpassung ans Zielvolumen der Beschäftigung mit einschließt.

Zielgruppe

Die Konzeption beschränkt den Teilnehmerkreis auf RehabilitandInnen, die auf ein bestehendes Arbeitsverhältnis zurückgreifen können, deren Arbeitsplatz im Einzugsbereich unserer ganztägig ambulanten Rehabilitation liegt und deren Arbeitgeber bereit sind, im Verfahren zu kooperieren. Dafür erreichen wir folgende Vorteile:

- Einbeziehung des gesamten Sozialraumes (Familie und Betrieb) in den medizinisch-beruflichen Rehabilitationsprozess
- Optimale Fachkompetenz in der Durchführung durch Vernetzung zwischen Rehabilitationsklinik, Berufsförderungswerk und Betrieb
- Berufsbezogenes Training am realen Arbeitsplatz statt realitätsferner Simulationen
- Möglichkeit der Beratung des Betriebes hinsichtlich optimaler Arbeitsplatz-Anpassung
- Therapeutische Begleitung der RehabilitandInnen in den Arbeitsprozess hinein.

Auswertung und Katamnese

Eine erste Auswertung, die eine katamnestische Befragung einschloss, wurde auf der Basis von 13 TeilnehmerInnen vorgenommen. Gut zwei Drittel der RehabilitandInnen nahmen zu Lasten der Rentenversicherung am Verfahren teil, die übrigen TeilnehmerInnen kamen von der Unfallversicherung. Zwei Drittel der TeilnehmerInnen waren männlichen Geschlechts. Der Altersschnitt betrug 43,4 Jahre mit einem Range von 18 bis 56 Jahren. Bei einem knappen Viertel handelte es sich um gewerbliche Arbeitnehmer, die übrigen waren Angestellte, davon immerhin die Hälfte aus akademischen Berufen. Die Dauer der Maßnahme betrug im Schnitt 13 Wochen (Range 7-25 Wochen).

Bei der Hälfte der TeilnehmerInnen war Vollschichtigkeit nicht erreichbar, in diesen Fällen wurde der Arbeitsvertrag angepasst und eine Kompensation durch eine Teilrente erreicht. In wenigen Fällen konnte die Maßnahme nicht abgeschlossen werden (Dropout), teils wegen interkurrenter, nicht vorhersehbarer Erkrankungen, in einem Fall wegen einer absehbar nicht erreichbaren Wiedereingliederung aufgrund der neuropsychologischen Defizite. Bis auf einen Einzelfall waren alle Maßnahmen erfolgreich, und zwar mit sehr guter Langzeitstabilität. Der Arbeitsplatz konnte erhalten werden, die RehabilitandInnen arbeiteten ausnahmslos auch noch nach bis zu drei Jahren im vorgeschlagenen Volumen am definierten Arbeitsplatz. Alle kommen nach eigenen Angaben mit ihrer Arbeit zurecht und benötigen nur in geringem Maße Unterstützung von KollegInnen.

Auswirkungen auf die private Lebensführung

Dass das nach dem Verfahren festgelegte tägliche Arbeitszeitvolumen nicht zu "großzügig" bemessen ist, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass die Aktivitäten im Freizeitbereich überwiegend reduziert werden mussten, Urlaube eher ruhiger verbracht werden als früher und anstrengendere Freizeitbeschäftigungen wie Lesen eher zurückgegangen sind zugunsten passiverer Varianten wie Fernsehen und Musik hören.

Einbindung des Arbeitgebers

Besonders positiv bewertet wird in den Katamnesen die Einbindung des Arbeitgebers, der auf diese Weise eine fachlich kompetent begleitete Arbeitsplatzanpassung vornehmen kann und hinsichtlich behinderungsbedingter Erfordernisse Beratung bekommen kann. Bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Betrieb ist vorsichtiges Interesse die Regel; in allen Fällen gelang es bereits im Erstgespräch, Bedenken hinsichtlich möglicher Störungen des Betriebsablaufs oder betriebsfremder Anforderungen zu zerstreuen und Vorgesetzte, Personalfachleute, Betriebsärzte und Betriebsräte als konstruktive Kooperationspartner zu gewinnen. Lediglich in einem Fall zeigte sich ein Arbeitgeber ausschließlich daran interessiert, die kostenlose, durch die Unfallversicherung finanzierte Mitarbeit des Rehabilitanden "mitzunehmen", ohne das Arbeitsverhältnis danach fortzusetzen.

Die Supervision der RehabilitandInnen an ihrem realen Arbeitsplatz, die Unterstützung bei der Lösung von Problemen, die nicht vorhersehbar waren, auch durch weitere therapeutische Interventionen parallel zum Eingliederungsprozess sowie die offene Stärken- und Schwächen-Analyse am runden Tisch mit RehabilitandInnen und Vorgesetzten hat sicherlich entscheidend zum guten Erfolg der Maßnahme beigetragen.

Literatur

Kulke, H., Rosskopf, M., Staab, E., Hüttlinger, S., Schupp, W. (2006): Medizinisch-berufliche Rehabilitation in regionaler Vernetzung - eine Projektskizze. DRV-Schriften, Bd. 64. 63-65.

Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (2009): Gesundheitsbedingte berufliche Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.) (2009): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, Köln: Deutscher Ärzteverlag. 9-14.

Spranger, M., Schmiedel, B., Rüsch, B., Lehmler, L., Lebrecht, U., Allmann, J., Claros-Salinas, D., Schönle, P.W. (2007): Rahmenempfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie (Phasen D und E). Prävention und Rehabilitation, 19 (2). 81-91.

Prädiktoren für die berufliche Wiedereingliederung in der Arbeitsplatzspezifischen Rehabilitation

Schmiedecke, K., Michen, P., Nguyên, B., Tiling, Th.

ASR Rehabilitationszentrum Köln

Hintergrund

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation seitens der Rentenversicherung zählt der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (§ 9 SGB VI). Vor dem Hintergrund einer angestrebten schnellstmöglichen und effizienten Rückführung in das Berufsleben ist es erforderlich, die Interventionen für eine erfolgreiche Rehabilitation effektiver zu gestalten (Fadyl, McPherson, 2008). Eine frühzeitige Integration von beruflichen Elementen (Schonstein et al., 2003) sowie die Identifikation von Einflussfaktoren (Fadyl, McPherson, 2008) zeichnen sich als zentrale Punkte ab.

Die arbeitsplatzspezifische Rehtabilitation (ASR) integriert als Erweiterung der EAP (Erweiterte Ambulante Physiotherapie) seit Jahren arbeitsbezogene Tätigkeiten in die Rehabilitation. In der internationalen Forschung zählen Alter, Schmerzangaben, Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation, Schwere der Arbeit sowie Art und Ort der Verletzung als mögliche Prädiktoren (Holtslag et al., 2009; Lydell et al., 2005). Ziel der Evaluation war die Identifizierung von relevanten Prädiktoren in der arbeitsbezogenen Rehabilitation.

Methodik

In der retrospektiven Kohortenanalyse der ASR-Patientenakten von 03/2003 bis 02/2009 wurden 615 Datensätze (♂ = 94,1 %) evaluiert. Mittels logistischer Regression erfolgte die Identifikation von Prädiktoren. Die Auswahl erfolgte nach folgenden Kriterien: 1. Merkmale mit signifikantem Unterschied bezüglich des Status der Arbeitsfähigkeit (Af = arbeitsfähig; nAf = nicht arbeitsfähig); 2. Prädiktoren, die in der Literatur als am einflussreichsten gelten.

Ergebnisse

Als negative Faktoren für die berufliche Reintegration wurden die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (OR = 0,957, p = 0,006) und das Alter (OR = 0,967, p = 0,030) identifiziert.

Die Patientenklientel der ASR, die ein Durchschnittsalter von 42 Jahren aufweist, stellt eine negativ selektierte heterogene Gruppe dar. Der Unfalltag liegt zum Zeitpunkt der Überweisung in die ASR im Mittel 13,8 Monate zurück. Bei über 63 % der Patienten erfolgte bereits vor der ASR eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme mit durchschnittlich 38,5 Einheiten. 27 % der Patienten wiesen Mehrfachverletzungen auf, 63 % übten eine schwere berufliche Tätigkeit aus. Zu Beginn der ASR wurde ein durchschnittlicher Belastungsschmerz von 5,2/10 auf der numerischen Skala angegeben. Die Rückführungsquote in die Arbeitswelt nach der ASR-Maßnahme lag bei 66 %.

Schlussfolgerungen

Bei der Patientenklientel der ASR handelt es sich um Unfallverletzte mit einem langwierigen Rehabilitationsverlauf, hohen Schmerzangaben und reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit.

Als einflussreichste negative Prädiktoren für die Reintegration nach der ASR stellen sich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und das Alter der Patienten dar: Je länger die Phase der Arbeitsunfähigkeit andauert und je älter der Patient ist, desto schwieriger wird die Rückführung in die Erwerbstätigkeit. Dieses Ergebnis findet sich in der Literatur bestätigt: Zum einen wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit als wichtigster Prädiktor für die Vorhersage einer erfolgreichen Rehabilitation identifiziert (Bürger et al., 2001; Lydell et al., 2005), zum anderen das Alter als negativer Faktor definiert (Holtslag et al., 2009; Lydell et al., 2005).

Alle weiteren in der Literatur ermittelten Einflussfaktoren (Holtslag et al., 2009; Lydell et al., 2005) waren in unserer Stichprobe nicht ausschlaggebend. Dies kann mit der negativ selektierten Patientenklientel der ASR begründet werden.

Das Ergebnis unterstreicht die Bedeutung, möglichst frühzeitig mit Maßnahmen zur Rehabilitation zu intervenieren, insbesondere unter Einbeziehung von arbeitsbezogenen Elementen.

Literatur

Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation - Ergebnisse und prognostische Relevanz. Die Rehabilitation, 99 (40). 217-225.

Fadyl, J., McPherson, K. (2008): Return to work after injury: a review of evidence regarding expectations and injury perceptions, and their influence on outcome. J Occup Rehabil, 18 (4). 362-374.

Holtslag, H.R., Post, M.W., van de Werken, C., Lindeman, E. (2007): Return to work after major trauma. Clinical Rehabilitation; 21. 373-383.

Lydell, M., Grahn, B., Mansson, J., Baigi; A., Marklund; B. (2005): Predictive factors of sustained return to work for persons with musculoskeletal disorders who participated in rehabilitation. Work, 33. 317-328.

Schonstein, E., Kenny, D.T., Keating, J., Koes, B.W. (2003): Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. Cochrane Database Syst Rev (1).

Rückkehr an den Arbeitsplatz: Welche Bedeutung hat dieses Ziel und wie kann man seine Erreichung messen?

Morfeld, M.
Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund

Primäres Ziel von Interventionen im Gesundheitswesen ist die Erhaltung der Gesundheit sowie die Reduktion von Morbidität und Mortalität. Damit verbunden ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung funktioneller Kapazität und Lebensqualität. Zur Messung dieser Ziele liegen psychometrische Messinstrumente bzw. im klinischen Bereich diagnostische Verfahren vor. Weniger gut belegt und geprüft sind Verfahren bzw. Items, die möglichst mehrdimensional die Rückkehr - Weg und Ziel - an den Arbeitsplatz abbilden (Hanson, Kopja, 2003). Dies hat weitreichende Konsequenzen, bestehen doch für die meisten chronischen Erkrankungen Aussagen dahingehend, wie stark das Ausmaß der volkswirtschaftlichen Belastung durch entstandene indirekte Kosten wie Ausfall der Produktivität ist (RKI, Bundesamt, 2009).

Die alleinige Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit fasst den Begriff der erfolgreich dauerhaften Wiedereingliederung jedoch nicht vollständig. Was aber genau darunter zu verstehen ist, bleibt offen, da es sich bei der beruflichen Reintegration um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt. Eine allgemein akzeptierte, endgültige und empirisch fassbare Definition ist bislang in der Literatur noch nicht vorhanden.

In der bisherigen Forschungsliteratur wird die Rückkehr an den Arbeitsplatz oftmals mit dem bloßen Status der Erwerbstätigkeit oder Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt (z. B. Haldorsen et al., 1998; Maurischat, Mittag, 2004). Diese Kriterien sind allerdings nicht hinreichend, da sie den beruflichen Werdegang der Rehabilitanden nicht erfassen können. Dies ist mit substantiellem Informationsverlust und -verzerrungen verbunden.

Dieser Umstand soll mittels einer Literaturrecherche der vergangenen 10 Jahre bezüglich rehabilitationswissenschaftlicher Publikationen in Deutschland abgesichert werden. In einem zweiten Untersuchungsschritt soll ein Vorschlag unterbreitet werden, wie das Kriterium "Return to Work" (RTW) im Rahmen rehabilitationswissenschaftlicher Untersuchungen erhoben werden kann.

Methode

Mittels pubmed wurde für die Jahre 2001 bis 2010 eine Literaturrecherche durchgeführt. Schlagwörter waren "Return to Work" und "Rehabilitation", eine Begrenzung auf den deutschen Sprachraum wurde auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten des deutschen Systems der sozialen Sicherung und der entsprechenden Ausgestaltung des Rehabilitationssystems vorgenommen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 45 Treffer registriert. Dabei stammten 8 aus dem Bereich der Beruflichen Rehabilitation und 30 aus dem Bereich der Medizinischen Rehabilitation, die restlichen sieben konnten nicht näher zugeordnet werden. Die Bandbreite der entsprechenden Publikationsorgane war mit 19 relativ breit, wobei erwartungsgemäß "Die Rehabilitation" mit insgesamt 18 Beiträgen an der Spitze stand.

Deutlich wird dabei, dass kein einheitlicher Begriff für "Rückkehr an den Arbeitsplatz" existiert. Die einzelnen Studien legen für diese Dimensionen Kriterien wie "Rückkehr an den Arbeitsplatz" (ohne dies näher zu spezifizieren), AU-Tage etc. zugrunde.

Im Beitrag werden die in den Studien recherchierten Operationalisierungsvorschläge für "Return To Work" systematisiert und kritisch bzgl. ihrer Aussagekraft reflektiert.

Diskussion

Die Studienlage macht deutlich, dass kein einheitlicher Begriff - weder quantitativ noch qualitativ - für die "Rückkehr an den Arbeitsplatz" vorliegt. Es wird darauf gedrängt, hier übergreifend zu einer Lösung inkl. Operationalisierung zu gelangen. Die Rentenversicherung bietet sich hier als Träger medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in der Rolle eines Koordinators an.

Entsprechend der vorgeschlagenen Erweiterung des RTW Begriffs von Bürger et al. (2001) werden folgende Kriterien für die Erfassung einer "Rückkehr an den Arbeitsplatz" vorgeschlagen: Rückkehr an den Arbeitsplatz (sofort oder mit Verzögerung), Änderung der Arbeitszeit und des -platzes, Änderung der Arbeitsinhalte, AU-Zeiten.

Entsprechend der gemachten Vorschläge regt der Autor eine umfassende Analyse der bisher vorgelegten Vorschläge zur Operationalisierung von RTW an. Diese sollte sowohl qualitative wie auch quantitative Ausgestaltung enthalten und auch für den Bereich der Beruflichen Rehabilitation einsetzbar sein.

Die Autoren unterbreiten einen Vorschlag, welche Möglichkeiten bestehen, "Rückkehr an den Arbeitsplatz" zu erfassen. Dabei wird darüber hinaus thematisiert, welche zukünftigen Schritte zu unternehmen sind, um nach wie vor bestehende Unsicherheiten bei dieser Definition weiter zu beheben. Die Darstellung erfolgt mittels Zuordnung nach inhaltlicher und zeitlicher Dimension.

Literatur

Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation - Ergebnisse und prognostische Relevanz. Die Rehabilitation, 40/4. 217-225.

Haldorsen, E.M.H., Kronholm, K., Skouen, J.S., Ursin, H. (1998): Predictors for outcome of a multi-modal cognitive behavioral treatment program for low back pain patients: a 12-month follow-up study. European Journal of Pain, 2. 293-307.

Hanson, B.P., Kopja, B. (2003): Klinische Studien, Outcome Parameter. Chirurg, 74. 1034-1039.

Maurischat, C., Mittag, O. (2004): Erfassung der beruflichen Rollenqualität und ihre prognostische Bedeutung für die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Die Rehabilitation, 43. 1-9.

Robert Koch Institut (RKI), Bundesamt (2009): Krankheitskosten Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 48.

Operationalisierung des Ergebnisses von beruflichen Bildungsmaßnahmen - Potenzial der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung

Bestmann, A., Zollmann, P.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

2008 wurden von der gesetzlichen Rentenversicherung 1.106,9 Mio. Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgewandt. Darunter sind die beruflichen Bildungsmaßnahmen aufgrund ihrer Dauer (i. d. R. 1-2½ Jahre) ein erheblicher Kostenfaktor für die Rentenversicherung. Es stellt sich daher die Frage, ob und in welchem Maße es gelingt, Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen wieder in Erwerbstätigkeit zu integrieren.

Methodisch stehen verschiedene Herangehensweisen zur Messung des Ergebnisses bzw. der beruflichen Eingliederung nach einer Bildungsmaßnahme zur Verfügung. Sie unterscheiden sich u. a. bzgl. der Interessen der Akteure, ihrer konkreten Fragestellung, der zur Verfügung stehenden Datengrundlage, der definierten Bezugspopulation und der ausgewählten statistischen Analysemethoden (Grünbeck, Klosterhuis, 2006).

Der vorliegende Beitrag stellt für die Routinedaten der Rentenversicherung dar, wie das Ergebnis einer Bildungsmaßnahme und die berufliche Eingliederung nach einer Maßnahme operationalisiert werden können und welche Auswirkungen die zugrunde gelegte Bezugspopulation und die verwendeten Analysemethoden auf das Auswertungsergebnis haben.

Datengrundlage und Methodik

Datengrundlage ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)-Längsschnitterhebung 2008. Die Längsschnitterhebung umfasst u. a. Versicherte, die innerhalb eines Zeitfensters von acht (Rehabilitation, Rente) bzw. elf (Versicherung, Beiträge zur Rentenversicherung) Jahren einen Reha- oder Rentenantrag gestellt haben.

Die Eingliederung in die Erwerbstätigkeit wird im Datensatz anhand der Datenmeldungen der Arbeitgeber als "pflichtversicherte Beschäftigung" zu den Zeitpunkten sechs Monate und zwei Jahre sowie über einen Zeitraum von zwei Jahren (mindestens einen Monat erwerbstätig) nach Beendigung der Bildungsmaßnahme operationalisiert. Die Analyse erfolgt gesondert für a) Rehabilitanden mit erfolgreichem Abschluss (= erfolgreich) und b) nicht erfolgreichem Abschluss bzw. Maßnahmeabbruch (= nicht erfolgreich).

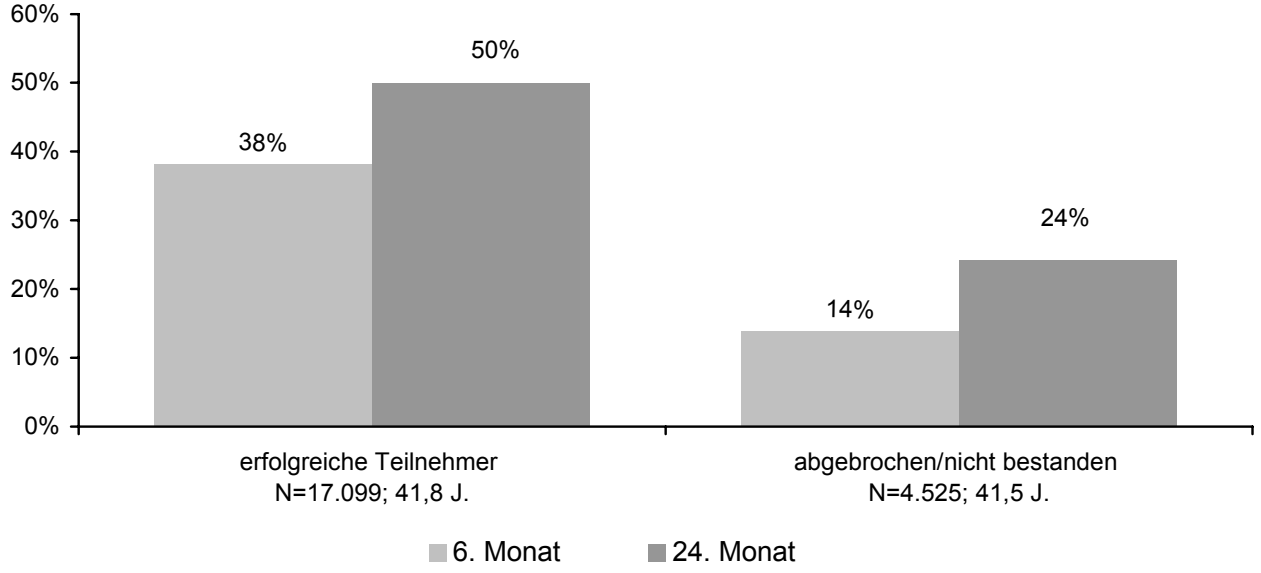
Die Daten werden deskriptiv u. a. mit Hilfe einer Sterbetafelanalyse ausgewertet (SPSS 18).

Empirische Ergebnisse

2005 schlossen insgesamt 26.199 Rehabilitanden ihre berufliche Bildungsmaßnahme ab: 17.099 Teilnehmer (65 %) beendeten die Maßnahme regulär (= erfolgreich) und 4.525 (17 %) brachen ihre Maßnahme ab oder bestanden die Abschlussprüfung nicht (= nicht er-

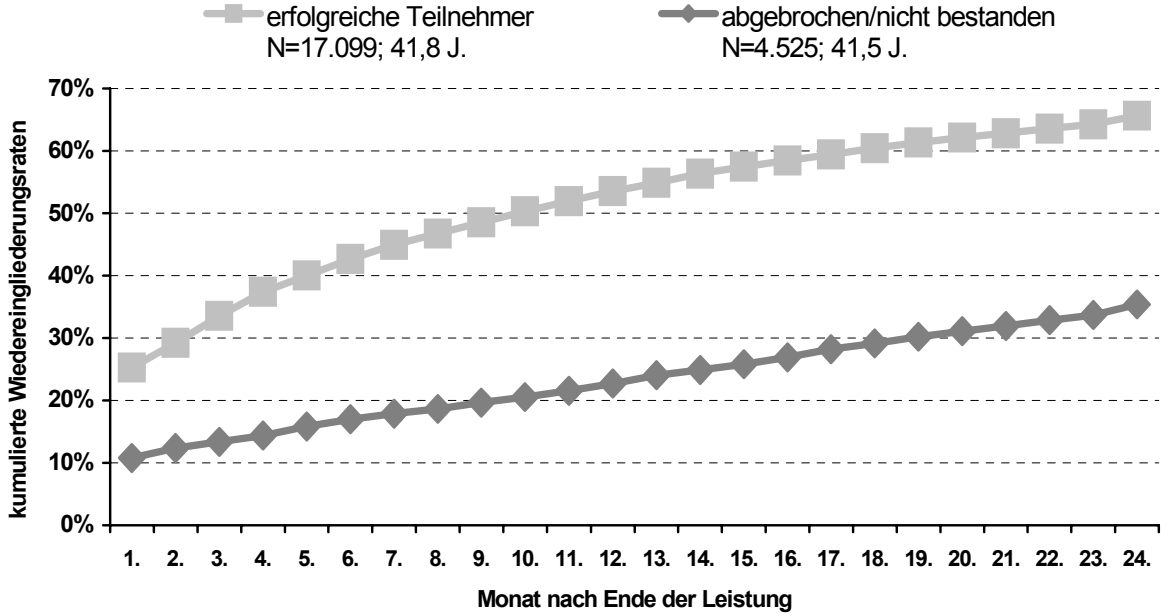
folgreich). Für weitere 4.575 (18 %) Rehabilitanden lag das Ergebnis der Maßnahme nicht vor.

Die beiden Zeitpunktmessungen 6 und 24 Monate nach der Bildungsmaßnahme zeigen für die erfolgreichen Rehabilitanden berufliche Eingliederungsquoten von 38 % und 50 % gegenüber Integrationsquoten von 14 % und 24 % für die nicht erfolgreichen (vgl. Abb. 1).



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), Erhebungsjahr 2008, Berichtszeitraum 2000-2007
Abb. 1: Wiedereingliederung im 6. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsmaßnahme mit Ende im Jahr 2005 - nach Maßnahmeerfolg

Aus den kumulierten Wiedereingliederungsraten wird deutlich, dass von den erfolgreichen Rehabilitanden innerhalb von 24 Monaten 66% mindestens einmal für einen Monat erwerbstätig waren, bei den nicht erfolgreichen waren es nur 35 % (vgl. Abb. 2).



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), Erhebungsjahr 2008, Berichtszeitraum 2000-2007
Abb. 2: Kumulierte Wiedereingliederungsraten für berufliche Bildungsleistungen mit Ende im Jahr 2005 - nach Maßnahmeerfolg

Weiterhin waren Frauen zu den Zeitpunkten 6 bzw. 24 Monate nach Maßnahmeabschluss etwas seltener versicherungspflichtig beschäftigt als Männer (6M: 32 % vs. 34 %, 24 M: 41 % vs. 46 %, kumulative Messung: 56 % vs. 60 %). Eine Stratifizierung für die Maßnahmearten zeigt zudem für Teilnehmer der beruflichen Weiterbildung höhere Integrationsquoten als für die qualifizierenden und Integrationsmaßnahmen (24 M: 50 % vs. 44 %, vs. 37 %, kumulative Messung: 62 % vs. 60 % vs. 52 %).

Schlussfolgerung

Die Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsmaßnahmen variiert in Abhängigkeit zur verwendeten Methodik und definierten Bezugspopulation. Eine einseitige Betrachtung der empirischen Befunde birgt die Gefahr einer Unter- bzw. Überschätzung des Ergebnisses. Eine vollständige und unverzerrte Abbildung der Wiedereingliederung sollte daher neben der Zeitpunktmessung und der kumulativen Beschreibung der beruflichen Eingliederung auch die zugrunde gelegte Bezugspopulation in den Fokus nehmen.

Zu prüfen ist hierbei auch die Bedeutung verschiedener Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung, wie z. B. Arbeitsmarktlage, Rehabilitandencharakteristika/Heterogenität von Rehabilitandengruppen und leidensgerechte berufliche Tätigkeit (Slesina, Rennert, 2009; Zollmann, Erbstößer, 2010; Beiderwieden, 2001).

Literatur

Beiderwieden, K. (2001): Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Sonderdruck. Mitteilungen der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 34. 182-205.

Slesina, W., Rennert, D. (2009): Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Grünbeck, P. Klosterhuis, H. (2006): Berufliche Wiedereingliederung nach berufsbildender Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben - Vergleich von unterschiedlichen Methoden zur Erfolgsmessung und -bewertung. DRV-Schriften, Bd. 64. 88-89.

Zollmann, P., Erbstößer, S. (2010): Leistungen zur beruflichen Bildung - Prädiktoren der Wiedereingliederung auf Basis der RV-Routinedaten. DRV-Schriften, Bd. 88. 201-203

Abbrüche bei beruflichen Bildungsleistungen - Analyse der Angaben aus der Teilnehmerbefragung

Erbstößer, S.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Ziel der beruflichen Bildung der Deutschen Rentenversicherung (RV) ist die Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit und die Erhaltung und Erlangung der Erwerbsfähigkeit bzw. -tätigkeit (Erbstößer et al., 2008). Ein Indikator hierfür ist die Wiedereingliederung im Anschluss an eine Maßnahme. Dem Maßnahmeabschluss kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu: Nach der Analyse der RV-Verlaufsstatistik liegen die Integrationschancen von Abbrechern deutlich niedriger als die von Nicht-Abbrechern (Erbstößer, Grünbeck, 2007), Auswertungen zu Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung belegen die Bedeutung des Maßnahmeabschlusses (Zollmann, Erbstößer, 2010; Erbstößer, 2010).

Fragestellung

Eine Auswertung detaillierter Informationen über die subjektive Sicht der Rehabilitanden, erhoben durch die Teilnehmerbefragung der Rentenversicherung, soll hierzu nähere Aufschlüsse geben: Worin unterscheiden sich Abbrecher und Nicht-Abbrecher, beurteilen sie ihre Maßnahmen unterschiedlich, zeigen sich Unterschiede in der beruflichen Wiedereingliederung und lassen sich daraus konkrete Empfehlungen für den Reha-Prozess ableiten?

Methodik und Studiendesign

Seit Juli 2006 wird von der Rentenversicherung eine Teilnehmerbefragung, der so genannte "Berliner Fragebogen", eingesetzt. Die Befragung ist ausgerichtet auf Absolventen beruflicher Bildungsleistungen (Qualifizierungen, Aus- und Weiterbildungen, Integrationsmaßnahmen). Ihr Ziel ist die Erfassung der Zufriedenheit der Versicherten mit Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Bildungsleistung ein halbes Jahr nach dem Ende der Leistung. Für den Befragungszeitraum Juli 2007 bis Dezember 2008 liegen insgesamt von n=10.948 Absolventen beruflicher Bildungsleistungen Fragebogenangaben und von n=8.831 zusätzliche Angaben aus den RV-Routinedaten (Alter, Geschlecht etc.) vor. Der Fragebogenrücklauf lag nach einmaliger Erinnerung bei 44 %.

Ergebnisse

Bei Ende der Leistung sind die antwortenden Teilnehmer 43,3 Jahre alt, der Frauenanteil liegt bei 40 %. 43 % Leistungen werden in Berufsförderungswerken (BFW), 49 % in so genannten sonstigen Bildungseinrichtungen und 6 % im Betrieb erbracht (sonstiges 2 %). Es entfallen 50 % auf Aus- und Weiterbildungen, 9 % auf Qualifizierungen und 41 % auf Integrationsmaßnahmen. 83 % der antwortenden Teilnehmer beenden die Maßnahme erfolgreich, weniger als 1 % fällt durch (aufgrund ähnlicher Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst und "Nicht-Abbrecher" genannt), 17 % brechen die berufliche Bildungsmaßnahme ab (im Folgenden "Abbrecher" genannt), davon knapp ⅔ aus gesundheitlichen Gründen. Im Vergleich zu den RV-Routinedaten der RSD (Reha-Statistik-Datenbasis) 2008 zeigen sich leichte Verzerrungen.

Die Abbruchquoten sind weder geschlechts- noch altersspezifisch unterschiedlich, allerdings brechen Teilnehmer mit einer psychischen Erkrankung die Maßnahme häufiger ab (24 % vs. 17 % bei Teilnehmern ohne eine psychische Erkrankung). Etwa 75 % der Abbrecher wie auch der Nicht-Abbrecher fühlten sich zum Zeitpunkt der Antragstellung in ihrer Berufsausübung stark eingeschränkt. Allerdings werden sowohl der aktuelle Gesundheitszustand als auch die gesundheitliche Besserung im Vergleich zum Zeitpunkt der Antragstellung von Abbrechern deutlich schlechter eingeschätzt (s. Abb.1).

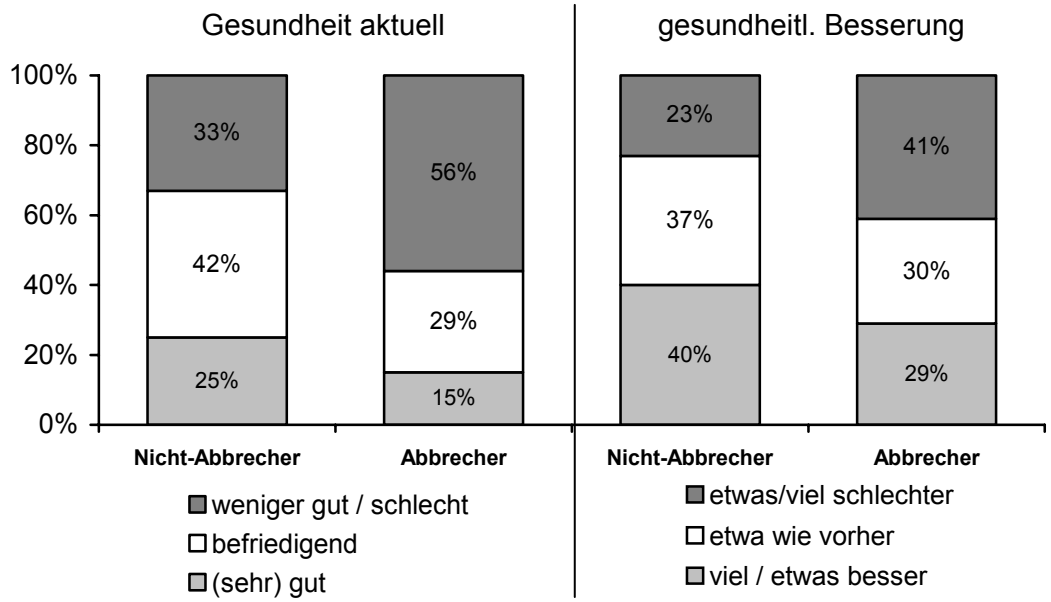


Abb.1: Gesundheitliche Situation von Nicht-Abbrechern und Abbrechern (Berliner Fragebogen, Frage 3 u. 4, Ende der Maßnahme in 2007/08)

Insgesamt 53 % der Teilnehmer sind in den (etwa 7-9) Monaten nach der Maßnahme mindestens einmal erwerbstätig gewesen. Dabei gelingt Abbrechern wesentlich seltener die Wiedereingliederung (26 %) als Nicht-Abbrechern (57 %). Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ist mit ¾ vergleichbar hoch, Abbrecher sind jedoch etwas häufiger befristet eingestellt (43 % vs. 36 % Nicht-Abbrecher). Auch ist die gesundheitliche Situation der arbeitenden Abbrecher etwas schlechter: 39 % geben an, weiterhin Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme zu haben (32 % der Nicht-Abbrecher) und fühlen sich auch häufiger dadurch in ihrer Erwerbstätigkeit benachteiligt (29 % vs. 19 % der Nicht-Abbrecher).

Abbrecher beurteilen auch die Maßnahme insgesamt schlechter: So sind z. B. nur 44 % der Abbrecher der Meinung, dass ihre eigenen Vorstellungen bei der Wahl der Leistung einbezogen wurden (54 % der Nicht-Abbrecher). Mit der Maßnahme insgesamt zufrieden sind nur 28 % der Abbrecher im Vergleich zu 53 % der Nicht-Abbrecher. Auch die Auswirkungen der Maßnahme werden insgesamt negativer bewertet: Abbrecher sind häufiger der Meinung, dass sie den Arbeitsplatz auch ohne die Maßnahme bekommen hätten (51 % vs. 28 %), dass sie ihr erlerntes Wissen nicht anwenden können (32 % vs. 19 %) und die Tätigkeit ohne die Maßnahme ausführen könnten (54 % vs. 32 %).

Schlussfolgerung / Diskussion

Aus den Routinedaten wird deutlich, dass Abbrüche vorwiegend gesundheitlich begründet sind. Der Einfluss der gesundheitlichen Situation auf das Gelingen der Bildungsleistung lässt sich auch mit den Befragungsdaten nachzeichnen. Dabei ist es nicht die (gleich schlechte)

subjektive gesundheitliche Ausgangslage, die den späteren Abbruch einer Maßnahme erklärt. Vielmehr scheint eine geringere gesundheitliche Besserung während der Bildungsleistung einen Einfluss auf den Abbruch zu haben. Dies weist darauf hin, dass im Verlauf der Maßnahme nicht nur der Vermittlung von Wissen und der Verbesserung der Schlüsselqualifikationen eine hohe Bedeutung zukommt, sondern auch der Verbesserung und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Teilnehmer.

Literatur

Erbstößer, S. (2010): Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildungsleistung - Wie unterschiedlich sind die Reha-Einrichtungen? DRV-Schriften, Bd. 88. 287-289.

Erbstößer, S., Grünbeck, P. (2007): Abbruch von beruflichen Bildungsleistungen und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. DRV-Schriften, Bd. 72. 299-301.

Erbstößer, S., Verhorst. H., Lindow, B., Klosterhuis, H. (2008): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung - ein Überblick. RVaktuell, 11. 343-350.

Zollmann, P., Erbstößer, S. (2010): Leistungen zur beruflichen Bildung - Prädiktoren der Wiedereingliederung auf Basis der RA-Routinedaten. DRV-Schriften, Bd. 88. 201-203.

Positiver und negativer Reha-Verlauf - Welche Faktoren sind verantwortlich für einen Maßnahmeabbruch?

Arling, V., Schellmann, C., Spijkers, W.

RWTH Aachen

Hintergrund

Berufliche Rehabilitation setzt sich zum Ziel, Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu mildern sowie die dauerhafte "Sicherung einer den Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Teilhabe am Arbeitsleben" zu gewährleisten (SGB IX: Allgemeine Regelungen § 4).

Folglich ist es notwendig, teilnehmerspezifische Faktoren für eine erfolgreiche Rehabilitation zu kennen. Letzteres betrifft jedoch nicht nur die Auswahl der in Frage kommenden Klientel für eine rehabilitative Maßnahme, sondern auch die Identifikation ggf. notwendiger individueller Förderung des Einzelnen im Verlauf einer Reha-Maßnahme um einen erfolgreichen Reha-Verlauf zu gewährleisten bzw. um ggf. drohende Abbrüche frühzeitig zu erkennen bzw. zu vermeiden.

In der Literatur werden aktuell verschiedene Faktoren kontrovers diskutiert, die den Rehaverlauf von Rehabilitanden maßgeblich beeinflussen (z. B. Schulze, 2003; Pfeiffer, 2000; Mört, 1998). In diesem Sinne wurde mit der vorliegenden Studie untersucht, inwiefern sich Kriterien für den Abbruch einer Umschulungsmaßnahme identifizieren lassen. Besondere Berücksichtigung finden Motivationsaspekte und Persönlichkeitsvariablen.

Methode

Im Frühjahr 2010 wurde bei n=101 Rehabilitanden im Berufsförderungswerk Michaelshoven ein Jahr vor Ende der Umschulungsmaßnahme erhoben, wer die Maßnahme abgebrochen hat bzw. inwiefern "Abbrecher" (Abbruch oder Unterbrechung; n=18) sich von erfolgreichen Teilnehmern (noch in Maßnahme oder Maßnahme regulär beendet; n=83) unterscheiden.

Berücksichtigung fanden demographische Daten und Ergebnisse aus dem Reha-Assessment (kognitive Tests, Arbeitsleistung und Arbeitsverhalten). Zusätzlich wurden die Teilnehmer daraufhin untersucht, ob sie sich bzgl. spezifischer Motivationsaspekte (Leistungsmotivationsinventar von Schuler, Prochaska, 2001) bzw. Persönlichkeitsvariablen unterscheiden (NEO-FFI von Borkenau, Ostendorf, 1993). Ergänzend wurden die Daten in Bezug auf die Reintegrationsprognose, welche mit Abschluss des Reha-Assessments formuliert wird, analysiert.

Ergebnisse

Demographische Daten wie Alter und Geschlecht nehmen keinen Einfluss auf den Verlauf der Reha-Maßnahme. Psychisch erkrankte Teilnehmer erhalten hingegen eine signifikant schlechtere Prognose (χ^2 = 26.66; df=7, p<0.01), brechen aber nicht signifikant häufiger ab.

Für die kognitiven Testverfahren und die Bewertung der Arbeitsleistung im Reha-Assessment bilden sich keine signifikanten Leistungsunterschiede zwischen den Gruppen ab.

Die Gesamtbewertung des Arbeitsverhaltens fällt für die "Abbrecher" (tendenziell) schwächer aus (U=591.5; p=0.17). Das gilt für die Aspekte Instruktionsverständnis (U=593.0; p=0.14) und Arbeitstempo (U=603.0; p=0.18) und insbesondere hinsichtlich Lernfähigkeit (U=536.0; p=0.04) und Bewertung der Sorgfalt (U=537.5; p=0.04).

Für die Leistungsmotivation berechnen sich hinsichtlich der Aspekte Kompensatorische Anstrengung (t[99]=-2.25, p=0.03) und Selbstkontrolle (t[99]=-1.99, p<=0.05) Unterschiede dahingehend, als dass sich die "Abbrecher" signifikant schwächer einschätzen.

Hinsichtlich der erfassten Persönlichkeitsaspekte (NEO-FFI) berechnet sich für die Skala Neurotizismus eine tendenziellen Differenz zwischen den Gruppen dahingehend, dass sich "Abbrecher" etwas negativer einschätzen (t[99]=1.45, p=0.15). Hinsichtlich der Skala Verträglichkeit schätzen sich die "Abbrecher" tendenziell weniger verträglich ein (t[99]=-1.77, p=0.08).

Keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen konnten bzgl. Hardiness (Stressresistenzmaß) und Beruflicher Selbstwirksamkeit festgestellt werden. Deskriptiv zeichnen sich allerdings Tendenzen zugunsten der Nicht-Abbrecher ab.

Insgesamt wurde für "Abbrecher" eine signifikant schlechtere Reintegrationsprognose ausgesprochen (χ^2=5.6; p=0.06).

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass eine zusätzliche Erfassung von Motivations- bzw. Persönlichkeitsaspekten eine sinnvolle Ergänzung zur aktuellen Diagnostik während des Reha-Assessments darstellt. Auf diese Weise könnten ggf. drohende Abbrüche früher erkannt bzw. auf spezifische Förderbedarfe gezielter eingegangen.

Darüber hinaus hat sich die Reintegrationsprognose bzgl. eines Maßnahmeabbruchs als weitgehend valide erwiesen.

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung untersuchte Stichprobe wird Anfang 2011 die Umschulungsmaßnahme abschließen. Die vorliegende Analyse wird dann um entsprechende Ergebnisse zum Reintegrationsstatus ergänzt werden.

Literatur

Borkenau, P., Ostendorf, F. (1993): NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI). Göttingen: Hogrefe.

Mört, I. (1998): Ursachen und Folgen von Abbrüchen in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel des BBRZ Linz. Linz Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung.

Pfeiffer, I. (2000): Berufliche Umorientierung: Ressourcen und Risikofaktoren. Eine empirische Studie zum Umschulungserfolg im Kontext beruflicher Rehabilitation. http://diss.fu-berlin.de/2000/122/index.html.

Schuler, H., Prochaska, M. (2001): Leistungsmotivationsinventar (LMI) - Dimensionen berufsbezogener Leistungsorientierung. Göttingen: Hogrefe.

Schulze, S. (2003): Evaluation eines Qualitätssicherungsinstruments. Der individuelle Integrations- und Förderplan mit dem Außenkriterium Abbruch. Unveröffentlichte Diplomarbeit der RWTH Aachen.

Beeinträchtigen Kontexteffekte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beruflicher Bildungsleistungen?

Streibelt, M. (1), Bethge, M. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Bei der Bewertung der Ergebnisqualität beruflicher Bildungsleistungen wird hauptsächlich auf zwei zentrale Maße zurückgegriffen: das reguläre Maßnahmeende (RME) sowie die berufliche Wiedereingliederung (Return to Work, RTW). Sowohl in der Qualitätssicherung wie auch der Wirksamkeitsanalyse werden auf Basis dieser Maßzahlen Vergleiche zwischen Untersuchungsgruppen, Einrichtungen, Maßnahmen o. ä. angestellt.

Zu individuellen Teilnehmermerkmalen und bestimmten Kontextmerkmalen, die beim Einrichtungsvergleich als Confounder zu berücksichtigen sind, liegen zahlreiche Studien vor (Bestmann, 2010; Köster et al., 2007; Slesina, Rennter, 2009; Tesmer et al., 2008; Zollmann, Erbstößer, 2010). Bislang weniger im Fokus stand die Frage, ob bestimmte Confounder je nach Maßnahme unterschiedliche Einflüsse entfalten bzw. ob maßnahmebezogene Parameter einen Einfluss auf die individuellen Ergebnisse ausüben.

Zielstellung

Die Analyse knüpft an die Ergebnisse einer früheren Untersuchung an (Streibelt, Springer, 2010). Es werden zwei weiterführende Fragen thematisiert:

(a) Existieren auf der Maßnahmeebene aggregierte Informationen, die über individuelle Confounder hinaus Einflüsse auf die Ergebnisqualität besitzen?

(b) Wird die Qualität beruflicher Bildungsleistungen je nach Maßnahme unterschiedlich von bestimmten Confoundern beeinflusst?

Methodik

Grundlage sind Bildungsmaßnahmen freier Bildungsträger (FBT), die von 2005 bis 2009 durch die DRV Bund anerkannt wurden und bei denen die individuellen Eingliederungsbögen sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme bis zum 31.12.2009 vorlagen. Damit stehen 3.878 Teilnehmer aus 486 Maßnahmen, die an 186 Schulungsstätten durchgeführt wurden, zur Verfügung.

Es wurden hierarchische Mehrebenenmodelle (HMM) mit einer Logit-Verknüpfung geschätzt. Zielvariablen waren das RME und die RTW. Das Alter in 10-Jahresschritten, das Geschlecht, die Maßnahmeart, das Abschlussjahr, die lokale Arbeitslosenquote in 10%-Schritten, das Durchschnittsalter der Teilnehmer (in 10-Jahresschritten) sowie der durchschnittliche Anteil Frauen in einer Maßnahme fanden als feste Effekte Berücksichtigung. Als Kontexteffekt wurde die lokale Arbeitslosenquote mit einem auf Maßnahmeebene variierenden Steigungskoeffizienten (random slope) modelliert.

Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 45,2 Jahre (SD=7,2; Range: 19-63), 66,6 % waren weiblich. Die Verteilung der Maßnahmearten war: 9,8 % Vollqualifikationen (VQ), 31,8 % Teilqualifikationen (TQ), 36,6 % Integrationsmaßnahmen (IN) und 21,9 % Integrationsmaßnahmen bei psychisch kranken Menschen (IN-PS). 75,6 % der Teilnehmer beendeten die Maßnahme regulär, die RTW-Quote betrug 41,2 %.

Über die bekannten und bereits letztjährig berichteten Effekte hinaus bestätigte sich ein signifikanter Effekt auf die RTW-Quote für das durchschnittliche Alter aller Teilnehmer einer Maßnahme (OR=0,74; 95 %-KI: 0,55-0,98). Erhöhte sich das mittlere Alter der aus einer Maßnahme stammenden Teilnehmer um 10 Jahre, so sank die individuelle Chance der RTW unabhängig vom individuellen Alter um etwa 26%. Dieser Effekt war über die berücksichtigten Maßnahmen hinweg konstant. Darüber hinaus zeigte sich im Mittel ein positiver Zusammenhang zwischen lokaler Arbeitslosenquote und RME (OR=1,67; 95 %-KI: 1,10-2,54). Dieser konnte für das RTW nicht nachgewiesen werden (OR=1,04; 95 %-KI: 0,74-1,45). Die Steigungskoeffizienten, d. h. die Stärke des Zusammenhangs, variierten zwischen den Maßnahmen jedoch in beiden Fällen erheblich.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Analysen legen zwei Schlüsse nahe:

(a) Es deutet sich an, dass bestimmte Effekte auf die Ergebnisqualität beruflicher Bildungsleistungen zwischen den Maßnahmen variieren. Beispielhaft wurde dies für die lokale Arbeitslosenquote dargestellt.

(b) Unabhängig davon konnte gezeigt werden, dass Eigenschaften der Maßnahme selbst das individuelle Ergebnis beeinflussen. So nimmt die individuelle Wahrscheinlichkeit der beruflichen Wiedereingliederung mit steigendem Altersdurchschnitt ab.

Sowohl in der Wirksamkeitsforschung als auch in der Qualitätssicherung sollte dies Berücksichtigung finden. Angezeigt scheinen die weitere Analyse des Einflusses maßnahmebezogener Faktoren sowie variierende Einflüsse von Confoundern bei vergleichenden Studien.

Literatur

Bestmann, A. (2010): Einflussfaktoren auf das Ergebnis beruflicher Bildungsmaßnahmen der Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd. 88. 281-282.

Köster, T., Fehr, M., Slesina, W. (2007): Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken - ein Prognosemodell. Die Rehabilitation, 46. 258-265.

Slesina, W., Rennert, D. (2009): Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Streibelt, M., Springer, K.D. (2010): Zur Qualitätssicherung beruflicher Bildungsleistungen - Eine Analyse der Integrationsergebnisse freier Bildungsträger 2004-2009. DRV-Schriften, Bd. 88. 51-53.

Tesmer, I., Radoschewski, F.M., Erbstößer, S., Müller-Fahrnow, W. (2008): Hat die Art beruflicher Bildungsmaßnahmen einen Einfluss auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben? DRV-Schriften, Bd. 77. 259-261.

Zollmann, P., Erbstößer, S. (2010): Leistungen zur beruflichen Bildung - Prädiktoren der Wiedereingliederung auf Basis der RV-Routinedaten. DRV-Schriften, Bd. 88. 201-203.

Prozessprofiling und -monitoring: Ein Instrument zur Steuerung und Organisation des individuellen beruflichen Rehabilitationsverlaufs

Schellmann, C., Kleon, S., Arling, V., Frost, M., Spijkers, W.
Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, RWTH Aachen

Hintergrund

Um das neue Reha-Modell in die Praxis umzusetzen, haben sich 19 Berufsförderungswerke (BFW) gemeinsam dazu entschlossen mit der RWTH Aachen ein Prozessprofiling und -monitoring Instrument zu entwickeln. Dieses Instrument unterstützt die Organisation und Steuerung der individuellen Reha- und Integrationsprozesse und soll die Subjekt- und Integrationsorientierung der Qualifizierung erhöhen. Hierzu bietet es neben der standardisierten Erfassung von integrationsrelevanten Schlüssel-, Gesundheit- und Fachkompetenzen auch Raum zur Dokumentation von Zielvereinbarungen und Fördermaßnahmen.

Ausgehend von unterschiedlichen Startlösungen der BFWe zum Prozessprofiling (PP) wird innerhalb von drei Jahren gemeinsam ein einheitliches Prozessprofiling entwickelt und evaluiert, das in ähnlicher Form auch zum Prozessmonitoring (PM) verwendet werden kann. Zielsetzung der Evaluation ist es, die Haupt- und Nebengütekriterien zu bestimmen sowie das Instrument unter starker Einbeziehung der Anwender im Sinne einer formativen Evaluation kontinuierlich zu optimieren. In mehreren Untersuchungsreihen werden Objektivität, Reliabilität, Validität, Akzeptanz, Ökonomie und Handhabbarkeit des Instruments beurteilt.

Methodik

In Untersuchungsreihe 1 wurden mittels Prozessprofiling und -monitoring die Selbst- und Fremdeinschätzungsdaten von 686 Rehabilitanden erfasst. Zur Bestimmung der Kriteriumsvalidität wurden zusätzlich noch weitere etablierte psychologische Testverfahren wie z. B. der NEO-FFI (NEO Fünf-Faktoren-Inventar von Borkenau, Ostendorf, 1993) eingesetzt.

Im Rahmen von Untersuchung 2 wurden 173 Arbeitgeber zur Bestimmung der inhaltlichen Validität des Instruments befragt.

In Untersuchungsreihe 3 haben sich 62 Studenten zur Überprüfung der Retestreliabilität in einem zweiwöchigen Zeitintervall zweimal mit dem Instrument selbst eingeschätzt bzw. wurden mit dem Verfahren beurteilt.

An einer Akzeptanzbefragung haben 109 Anwender (Mitarbeiter der BFW)* und 81 Rehabilitanden teilgenommen.

---

* Bad Pyrmont, Bad Wildbad, Berlin, Birkenfeld, Brandenburg, Dortmund, Düren, Goslar, Halle, Hamm, Heidelberg, Koblenz, Köln, Mainz, Oberhausen, Sachsen-Anhalt, Schömberg, Stralsund, Weser-Ems

Ergebnisse

Reliabilität

- Sowohl Cronbach´s Alpha als auch die Retest-Reliabilitäten der Subskalen liegen über alle Untersuchungsreihen hinweg im zufrieden stellenden bis sehr guten Bereich (α =.70-.92; r=.69-.84).

Validität

- Für die inhaltliche Validität des Verfahrens spricht, dass die PP/PM-Items von Arbeitgebern, BFW-Mitarbeitern und Teilnehmern als integrationsrelevant eingestuft werden.
- Die PP/PM-Items hängen signifikant mit konstruktnahen etablierten Testverfahren zusammen. Z. B. korreliert das PP/PM-Item "aktuelles psychisches Befinden" signifikant mit dem Neurotizismus-Wert des NEO-FFI (Borkenau, Ostendorf, 1993; r= -.47).
- Die Korrelationen zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen sind alle hochsignifikant und liegen zwischen r=.16 und r=.49.
- Die Kriteriumsvalidität zeigt sich in Unterschieden zwischen Männern und Frauen, zwischen körperlich und psychische Erkrankten sowie zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern (s. Abb.1). So fallen die Bewertungen von Abbrechern in allen Skalen des Instruments signifikant schlechter aus als die von Nicht-Abbrechern.

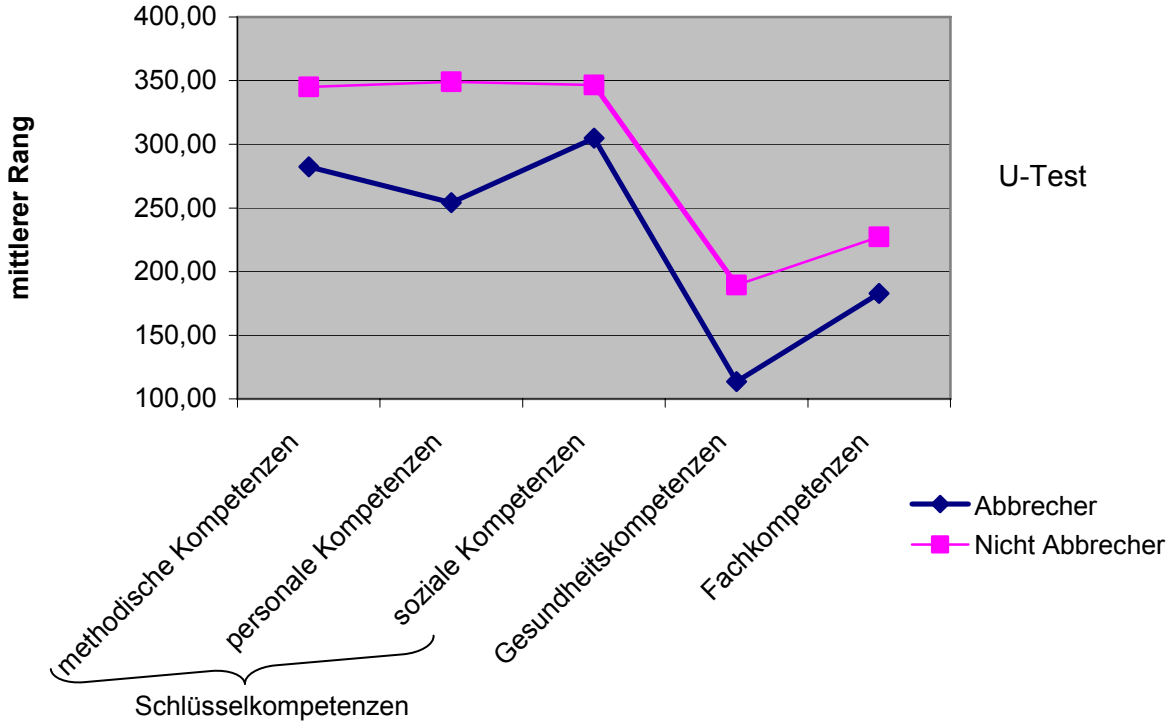


Abb. 1: Differenzen zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechen im PP/PM

Die *Akzeptanz* des Instruments wurde sowohl bei den Rehabilitanden als auch bei den Anwendern erfasst.

- 95 % der Anwender erachten das Instrument als nützlich und 72 % geben an, dass das Instrument ihnen hilft, den Rehaverlauf zu steuern. 60 % empfinden die Handhabung einfach.

- Auch die Mehrheit der Teilnehmer (80 %) erachten die erfragten Kompetenzen als integrationsrelevant und bewerten das Instrument mit einer Gesamtnote von 2,3 (Schulnotenskala).

Diskussion und Ausblick

Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Prozessprofiling und -monitoring reliabel und valide ist und von den BFW-Mitarbeitern, den Teilnehmern sowie Arbeitgebern akzeptiert wird. Im Sinne der formativen Evaluation fließen gewonnene Erkenntnisse in eine kontinuierliche Verbesserung des Instruments ein. So wurden z. B. auf Wunsch der Anwender in einem ersten Optimierungsschritt Verhaltensanker eingeführt, um die Handhabbarkeit des Instruments weiter zu steigern.

Weitere Untersuchungen zur Überprüfung der Objektivität mittels Interraterübereinstimmung folgen. Darüber hinaus werden nach Maßnahmebeendigung die Wiedereingliederungsdaten der Teilnehmer erfasst, um integrationskritische Merkmale bestimmen zu können. Die Kenntnis über solche Faktoren ist notwendig, um schon frühzeitig mit entsprechenden Maßnahmen eventuell bestehende Integrationshemmnisse zu beheben und somit die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung zu maximieren.

Literatur

Borkenau, P., Ostendorf, F. (1993): NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI). Göttingen: Hogrefe.

Erwartungshaltungen von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen als Einflussgröße für die Wiedereingliederung nach beruflicher Rehabilitation

Flach, T.H.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule, Köln

Hintergrund

Ziel der beruflichen Rehabilitation ist die Teilhabe am Arbeitsleben. Zur Ausgestaltung und Verbesserung der Integrationsbemühungen von Seiten der Berufsförderungswerke (BFW) bedarf es Hinweise zu relevanten interventionszugänglichen Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung. In der Literatur werden personbezogene Merkmale als einflussreiche Faktoren auf die Wiedereingliederung in Arbeit diskutiert (Flach et al., 2010; Slesina et al., 2010; Reithmayr, 2008). Das Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, bewerbungs- und wiedereingliederungsbezogene Erwartungen auf ihren Einfluss hinsichtlich der Integration in Arbeit zu untersuchen.

Methodik

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Modellprojektes wurden 115 RehabilitandInnen aus 3 BFWen zum Ende einer 2-jährigen abschlussorientierten Qualifizierung zu ihren Erwartungen hinsichtlich des Bewerbungshandelns und der

Wiedereingliederung befragt sowie 8 Monate nach Beendigung der beruflichen Rehabilitation zum Integrationsstatus. Folgende bewerbungs- und wiedereingliederungsbezogene Erwartungskonstrukte wurden untersucht (s. Abb. 1):

- Kompetenzerwartung,
- Kontrollerwartung,
- Situationsspezifischer Optimismus,
- Folgeerwartung.

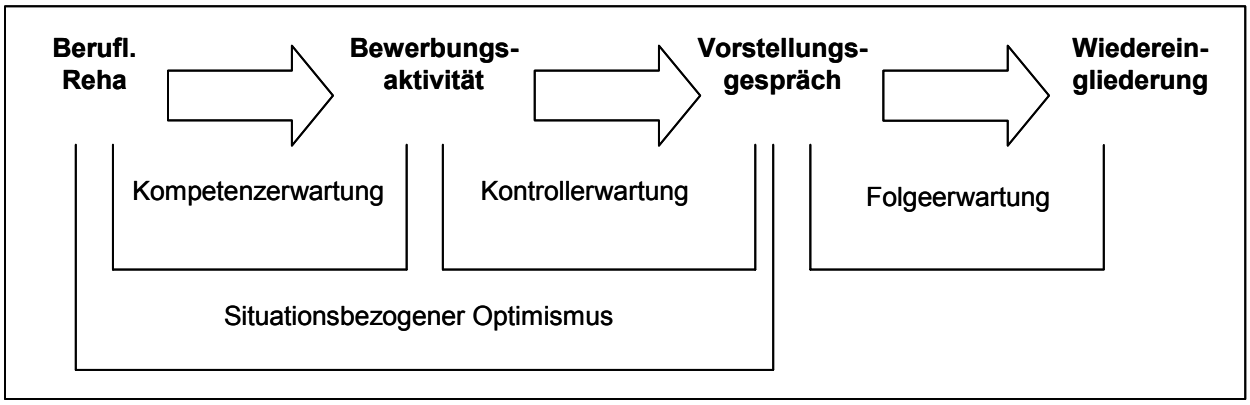


Abb. 1: Erwartungshaltungen und Ereignisstadien im Wiedereingliederungsprozess

Die bewerbungsbezogene Kompetenzerwartung ist die Überzeugung von den eigenen Fähigkeiten, Bewerbungshandlungen ausführen zu können. Davon unterscheidet sich die bewerbungsbezogene Kontrollerwartung als Ausmaß mit dem ein Subjekt glaubt, dass eine Einladung zu einem Vorstellungsgespräch abhängig vom eigenen Bewerbungshandeln, oder der eigenen Kontrolle entzogen ist. Der situationsspezifische Optimismus beschreibt die positive Erwartungshaltung, dass ohne Berücksichtigung des Bewerbungshandelns ein positives Ergebnis eintritt. Die wiedereingliederungsbezogene Folgeerwartung ist die Überzeugung, dass nach einem geführten Vorstellungsgespräch auch eine Arbeitsstellenzusage steht.

Das Befragungsinstrument wurde in einer Voruntersuchung auf die Testgütekriterien hin überprüft. Es liegen zufriedenstellende bis gute Testkennwerte vor.

Ergebnisse

Acht Monate nach einer 2-jährigen abschlussorientierten Qualifizierung in den BFWen waren 50 % der Rehabilitanden wiedereingegliedert. Sie unterscheiden sich signifikant von den arbeitslosen Rehabilitanden hinsichtlich der bewerbungsbezogenen Kompetenzerwartung ($p<.05$, $d=.44$), der Folgeerwartung ($p<.01$, $d=.63$) und des spezifischen Optimismus ($p<.01$, $d=.64$). Bezüglich der bewerbungsbezogenen Kontrollerwartungen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die bewerbungs- und wiedereingliederungsbezogenen Erwartungshaltungen werden durch berufsbiografische und bewerbungsbezogene Merkmale sowie der regionalen Arbeitsmarktsituation beeinflusst.

Diskussion

Wiedereingegliederte Rehabilitanden haben zum Ende der beruflichen Rehabilitation signifikant höhere bewerbungs- und wiedereingliederungsbezogene Erwartungshaltungen mit Ausnahme der Kontrollerwartungen. Erwartungshaltungen werden durch Erfahrungen und

der Bewertung der Situation gebildet. In diesem Zusammenhang haben die berufsbiografische Historie (Arbeitslosigkeit), die Bewerbungsaktivität während der Maßnahme und die regionale Arbeitslosenquote einen Einfluss auf die Bildung der Erwartungshaltungen, die jedoch nicht ausschließlich dadurch erklärt werden.

Literatur

Flach, T., Begerow, B., Schmidt, C. (2010): Allgemeine und bewerbungsspezifische Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung nach abschlussorientierter Qualifizierung. DRV-Schriften, Bd. 88. 294-295.

Reithmayr, K. (2008): Soziale Unterstützung - ein Erfolgsfaktor für den beruflichen Wiedereinstieg nach einer beruflichen Rehabilitation? Universität Köln, http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2008/2484/pdf/Dissertation_Veroeffentlichung.pdf.

Slesina, W., Rennert, D., Patzelt, C. (2010): Prognosemodelle zur beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen. Die Rehabilitation, 49. 237-247.

Wege von der Schule ins Erwerbsleben - Ergebnisse einer IAB-Befragung jugendlicher Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit

Rauch, A., Zaleska-Beyersdorf, J.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Hintergrund

Über 46.000 Jugendliche und junge Erwachsende werden jährlich bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) als Rehabilitanden in Ersteingliederung anerkannt. Ziel der beruflichen Ersteingliederung ist die Förderung der beruflichen Ausbildung behinderter und von Behinderung bedrohter Schulabgänger des allgemeinen Bildungssystems, um ihre nachhaltige Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu erreichen (BA, 2008). Die Förderung junger Menschen, deren Startbedingungen durch chronische Krankheit oder Behinderung zusätzlich erschwert sind (Pfahl, Powell, 2010), ist ein besonders wichtiges arbeitsmarkt- und sozialpolitisches Ziel. Denn Analysen der qualifikationsspezifischen Arbeitslosigkeit zeigen, dass qualifizierte Arbeitskräfte im Durchschnitt besser als Unqualifizierte vor Arbeitsmarktrisiken geschützt sind (Reinberg, Hummel, 2007). Aus der Übergangs- und Lebenslaufforschung (Blossfeld, 1990, Konietzka, 2002) ist ferner bekannt, dass eine gelungene Statuspassage in das Erwerbsleben eine wesentliche Bedingung für die spätere erfolgreiche Arbeitsmarktintegration darstellt. Über den Übergangsprozess jugendlicher Rehabilitanden an der "ersten Schwelle" und in das Erwerbsleben liegen allerdings bislang nur wenige repräsentative Forschungsergebnisse vor.

Zielsetzung und Methodik

Im Zentrum der empirischen Analyse stehen daher Wege der TeilnehmerInnen der beruflichen Ersteingliederung zwischen Schule und Arbeitsmarkt. Das Ziel der Studie ist es, zu einem besseren Verständnis der (Dis)Kontiuität des Übergangsprozesses und der Bedeutung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Bewältigung der Statuspassage in das

Erwachsenenleben beizutragen. Dieser Übergangsprozess wird mittels einer Sequenzmusteranalyse untersucht, in welcher neben weiterer Arbeitsmarktstatus die Teilnahmen an Maßnahme(ketten)n im Zuge der Förderung berücksichtigt werden. Datengrundlage ist eine IAB-Befragung von Rehabilitanden, die im Jahr 2006 eine allgemeine oder rehaspezifische Maßnahme bei der BA abgeschlossen haben. Für die vorliegenden Analysen wurden Daten der ersten beiden Befragungswellen (2007 und 2008, n=985) benutzt.

Ergebnisse

Acht von zehn Rehabilitanden in Ersteingliederung sind zwischen 16 und 24 Jahren alt, nur 16 % sind älter. Zumeist verfügen sie über eine niedrige schulische Qualifikation. So besitzt knapp ein Viertel zum Zeitpunkt der zweiten Befragungswelle (noch) keinen allgemeinen Schulabschluss, knapp jeder dritte hat einen allgemeinen Hauptschulabschluss.

Den Kernbereich der Hauptmaßnahmen, die sie besucht haben, stellt mit fast 60 % die berufliche Ausbildung im dualen oder schulischen System dar. Eine wichtige Rolle spielen mit insgesamt 17 % auch berufsvorbereitende Maßnahmen und Maßnahmen der beruflichen Orientierung. Es zeigt sich auch, dass ein minimaler Anteil der Rehabilitanden nur eine Maßnahmeteilnahme aufweist - der Regelfall sind Maßnahmeketten mit durchschnittlich drei Maßnahmen.

Betrachtungen der arbeitsmarktbiographischen Ereignisse zwischen dem Abgang aus der allgemeinbildenden Schule und der ersten beruflichen Eingliederung bzw. dem Zeitpunkt des zweiten Interviews ergeben ein vielschichtiges Bild: Etwa 30 % der Befragten weisen während dieses Beobachtungszeitraums eine wiederkehrende, im Durchschnitt mindestens einmal im Jahr vorkommende Arbeitslosigkeit auf. Eine Mehrheit von gut zwei Dritteln war hingegen seltener arbeitslos - hier kann gemessen an der Anzahl der Arbeitslosigkeitsepisoden von einem in der Tendenz kontinuierlichen Übergang in den Arbeitsmarkt gesprochen werden. Betrachtet man Erwerbstätigkeit, so zeigt sich, dass rund 40 % der Befragten im Beobachtungszeitraum mindestens einmal für die Dauer von sechs Monaten oder länger beschäftigt waren. Ferner befand sich rund ein Viertel der Befragten bei der zweiten Befragung in Ausbildung.

Diskussion und Ausblick

Die bisherigen Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die Wege junger Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt vielfältig gestalten. Einer erfolgreichen Teilhabe am Arbeitsleben stehen bei Teilen der Befragten Verfestigungstendenzen in Arbeitslosigkeit bzw. "Maßnahmekarrieren" ohne nachhaltige Eingliederung in Arbeit gegenüber. Ob diese bei Vorliegen bestimmter Übergangsmuster wahrscheinlicher wird, muss in einem nächsten Schritt unter Einbezug der Ergebnisse der dritten Befragunsgwelle (2010) analysiert werden.

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2008): Handlungsprogramme im Bereich Reha/SB. Leitfaden. Nürnberg.

Blossfeld, H.-P. (1990): Berufsverläufe und Arbeitsmarktprozesse. In: Mayer, K.U. (Hrsg.): Lebensverläufe und sozialer Wandel. Opladen: Westdeutscher Verlag.118-145.

Konietzka, D. (2002): Die soziale Differenzierung der Übergangsmuster in den Beruf. Die "zweite Schwelle" im Vergleich der Berufseinstiegskohorten 1976-1995. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 54/4. 645-673.

Pfahl, L., Powell, J. (2010): Draußen vor der Tür: Die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung. Aus Politik und Zeitgeschichte, 23. 32-38.

Reinberg, A., Hummel, M. (2007): Schwierige Fortschreibung. Der Trend bleibt - Geringqualifizierte sind häufiger arbeitslos. IAB-Kurzbericht, 18.

Berufliche Rehabilitation von psychisch Erkrankten: Eine systematische Literaturübersicht

Friedrich-Gärtner, L., Niehaus, M.

Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln

Hintergrund

Der Nutzen der beruflichen Reintegration ist bereits in vielen Studien belegt. Es existiert in Deutschland derzeit jedoch kein einheitliches und systematisches "Return-to-Work"-Konzept für psychisch Erkrankte, obwohl die Anzahl der Betroffenen in den letzten Jahren stetig anstieg (Eikelmann et al., 2005; Kobelt et al., 2006; Poersch, 2008). Vielmehr finden sich verschiedenste Modellprojekte, welche Ansätze aus dem Bereich der physischen Leiden adaptieren und nur teilweise spezielle Lösungen für psychisch Erkrankte entwickeln (Beutel et al., 2005). Es stellt sich also die Frage, welche speziellen Faktoren für eine effektive und nachhaltige berufliche Rehabilitation im Bereich der mentalen Erkrankungen tatsächlich geeignet sind.

Material und Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurden gängige Literaturdatenbanken wie MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, PSYNDEX und Verlagsdatenbanken genutzt. In die Analyse wurden Studien eingeschlossen, die die berufliche Rehabilitation von psychisch Erkrankten in Deutschland untersuchen. Zusätzliche Einschlusskriterien waren die Veröffentlichung der Artikel in englischer oder deutscher Sprache sowie die Eingrenzung des Veröffentlichungszeitraums auf die Zeit von 1990 bis 2009. Weiterhin wurden psychische Erkrankungen als Gesamtheit betrachtet und daher Publikationen zu einzelnen Störungsarten ausgeschlossen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 277 Studien ermittelt, 17 Publikationen erfüllten die Einschlusskriterien. Die Mehrzahl der Studien widmet sich den strukturellen Voraussetzungen einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation. Eine wichtige Bedingung ist demnach ein durchgängiges Partizipationsmanagement in der Rehabilitationsversorgung. Neben einigen Voraussetzungen, die auch in der beruflichen Rehabilitation körperlich Erkrankter eine wichtige Bedeutung haben - wie die Beteiligung aller Betroffenen (z. B. Familie und Arbeitgeber) oder die Nähe zum Wohnort - sollten bei Maßnahmen für psychisch Erkrankte einige Besonderheiten berücksichtigt werden. Die durchgeführten Maßnahmen sollten noch intensiver an den spe-

ziellen Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet und stärker mit der medizinischen Rehabilitation verknüpft werden. Hierbei kommt einer engen Verbindung von Akutbehandlung und Rückfallprophylaxe eine nochmals gesteigerte Bedeutung zu. Wiederholt kann beobachtet werden, dass Schwierigkeiten besonders bei den chronisch psychisch Erkrankten auftreten. Rehabilitationserfolge können i. d. R. nicht als dauerhaft gesichert angesehen werden, weshalb ein stufenförmiges Vorgehen wie bei anderen Erkrankungsarten als nicht sinnvoll zu bezeichnen ist. Die einzelnen Arbeitsangebote und Eingliederungsmaßnahmen müssen durchlässig gestaltet werden, sodass Patienten einzelne Stufen auslassen bzw. mehrmals durchlaufen können. Dies kann durch gemeindenahe Unterstützungen und durch Verbindung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung sowie durch eine engere Kooperation und Vernetzung aller Beteiligten erreicht werden.

Lediglich wenige Studien beschäftigen sich speziell mit den individuellen Voraussetzungen der Betroffenen für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation. Dabei werden der Bildungsgrad, die individuelle Zielsetzung für die Wiedereingliederung und die Motivation des Betroffenen als wichtige Assoziationsfaktoren ermittelt.

Diskussion

Eine stärkere Zusammenführung von medizinischen, beruflichen und betrieblichen Maßnahmen ist für die Optimierung der Rehabilitation psychisch Kranker anzuraten. Das Verfahren des "place and train"-Ansatzes sollte anstelle des bislang in Deutschland eher vorherrschenden "train and place"-Ansatzes angewendet werden, um die Fähigkeiten des Betroffenen soweit zu trainieren, dass sie abschließend am Arbeitsplatz getestet und umgesetzt werden können. Das Training und die Hilfen enden dabei mit der Wiedereingliederung und im Regelfall findet keine Nachbetreuung statt (Eikelmann et al., 2005).

Forderungen nach einer "Arbeitsplatz integrierenden" beruflichen Rehabilitation nachgebend wurde Ende 2008 ein Gesetz zur Einführung unterstützter Beschäftigung verabschiedet. Hierbei soll eine möglichst schnelle Platzierung auf dem Arbeitsmarkt stattfinden, so dass das Training direkt während der normalen Arbeitstätigkeit erfolgt. Eine direkte Betreuung am Wohn- und Arbeitsort, in der gewohnten sozialen Umgebung mit spezieller Ausrichtung auf die individuellen Bedürfnisse, erhöht die Chance einer erfolgreichen und nachhaltigen Rehabilitation.

Erste Umsetzungen dieser unterstützten Beschäftigung begannen Mitte 2009 (BA, 2008). Die Voraussetzungen für eine effektive und nachhaltige Reintegration wurden damit geschaffen, jedoch müssen erste Ergebnisse (auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren sowie auf wirtschaftliche, arbeits- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen bzw. Grenzen) abgewartet werden.

Literatur

BA - Bundesagentur für Arbeit (2008): Unterstützte Beschäftigung nach § 38a SGB IX. URL: www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Berufl-Qualifizierung/ Publikation/HEGA-01-2009-Unterstuetzte-Besch-Anlage2.pdf (Stand 22.12.2009).

Beutel, M.E., Zwerenz, R., Bleichner, F., Vorndran, A., Gustson, D., Knickenberg, R.J. (2005): Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation - short and long-term results from a controlled study. In: Disability and Rehabilitation. 27. 15. 891-900.

Eikelmann, B., Zacharias-Eikelmann, B., Richter, D., Reker, T. (2005): Integration psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am wirklichen Leben. Deutsches Ärzteblatt, 102/16. A-1104.

Kobelt, A., Grosch, E., Gutenbrunner, C. (2006): Wie bedeutsam ist die berufliche Reintegration (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 56/1. 15-22.

Poersch, M. (2008): Chronifizierung vermeiden, Stigmatisierung vorbeugen, Wiedereingliederung fördern. psychoneuro, 34/08. 375-377.

Reker, T., Mues, C., Eikelmann, B. (1990): Perspektiven der Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker und Behinderter - ein Überblick über den Stand und die Probleme im Landesteil Westfalen. Das öffentliche Gesundheitswesen, 52/12. 691-695.

Versorgung hörbehinderter Menschen mit Hörhilfen im Arbeitsleben durch die Integrationsämter

Beyer, C.

Landschaftsverband Rheinland, Köln

Die Frage der Übernahme der Kosten für Hörgeräte beschäftigt die Sozialleistungsträger sowie die deutsche Rechtsprechung bereits seit mehreren Jahren. Probleme treten insbesondere in Bezug auf den Umfang und die Abgrenzung der Leistungspflicht auf, wenn die Hörgeräte am Arbeitsplatz benötigt werden und die Kosten der erforderlichen Hörgeräteversorgung die zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbarten Vertragspreise übersteigen. Eine Festlegung von Höchstbeträgen findet sich auch in den für Beamte geltenden Beihilfevorschriften.

Als mögliche Leistungsverpflichtete kommen einmal als Rehabilitationsträger gemäß § 6 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) die Gesetzliche Krankenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit in Betracht. Zum anderen ist eine Leistung durch die Integrationsämter gemäß § 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX zu erwägen.

Die bedarfsgerechte Versorgung hörbehinderter Menschen mit einem Hörgerät ist zuerst eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 33 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V). Ist die Hörhilfe am Arbeitsplatz erforderlich, handelt es sich auch um eine Leistung der beruflichen Rehabilitation und damit nach § 33 SGB IX um eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, so dass neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch eine grundsätzliche Leistungsverpflichtung durch die Deutsche Rentenversicherung oder die Bundesagentur für Arbeit gegeben ist.

Die Integrationsämter erbringen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe Leistungen im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben gemäß § 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX. Nach § 102 Abs. 5 SGB IX sind die Leistungen des Integrationsamtes nachrangig. Das Aufstockungsverbot ist zu beachten. Eine vorläufige Leistungserbringung des Integrationsamtes gemäß § 102 Abs. 6 SGB IX im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist ausgeschlossen.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sowie des Bundessozialgerichts hat zur Folge, dass die Festbetragsregelung nach §§ 35 und 36 SGB V nicht uneingeschränkt gilt. Gleichzeitig führen die verbesserten technischen Möglichkeiten zu weiter steigenden Kosten für Hörhilfen.

Die Integrationsämter sind unter Berücksichtigung des zuvor Gesagten grundsätzlich zuständig für die Beschäftigte, für die kein Träger der beruflichen Rehabilitation zuständig ist und/oder die privat krankenversichert sind und bei denen die Leistungen der privaten Krankenversicherung beziehungsweise der Beihilfe ausgeschöpft sind. Dabei ist von dem Grundsatz auszugehen, dass dieser Personenkreis hinsichtlich der Bezuschussung nicht besser gestellt werden darf als in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflicht- oder freiwillig versicherte Beschäftigte.

Außerdem kommt eine Leistungsverpflichtung in Betracht, wenn die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz oder die Änderung der konkreten Tätigkeit mit höheren, betriebsbedingten kommunikativen Anforderungen verbunden ist und kein Zusammenhang mit einer fachärztlichen Indikation besteht. Gleiches gilt bei der notwendigen Nutzung zusätzlicher hörtechnischer Arbeitshilfen, wenn diese Arbeitshilfen Hörgeräte außerhalb der Festbetragsbezuschussung der Gesetzlichen Krankenversicherung als Grundversorgung technisch notwendig machen. Schließlich sind noch die hochgradig an Ertaubung grenzend schwerhörigen Beschäftigten gesondert zu berücksichtigen.

Bei Hörgeräten handelt es sich um technische Arbeitshilfen gemäß § 19 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV). Kosten für technische Arbeitshilfen können bis zu ihrer vollen Höhe übernommen werden. Die Gewährung der Hilfe steht sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach im Ermessen der Integrationsämter. Sind die beschafften Hörgeräte auch im privaten Bereich und damit außerhalb der Teilnahme am Arbeitsleben nutzbar, kann ein vom Leistungsberechtigten zu zahlender Eigenanteil festgesetzt werden.

Es ist nach wie vor nicht zufrieden stellend geklärt, nach welchen Kriterien der Leistungsumfang festgelegt und die Leistungsabgrenzung zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und den anderen in Frage kommenden Trägern andererseits erfolgen kann. Zu denken ist hier zum Beispiel an Kriterien für die Feststellung eines berufsbedingten Mehrbedarfs.

Urteile und Literatur

BVerfG, Urteil vom 17.12.2002, 1 BvL 28/95.
BSG, Urteil vom 21.08.2008, B 13 R 33/07 R.
BSG, Urteil vom 17.12.2009, B 3 KR 20/08 R.
VG Freiburg, Urteil vom 15.09.2005, 5 K 949/05.
VG Hannover, Urteil vom 11.08.2009, 13 A 6152/08.
VG Stuttgart, Urteil vom 21.10.2009, 11 K 3968/08.
VG Düsseldorf, Urteil vom 13.07.2010, 19 K 8505/09.
VG Ansbach, Urteil vom 18.08.2010, AN 15 K 10.00386.
Adlhoch in Ernst/Adlhoch/Seel, SGB IX, § 102 Rn. 112 ff.
Trenk-Hinterberger in HK-SGB IX, Anhang zu § 79, § 19 SchwbAV, Rn. 2 f.

Berufliche Gratifikationskrisen als Risikofaktor für Arbeitsfähigkeit: Ergebnisse einer Kohortenstudie

Bethge, M. (1,2), Radoschewski, F.M. (2)

(1) Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, (2) Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Aktuelle Arbeiten haben ungünstige Effekte beruflicher Gratifikationskrisen für die Arbeitsfähigkeit abhängig beschäftigter Personen angedeutet (Bethge et al., 2009). Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen geht davon aus, dass fehlende Reziprozität in der Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer durch ein erlebtes Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung negative Beanspruchungsreaktionen zur Folge hat (Siegrist, 1996). Für einen möglichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abhängig Beschäftigter liegen bislang allerdings mit einer Ausnahme nur Ergebnisse aus Querschnittsstudien vor (Bethge, Radoschewski, 2010).

Methoden

Die Datenbasis für die Untersuchung bildeten Erhebungsdaten der ersten und zweiten Welle einer großen Versichertenkohorte der Deutschen Rentenversicherung Bund (SPE-II-EMR). Die Arbeitsfähigkeit der Befragten wurde in beiden Wellen mit dem Work Ability Index (WAI) erfasst (Ilmarinen, 2009). Die überprüften Risikofaktoren wurden bei der Ersterhebung 2009 erhoben. Das Verhältnis von Verausgabung und Belohnung wurde dabei mit dem standardisierten Fragebogen von Siegrist operationalisiert (Siegrist, 1996). Zur Identifizierung von Risikofaktoren für die Inzidenz von eingeschränkter Arbeitsfähigkeit wurden ausschließlich Versicherte mit guter und sehr guter Arbeitsfähigkeit (WAI ≥ 37) bei der Ersterhebung eingeschlossen. Zur Überprüfung der Effekte wurden logistische Regressionen gerechnet. Die abhängige Variable bildeten neue Fälle eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (WAI < 37). Intervallskalierte Variablen wurden vorab z-standardisiert. Die multivariaten Analysen kontrollierten für Alter, Geschlecht, Bildung und körperliche Arbeitsschwere (Modell 1), Indikatoren des Gesundheitsverhaltens (Modell 2) sowie die beiden Dimensionen des Anforderungs-Kontroll-Modells, d. h. psychologische Anforderungen und Handlungsspielraum (Karasek et al., 1998) (Modell 3). Ein weiteres Modell 4 wurde durch rückwärtsgerichteten Ausschluss ($p < 0,1$) bei anfänglichem Einschluss aller Kovariaten geschätzt.

Ergebnisse

Die Analysen berücksichtigen 599 ganztags erwerbstätige Angestellte mit guter Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2009 (Mittleres Alter: 50,7 Jahre; 69,9 % männlich). Bei der Zweitbefragung 2010 wurden 80 neue Fälle (13,3 %) mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit gezählt.

Das Verhältnis von Verausgabung und Belohnung hatte in allen 4 Modellen einen signifikanten Einfluss auf das Auftreten neuer Fälle eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Steigerte sich das Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung um eine Standardabweichung, erhöhte sich die Chance für einen inzidenten Fall eingeschränkter Arbeitsfähigkeit um den Faktor 1,3 bis 1,5 (siehe Tab. 1). Dies galt auch bei zusätzlicher Berücksichtigung der beiden Dimensionen des Anforderungs-Kontroll-Modells (OR = 1,339; 95 % KI: 1,003 bis 1,787; p = 0,047). Im reduzierten Modell 4 konnten neben dem Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung (OR = 1,510; 95 % KI: 1,210 bis 1,885; p < 0,001) auch höheres Alter, geringe Bildung, Tabakkonsum und geringer Handlungsspielraum als Risikofaktoren für inzidente Fälle eingeschränkter Arbeitsfähigkeit identifiziert werden.

	Modell 1		***Modell 2***		***Modell 3***		***Modell 4***	
	OR	*95 % KI*	*OR*	*95 % KI*	*OR*	*95 % KI*	*OR*	*95 % KI*
Geschlecht: weiblich	1,144	0,664; 1,973	1,146	0,661; 1,987	1,082	0,619; 1,889	-	-
Alter	1,253‡	0,980; 1,602	1,268‡	0,990; 1,625	1,309*	1,016; 1,687	1,294*	1,008; 1,662
Bildung: gering	1,592‡	0,934; 2,714	1,527	0,891; 2,616	1,576	0,909; 2,733	1,558‡	0,932; 2,603
Körperliche Beanspruchung	1,062	0,860; 1,312	1,068	0,864; 1,321	1,024	0,818; 1,282	-	-
Sport: mind. 1 Stunde wöchentlich	-	-	1,046	0,607; 1,801	1,109	0,641; 1,920	-	-
Raucher	-	-	1,878*	1,085; 3,249	1,989*	1,143; 3,462	1,925*	1,117; 3,318
Psychologische Anforderungen	-	-	-	-	1,234	0,913; 1,669	-	-
Handlungsspielraum	-	-	-	-	0,742*	0,589; 0,934	0,741*	0,590; 0,931
ER-Ratio	1,526***	1,218; 1,913	1,544***	1,225; 1,945	1,339*	1,003; 1,787	1,510***	1,210; 1,885

n = 599; OR Odds Ratio; KI Konfidenzintervall; ER-Ratio Effort-reward ratio (Verhältnis von Verausgabung und Belohnung); *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; ‡ p < 0,1; Intervallskalierte Variablen sind z-standardisiert.

Tab. 1: Risikofaktoren für inzidente Fälle eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (WAI < 37)

Schlussfolgerung

Aus methodischer Sicht unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung von Kohortenstudien für die rehabilitationsepidemiologische Forschung. Sie zeigen, dass fehlende Reziprozität von Verausgabung und Belohnung auch unter Berücksichtigung der Dimensionen des Anforderungs-Kontroll-Modells einen eigenen Risikofaktor für Arbeits- und Erwerbsfähigkeit darstellt. Für individuumsbezogene Rehabilitationsstrategien verweist dies auf die Relevanz von Angeboten zum Umgang mit Stress am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass Arbeits- und Erwerbsfähigkeit entscheidend durch angemessene Gratifikationen und ausreichenden Handlungsspielraum determiniert werden. Präventive Strategien müssen sich daher auch auf die Ebene der Arbeitsorganisation und des Personalmanagements richten.

Literatur

Bethge, M., Radoschewski, F. (2010): Psychosoziale Belastungen, Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität: Ergebnisse des Soziamedizinischen Panels für Erwerbspersonen. Gesundheitswesen, 72. 12.

Bethge, M., Radoschewski, F.M., Müller-Fahrnow, W. (2009): Work stress and work ability: cross-sectional findings from the German Sociomedical Panel of Employees (SPE). Disabil Rehabil, 31. 1692-1699.

Ilmarinen, J. (2009): Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health, 35. 1-5.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B. (1998): The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol, 3. 322-355.

Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol, 1. 27-41.

Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Erste Ergebnisse aus den Modellprojekten

Kittel, J. (1), Fröhlich, S.M. (1), Kruse, N. (1), Olbrich, D. (2), Heilmeyer, P. (3), Greitemann, B. (1,4), Karoff, M. (1,5)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney, (2) Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Bad Salzuflen, (3) Rehaklinik Überruh, (4) Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde, (5) Klinik Königsfeld, Ennepetal

Hintergrund

Seit 2009 kann die gesetzliche Rentenversicherung präventiv ausgerichtete Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit sowohl stationär als auch ambulant erbringen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). Zur Umsetzung dieser Leistungen wurde ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherungen Bund, Westfalen und Baden-Württemberg unter dem Titel "Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi)" erstellt. Das Angebot richtet sich gezielt an Mitarbeiter interessierter Betriebe, die bei der Deutschen Rentenversicherung aktiv versichert sind und bei denen aus gesundheitlichen Gründen ein Bedarf für entsprechende, frühzeitig einsetzende Leistungen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit besteht. Diese Maßnahmen sollen u. a. Interventionen der medizinischen Rehabilitation beinhalten und dem ganzheitlichen Ansatz der Rehabilitation entsprechen. Mit diesen Leistungen soll bei bestimmten Personengruppen, die speziellen sozialen, beruflichen oder familiären Belastungssituationen ausgesetzt sind, verhindert werden, dass dies mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Rehabilitationsbedarf führt. Somit könnten präventiv ausgerichtete Leistungen der Rentenversicherung eine geeignete Intervention vor Eintritt eines konkreten Reha-Bedarfs nach § 10 SGB VI sein.

Methodik

Zur Überprüfung der Durchführbarkeit und Effektivität von präventiven Leistungen nach dem Betsi-Konzept finden derzeit an den folgenden vier Standorten Modellprojekte statt: Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde, Klinik Königsfeld in Ennepetal, Reha-Zentrum Bad Salzuflen und Rehaklinik Überruh. Die Auswahl geeigneter Teilnehmer erfolgt in der Regel in den kooperierenden Betrieben durch die betriebsärztlichen Dienste. Die Leistungen werden größtenteils berufsbegleitend über einen Zeitraum von 8-12 Wochen erbracht. Zu Beginn (T1) und zum Ende der Betsi-Maßnahme (T2) und zu 3 Follow-up Messzeitpunkten im Abstand von jeweils 3 Monaten (T3-T5) erfolgen Fragebogenerhebungen. Die Auswertung der Daten erfolgt durch das Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney.

Ergebnisse

Bis Oktober 2010 konnten insgesamt 206 Teilnehmer für die Evaluation rekrutiert werden, die in 18 geschlossenen Gruppen trainiert und geschult wurden. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 46,5 Jahren. 47,5 % der Teilnehmer war weiblichen Geschlechts. Als Hauptbeschwerden wurden von den Teilnehmern Rücken- und Gelenkschmerzen, Stress, Erschöpfung, Übergewicht und Hypertonie genannt.

26,3 % der Teilnehmer weisen nach der SPE-Skala eine ungünstige subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit auf. Dieser Anteil entspricht dem einer Vergleichsstichprobe von 4.279 Rentenversicherten (27,0 %). Die Prognose ist jedoch deutlich günstiger als die einer Vergleichspopulation von 3.158 kardiologischen Rehabilitanden, die in 43,8 % der Fälle zu Beginn der Rehabilitation eine ungünstige Prognose der Erwerbstätigkeit aufweisen.

Es zeigen sich Unterschiede zwischen den Teilnehmern der unterschiedlichen Modellprojekte. So variiert beispielsweise der Anteil übergewichtiger Teilnehmer zwischen 19,4 % in einer Klinik und 77,6 % in einer anderen Klinik. Auch der Anteil der Patienten, die angeben, stark unter Stress und Hektik zu leiden schwankt zwischen 13,9 % und 37,3 % der Teilnehmer.

Während der 8- bzw. 12-wöchigen Trainingsphase verbesserte sich die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit signifikant. Zu diesem Zeitpunkt schätzen 85,1 % der Teilnehmer ihre berufliche Prognose als unproblematisch ein. Auch der mit der visuellen Analogskala des EuroQol gemessene Gesundheitszustand, das Bewegungsverhalten und die mit dem IRES-Fragebogen erfassten Risikofaktoren verbesserten sich von T1 zu T2 signifikant und es liegen Hinweise vor, dass diese Veränderungen auch ein halbes Jahr nach dem Beginn der Betsi-Maßnahme stabil bleiben.

Zusammenfassung

Die angebotenen präventiven Leistungen nach dem Betsi-Konzept stießen bei Geschäftsführern, Personalleitern, Betriebsärzten und Betriebsräten vieler Unternehmen auf großes Interesse. Allerdings nehmen bisher nur wenige Versicherte dieses Angebot in Anspruch. Es gibt Unterschiede zwischen den Teilnehmern der unterschiedlichen Modellprojekte. Bei allen Modellprojekten zeigen sich positive Effekte der Maßnahme hinsichtlich der Reduktion von Risikofaktoren, der Steigerung des Gesundheitszustandes und der Verbesserung der Prognose der Erwerbstätigkeit.

Zur Bedeutung des Work Ability Index (WAI) im GUSI-Präventionsprogramm für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen

Olbrich, D., Beblo, A., Passeik-Hartmann, D.

Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund

Einleitung

Beruf und Arbeit sind zentrale Lebensbereiche eines Menschen. Die Zunahme chronischer Gesundheitsstörungen in Verbindung mit der demographischen Entwicklung erfordert neben Rehabilitation frühzeitige Risikoprävention, um Krankheiten und anhaltenden Krankheitsfolgen vorzubeugen und die Erwerbsfähigkeit von Menschen länger zu erhalten (Ilmarinen, 2005). Konnte die Rentenversicherung bisher für ihre Versicherten präventive Leistungen auf Grund der gesetzlichen Vorgaben nur eingeschränkt durchführen, so hat sie seit 2009 durch Änderung der Rechtslage die Möglichkeit, einem erweiterten Versichertenkreis präventiven Leistungen anzubieten. Die Ziele und Rahmenbedingungen sind im Rahmenkonzept "Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern - BETSI" beschrieben.

Auf dieser Grundlage wurde das Präventionsprogramm "Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse - GUSI" entwickelt. Seit Juli 2009 werden kontinuierlich Präventionsgruppen durchgeführt (Olbrich et al., 2010).

Fragestellung

Das BETSI Rahmenkonzept sieht vor, präventive Leistungen Versicherten anzubieten, bei denen Risikofaktoren erkennbar sind, die ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussen. Die Anregung präventiver Leistungen erfolgt durch Betriebsärzte, die Indikationsstellung erfolgt nach halbtägiger Diagnostik in unserem Reha-Zentrum. Zusätzlich zum Antrag des Versicherten erstellt das Reha-Zentrum einen Präventionsbericht für die Rentenversicherung und den Betriebsarzt. Neben dem Erfassen von Risikofaktoren (u. a. AVEM Muster, AU-Zeiten-Entwicklung, Alleinerziehende) suchten wir nach einem einfachen Messinstrument zum Präventionsscreening und zur Verlaufsmessung. Das Instrument sollte auch für Betriebsmediziner und im betrieblichen Gesundheitsmanagement einsetzbar sein. Wir entschieden uns für den Work Ability Index (WAI), der im betrieblichen Alltag erprobt ist (Hasselhorn, Freude, 2007; BAUA, 2008). Der WAI wird auch als Screening-Instrument zum Erkennen von Rehabilitationsbedarf empfohlen (Bethge, Radoschewski, 2010). Wir wollten prüfen, ob der WAI dazu beitragen kann, geeignete GUSI Präventionsteilnehmer zu identifizieren und Veränderungen zu erfassen.

Messinstrument und Studiendesign

Der WAI dient zur Einschätzung der "subjektiven Arbeitsfähigkeit" von Beschäftigten. Er umfasst 10 Fragen, die die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen, den Gesundheitszustand und die Leistungsreserven eines Beschäftigten betreffen. Diese Fragen werden 7 Dimensionen zugeordnet und mit Punkten versehen. Es resultiert ein Gesamtergebnis zwischen 7 und 49 Punkten. WAI-Werte zwischen 7 und 27 zeigen eine schlechte Arbeitsfähigkeit, Werte zwischen 28 und 36 eine mäßige, Werte zwischen 37 und 43 eine gute, und Werte darüber eine sehr gute Arbeitsfähigkeit.

Die Präventionsteilnehmer wurden nach Indikationsstellung und Bewilligungsbescheid durch die Rentenversicherung in geschlossenen GUSI-Präventionsgruppen aufgenommen. Gemessen wird zu Beginn der GUSI-Präventionsgruppe (t1; n=56) nach Abschluss der 8-wöchigen Trainingsphase (t2; n=56), nach 3 Monaten (t3; n=42), 6 Monaten (t4; n=28) und nach einem Jahr (t5; n=15).

Folgende Fragen sollten geklärt werden:

1. Ist der WAI ein geeignetes Screening-Instrument, um Präventionsbedarf für Versicherte zu erkennen?
2. Wie eingeschränkt ist die subjektive Arbeitsfähigkeit von Präventionsteilnehmern im Vergleich zu Rehabilitanden?
3. Welche WAI-Veränderungen zeigen GUSI-Teilnehmern im bisherigen Verlauf?

Ergebnisse

Zu Beginn der GUSI-Präventionsgruppen hatten von 56 Teilnehmern 72,2 % eine mäßige bzw. noch gute Arbeitsfähigkeit (WAI>28 und <43), 14,8 % hatten eine schlechte Arbeitsfähigkeit (WAI<27) und 12,9 % eine sehr gute Arbeitsfähigkeit (WAI>43). Die Präventionsteilnehmer hatten einen initialen durchschnittlichen WAI von 32,3. Der Vergleich mit den durchschnittlichen WAI Werten orthopädischer (WAI=29) und psychosomatischer Rehabilitanden (WAI=22) zeigt eine deutlich schlechtere subjektive Arbeitsfähigkeit dieser Gruppen. Im Verlauf kam es bei GUSI-Teilnehmern zu einem kontinuierlichen Anstieg der WAI-Werte von 32,3 bis zu 39,3 nach einem Jahr. Die GUSI-Teilnehmer gaben an, sich schwierigen Situationen in Beruf und Alltag nach der Prävention besser gewachsen zu fühlen. Die Akzeptanz des WAI war sehr gut.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass der WAI ein geeignetes Screening-Instrument zur Feststellung von Präventionsbedarf ist; die WAI Kategorien "mäßige" und "gute Arbeitsfähigkeit" überwogen bei den Teilnehmern. Die Übereinstimmung zwischen WAI und klinischer Indikationsstellung ist hoch. Dass einige GUSI-Teilnehmer auch sehr schlechte bzw. sehr gute WAI Werte hatten und trotzdem die Indikation für Präventionsleistungen bestand, unterstreicht die Bedeutung der individuellen Zugangsdiagnostik für das GUSI-Präventionsprogramm in der Reha-Klinik. Besonders bei Versicherten mit initialen WAI-Werten <27 bedarf es einer sorgfältigen Indikationsstellung, da hier möglicherweise Ängste vor Stigmatisierung eine notwendige Akutbehandlung oder Rehabilitation verhindern. Hierfür sprechen auch die Ergebnisse von Bethge & Radoschewski (2010), die in einem sozialmedizinischen Panel bei Personen mit schlechter Arbeitsfähigkeit (WAI<28) 27,2 % fanden, die noch nie eine Rehabilitation in Anspruch genommen hatten und dies auch nicht beabsichtigten. Die kontinuierliche Verbesserung der WAI-Werte auch nach Abschluss der GUSI-Trainingsphase spricht für die gestiegene Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit der Teilnehmer in Alltag und Beruf.

Literatur

Bethge, M., Radoschewski, F.M. (2010): Work Ability und Rehabiliationsbedarf: Ergebnisse des Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE). Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 86. 23-30.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2008): Why WAI? Der Work ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention. Erfahrungsberichte aus der Praxis. 2. Aufl. Dortmund/Berlin/Dresden.

Hasselhorn, H.M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index - ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 87. Dortmund/Berlin/Dresden.

Ilmarinen, J. (2005): Towards a longer worklife. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki.

Olbrich, D., Beblo, A., Ritter, J., Storch, M. (2010): Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse (GUSI) - Erprobung eines Präventionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen. DRV-Schriften, Bd. 88. 297-299.

Das Präventionsprojekt "Plan Gesundheit"

Theißen, U. (1), Ochs, U. (2), Koch, D. (1)

(1) Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf,

(2) Currenta GmbH & Co. OHG, Leverkusen

Allgemeines

Vor dem Hintergrund eines Anstiegs des durchschnittlichen Lebensalters von Firmenbelegschaften in den kommenden Jahrzehnten kommt der Förderung von Gesundheit und dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter eine große Bedeutung zu.

Die pronova BKK, die DRV Rheinland und die Gesundheitsabteilung der Currenta verfolgen gemeinsam das Ziel, die Gesundheit der Mitarbeiter in Kooperation mit den teilnehmenden Unternehmen berufsbegleitend zu fördern und zu erhalten. Hierfür haben die Parteien gemeinsam ein Präventionsprogramm konzipiert. Die Kosten werden zu gleichen Teilen von den Kooperationspartnern sektorübergreifend getragen. Die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit des Präventionsprogramms wird im Rahmen einer Pilotphase geprüft. Das Programm ist für jeden Mitarbeiter auf einen Zeitraum von fünf Jahren angelegt.

Ziel des Programms soll es sein, Mitarbeiter der teilnehmenden Unternehmen mit einer gesundheitlichen und/oder arbeitsbedingten Risikokonstellation frühzeitig zu erkennen und nach Risikostratifizierung dem Präventionsprogramm zuzuführen. Die Parteien gehen davon aus, dass die Präventionsleistungen zu einer Stabilisierung der Gesundheit führen und somit auch die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nachhaltig positiv beeinflussen (siehe auch Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI).

Um eine möglichst große Nachhaltigkeit zu erzielen, sollen die Mitarbeiter lernen, in Eigenverantwortung ihren Alltag und Arbeitsplatz dauerhaft gesundheitsgerecht zu gestalten. Hierbei greifen Leistungen der DRV Rheinland, der pronova BKK und der Currenta-Gesundheitsabteilung nahtlos ineinander. Die seelische und körperliche Gesundheit der Mitarbeiter soll verbessert werden, mit dem Ziel, der Initialisierung individueller Verhaltensmodifikationen und der Stabilisierung von Lebensstiländerungen auf dem Boden einer wirksamen betrieblichen Verhältnisprävention.

Die Ausgaben im Zusammenhang mit Gesundheitsstörungen sollen insgesamt minimiert werden.

Inhalte

Inhalt der Zusammenarbeit zwischen den Parteien im Rahmen des Projektes ist eine trägerübergreifende Kooperation zwischen allen Beteiligten im Sinne der oben beschriebenen Ziele. Während der *gesamten* Laufzeit des Projektes wird eine Betreuung durch einen Präventionsmanager im Sinne von Edukation, Coaching und Guidance mit dem Ziel der Selbstverantwortung für Lebensstiländerungen sichergestellt. Empowerment und Compliance der Mitarbeiter sollen gefördert und die Motivation gesichert werden. Hierzu werden durch die Teilnehmer Einzel- und Gruppentermine sowie Telefon- und E-Mail-Kontakte wahrgenommen.

Durch einen Setting-Ansatz werden positive gruppendynamische Prozesse gefördert und eine Wechselwirkung von Präventionsprogramm und Arbeitswelt ermöglicht.

Der vorgesehene 5-Jahres-Zeitraum gliedert sich wie folgt:

- *Vorbereitungsphase:*
  Informationsvermittlung, Auswahl der Beschäftigten, Motivationsschaffung, arbeitsmedizinische Befundung, Basisdiagnostik, Dokumentation der Arbeitsplatz-anforderungen, individualisiert nach Risikoprofil des Teilnehmers mit den Schwerpunkten psycho-sozial, muskulo-skeletal, cardio-vasculär und motivational.
- *Initialphase:*
  3 Tage, 16 Stunden - am Ende der Initialphase erhält jeder Teilnehmer einen individuellen Motivations- und Präventionskompass mit seinen persönlichen Zielen für die gesamte Laufzeit. Regelmäßige Zielwertkontrollen der allgemeinen und persönlichen Ziele, Verhältnis- und Verhaltensprävention erfolgen kontinuierlich.
- *Trainingsphase (4 Monate):*
  Berufsbegleitende Teilnahme in der Gruppe an einem 16-wöchigen physiotherapeutischem Trainingsprogramm ergänzt durch Kurse zur Gesundheitsbildung und Motivation an jeweils zwei Terminen je Woche in einer ambulanten Reha-Einrichtung.
- *Bestätigungsphase (20 Monate):*
  Bis zum Ende des zweiten Programmjahres erfolgt im ersten Teil (8 Monate) eine hochfrequente Begleitung durch den Präventionsmanager in Einzel- und Gruppenterminen mit dem Ziel, das in der Trainingsphase vermittelte Basiswissen in den Alltag umzusetzen. Die gruppendynamischen Effekte sollen in dieser Phase verstärkt werden. Im zweiten Teil (12 Monate) ist mindestens ein Kontakt im Monat vorgesehen.
- *Eigenverantwortungsphase (36 Monate):*
  Die Teilnehmer führen das Präventionsprogramm mit zunehmender Eigenverantwortung fort. Der Präventionsmanager unterstützt sie hierbei.

Der Betriebsarzt ist während des 5-Jahres-Zeitraums zu festgelegten Zeitpunkten immer wieder eingebunden. Hierzu hat der Beschäftigte sein Einverständnis erteilt.

Wissenschaftliche Begleitung

Um die Effekte des Projektes in der Pilotphase aufzuzeigen, wird eine begleitende Evaluation im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes in Kooperation mit der Hochschule Niederrhein durchgeführt.

Die Evaluation soll alle wichtigen Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschreiben und ist überwiegend als Längsschnitt-Studie geplant. Sie soll dabei wichtige objektive und subjektive Parameter messen und deren Entwicklung in der Interventionsgruppe bewerten. Sie wird anhand der Routinedaten der Krankenkasse eine risikostratifizierte Vergleichskohorte bilden und am Ende der Pilotphase des Projektes einen Vergleich der Gesundheitsausgaben durchführen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung, Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI.

Nachhaltigkeit braucht verbindliche Vernetzung

Köpke, K.-H.
Hamburg

Hintergrund

Die Umsetzung von Reha-Zielen in kleinen und mittleren Betrieben (KMU) untersuchte Köpke (2009) in einer empirischen Studie. Rechtsgrundlagen und Umsetzung wurden mit Ergebnissen einer Befragung von je zehn KMU in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein gespiegelt. Dabei traten zahlreiche Mängel zu Tage. Sie mündeten in Verbesserungsvorschläge. Diese Studie erbrachte, dass Betriebe offen für Gesundheitsfragen Beschäftigter sind. Oft aber waren sie unzureichend informiert. Bei der Leistungserbringung mangelte es am koordinierten Vorgehen der Träger, beispielsweise bei betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM). Beide Instrumente konnten deshalb nur begrenzt zu einer Verstetigung des Reha-Erfolges beitragen. Verstärktes gemeinsames Handeln würde mehr Nachhaltigkeit bewirken.

Methode

Eine feste Definition des Begriffes Vernetzung gibt es nicht. Deshalb wird als methodischer Ansatz ein breites Verständnis zu Grunde gelegt. Vernetzung beschreibt danach Vorgänge, in denen mehrere Akteure gesundheits- und erwerbsfähigkeitsorientiert kooperieren. Formalen Niederschlag findet gemeinsames Handeln etwa im SGB IX - so in den §§ 10, 11 und 12 sowie in den §§ 13 und 22 ff. - aber auch in Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen. Praktisch vollzieht sich vernetztes Handeln in Arbeitskreisen, Arbeitsgemeinschaften, Vereinen und Projekten und in anderen Formen.

Ergebnisse

Gesetzliche Krankenkassen sind verpflichtet, BGF-Leistungen zu erbringen. Dabei arbeiten sie mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen (§ 20 a SGB V). Die Studie ergab nun, dass Krankenkassen für die Arbeitswelt zwar ein vielfältiges Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention - u. a. in § 20 a SGB V - und zur Kuration und Rehabilitation vorhalten. Dass BGF-Maßnahmen in Betrieben durchgeführt wurden, meldeten in der Befragung aber nur wenige von ihnen. Dabei waren Träger der Unfallversicherung nicht beteiligt. Diese Bestandsaufnahme entspricht einer bundesweiten Auswertung durch den MDS. Danach meldeten die GKV-Träger für das Jahr 2008 derartige Maßnahmen lediglich aus 4.788 Betrieben, zu einem Drittel mit Unfallversicherungsträgern gemeinsam. Damit wurden nur knapp eine Million Beschäftigte erreicht. Die geringe Verbreitung von BGF ist damit offenkundig.

Präventiven Charakter hat auch § 84 SGB IX. Danach hat ein Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit eines Beschäftigten von länger als sechs Wochen - durchgehend oder unterbrochen - alles zu unternehmen, um diese möglichst zu überwinden und den Arbeitsplatz zu erhalten. Dabei hat er mit der Interessenvertretung und weiteren Akteuren zusammenzuarbeiten. Dazu hat die Studie erbracht, dass Wissen und Informiertheit über die Umsetzung der BEM-Verpflichtung nicht sonderlich weit verbreitet sind. Zwar berichteten einige Betriebe über entsprechende Maßnahmen. Doch nicht nur Betriebsärzte vermissten oft gemeinsames Handeln. Auch von der Hinzuziehung gemeinsamer Servicestellen, ggf. des Integrationsamtes, war nichts bekannt. BEM-Maßnahmen kommen danach nur wenig zum Einsatz.

Diskussion

Die Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass kooperatives Handeln bei BGF-Leistungen und BEM-Maßnahmen (noch) nicht ausreichend entwickelt sind. Es ist zu fragen, welche Bedingungen gegeben sein müssen, damit ein solchermaßen vernetztes Handeln verstärkt zum Tragen kommen kann. Vernetztes Handeln hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, um die Versorgung eines Versicherten effektiver zu bewirken. Dazu erscheint es notwendig, dass Kooperations- bzw. Netzwerkpartner gemeinsam in abgestimmter Aufgabenverteilung handeln. Dabei sollten sie darauf bedacht sein, dass alle den Bedarf des Versicherten tangierenden Träger oder Institutionen beteiligt werden. In welcher Form dies geschieht, ist nachrangig. Wesentlich ist allein die Verbindlichkeit des gemeinsamen Handelns. Verlässlichkeit und Sicherheit wären dann Garanten einer optimalen Versorgung.

Ausblick

Die Studie hat gezeigt, dass es vielfältige Kooperationen gibt, darunter manche in der Form eines Netzwerkes. Wenn Nachhaltigkeit eines Reha-Erfolges bezweckt wird, bedarf es verstärkter Vernetzung mit Verbindlichkeit. Dies wäre das erstrebenswerte Kernstück einer wirksamen Netzwerkkultur.

Literatur

Köpke, K.-H. (2009): Gesunde Arbeit für alle, Empirische Studie im Auftrage der DRV Nord. Lübeck/Hamburg.

Gerechtigkeit in Unternehmen, Arbeitsfähigkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bethge, M. (1,2), Radoschewski, F.M. (2)

(1) Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, (2) Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Um effektives betriebliches Gesundheitsmanagement zu gestalten und nachhaltige Rehabilitationsstrategien zu entwickeln, sind Kenntnisse darüber wichtig, wie Faktoren der Unternehmenskultur auf Arbeitsfähigkeit und Gesundheit wirken. Neben der Bedeutung von Verteilungsgerechtigkeit und einem Gleichgewicht von Verausgabung und Belohnung (Bethge, Radoschewski, 2010) wird in diesem Kontext auch die Bedeutung von prozeduraler und interpersonaler Gerechtigkeit diskutiert (Kivimaki et al., 2007; Moorman, 1991). Prozedurale Gerechtigkeit (PG) ist gegeben, wenn innerhalb eines Unternehmens für alle Beschäftigten gleichermaßen formale Verfahren und Richtlinien existieren, die konsistente und transparente Entscheidungen garantieren. Interpersonale Gerechtigkeit (IG) hingegen beschreibt, inwiefern Beschäftigte durch ihre Vorgesetzten respektvoll und fair behandelt werden.

Bislang gibt es jedoch keine Studien, die die Bedeutung von prozeduraler und interpersonaler Gerechtigkeit für die Arbeitsfähigkeit von abhängig Beschäftigten untersucht haben. Unklar ist auch, ob prozedurale und interpersonale Gerechtigkeit bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Verhältnisses von Verausgabung und Belohnung zusätzliche Varianz der Arbeitsfähigkeit erklären und eigenständige Stressoren darstellen.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen des zweiten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-II-EMR) erhoben. Zur Erfassung prozeduraler und interpersonaler Gerechtigkeit wurden die von Elovainio et al. (2002) vorgestellten Skalen übersetzt. Arbeitsfähigkeit wurde mit dem Work Ability Index (WAI) erhoben (Ilmarinen, 2009), gesundheitsbezogene Lebensqualität mit den SF-36-Skalen zum Psychischen Wohlbefinden und der Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung. Die Zusammenhänge wurden mit allgemeinen linearen Modellen überprüft. Intervallskalierte Variablen wurden vorab z-standardisiert. Als Kovariaten wurden Alter, Geschlecht (Modell 1), sozioökonomische Situation, soziale Inklusion, Gesundheitsverhalten und berufliche körperliche Beanspruchung (Modell 2) sowie das Verhältnis von Verausgabung und Belohnung (Modell 3) kontrolliert. Neben Haupteffekten wurden auch Wechselwirkungen der Gerechtigkeitsskalen überprüft (Modell 4).

Ergebnisse

Für die aktuelle Erhebungswelle wurden 2.301 Personen angeschrieben (Rücklauf: 71,1 %; n = 1.636). Für die untersuchten Zusammenhänge wurden Angestellte mit mindestens halbtägigem Beschäftigungsumfang eingeschlossen (n = 1.068; mittleres Alter: 50,8 Jahre; 46,2 % Frauen). Das Niveau der Arbeitsfähigkeit war gut bis sehr gut (≥ 37 Punkte) für 68,4 % und schlecht bis mittelmäßig (< 37 Punkte) für 31,6 % der Befragten.

Faktorenanalytisch bestätigten sich für die 11 übersetzten Items zur prozeduralen und interpersonalen Gerechtigkeit die antizipierten Faktoren (Kumulierte Varianz: 72,9 %). Die interne Konsistenz der Gerechtigkeitsskalen war mit Cronbachs α = 0,93 jeweils ausgezeichnet. In den multivariaten Analysen gingen höhere prozedurale und interpersonale Gerechtigkeit mit einer günstigeren Arbeitsfähigkeit einher (Modell 1: PG: b = 1,298; 95 % KI: 0,774 bis 1,821; IG: b = 1,954; 95 % KI: 1,430 bis 2,478; R2 = 0,214; Modell 2: PG: b = 1,116; 95 % KI: 0,637 bis 1,594; IG: b = 1,289; 95 % KI: 0,805 bis 1,773; R^2 = 0,361). Dies galt auch bei zusätzlicher Berücksichtigung des Verhältnisses von Verausgabung und Belohnung (Modell 3: PG: b = 0,825; 95 % KI: 0,368 bis 1,282; IG: b = 0,750; 95 % KI: 0,280 bis 1,220; R^2 = 0,424). Darüber hinaus interagierten prozedurale und interpersonale Gerechtigkeit in ihrer Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Modell 4: PQ * IG: b = 0,358; 95 % KI: 0,009 bis 0,706). Prozedurale Gerechtigkeit war zudem mit höherem psychischen Wohlbefinden und einer besseren allgemeinen Gesundheitswahrnehmung assoziiert.

Diskussion

Die Ergebnisse weisen auf Zusammenhänge von Unternehmenskultur und individueller Arbeitsfähigkeit hin und deuten an, dass prozedurale und interpersonale Gerechtigkeit in ihrer Wirkung eigenständige Stressoren darstellen. Zwar bedarf dieser Querschnittsbefund der Ergänzung durch prospektive Studien, er legt jedoch nahe, dass Rehabilitation als gesamtgesellschaftliche Aufgabe neben individuumsbezogenen Strategien zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auch unternehmensbezogene Angebote umfassen sollte, die auf transparente Entscheidungsprozesse und verbesserte Mitarbeiterführung zielen.

Literatur

Bethge, M., Radoschewski, F.M. (2010): Physical and psychosocial work stressors, health-related control beliefs and work ability: cross-sectional findings from the German Sociomedical Panel of Employees. Int Arch Occup Environ Health, 83. 241-250.

Elovainio, M., Kivimaki, M., Vahtera, J. (2002): Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. Am J Public Health, 92. 105-108.

Ilmarinen, J. (2009): Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health, 35. 1-5.

Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Virtanen, M., Siegrist, J. (2007): Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? Occup Environ Med, 64. 659-665.

Moorman, R.H. (1991): Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? Journal of Applied Psychology, 76. 845-855.

Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben - Ökonomische Aspekte

Ramm, D., Tauscher, A., Seider, H.
Hochschule Neubrandenburg

Hintergrund

Der Erfolg von Unternehmen wird wesentlich durch die Mitarbeiter als Wertschöpfungsfaktor mitbestimmt. Die Implementation bzw. Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist aus ökonomischer Sicht mit Investitionen in die Mitarbeiter und in den Erhalt des Humankapitals verbunden.

Problematisch aus Sicht der Klein- und Mittelbetriebe ist die Weiterbeschäftigung von gesundheitlich beeinträchtigten und behinderten Mitarbeitern. Klein- und Mittelbetriebe weisen einen geringeren Handlungsspielraum für Maßnahmen der Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter bzw. für die Schaffung geeigneter Arbeitsplätze (Niehaus et al., 2008), aufgrund unterschiedlicher Strukturen und Ressourcen auf.

Methodik

Um mögliche ökonomische Vorteile des Betrieblichen Eingliederungsmanagements für den einzelnen Betrieb herausstellen zu können, ist ein Vergleich der zu erwartenden Kosten mit bzw. ohne Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements notwendig. Generelle Aussagen für alle Betriebe einer Betriebsgröße sind allerdings nicht möglich.

Ergebnisse

Auswirkungen auf Betriebe und Unternehmen, Sozialleistungsträger und das Gesundheitssystem

Bei Berücksichtigung aller Faktoren, zeigte sich bei Berechnungen, dass die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements für Kleinst- und Kleinbetriebe durchaus rentabel sein kann. Im Verhältnis zu den errechneten Personalersatzkosten bzw. den Kosten der Wiederbeschaffung des Humankapitals, fallen die Kosten für die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements geringer aus.

Es konnte aufgrund weiterer Berechnungen festgestellt werden, dass es für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement keine sinnvolle ökonomische Mindestgröße eines Betriebs gibt. Die eingesparten Kosten variieren je nach Betriebsgröße und Vergütungshöhe im Vergleich mit und ohne Betrieblichem Eingliederungsmanagement. Trotz der (zu vermutenden) Kosteneinsparung bei kleineren und mittleren Betrieben führen nur wenige Betriebe ein Betriebliches Eingliederungsmanagement durch (Niehaus et al., 2008). Die Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements scheint damit nicht nur alleine von den objektiv monetären Kosten und dem Nutzen, sondern von weiteren Faktoren abhängig zu sein.

Es stellt sich die Frage, welcher Nutzen und welche Kosten mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement für die Sozialleistungsträger verbunden sind. Konstatiert werden kann, dass der ökonomische Nutzen für die Sozialversicherungsträger in der Vermeidung von Beitragsmindereinnahmen und Leistungskosten liegt. Ziel muss es immer sein, eine Kündigung zu vermeiden.

Die Auswirkungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf das Gesundheitssystem sind unsicher. Es ist davon auszugehen, dass vermehrt nach flexiblen Möglichkeiten der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme aus betrieblicher Sicht nachgefragt wird. Eine flexible ambulante Rehabilitation eröffnet eine enge Verzahnung mit weiteren begleitenden Instrumenten wie zum Beispiel der Stufenweisen Wiedereingliederung. Der Rehabilitationssektor könnte durch die vermehrte Nachfrage von Leistungen durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement insgesamt gestärkt werden. Weiterhin ist von vermehrter Beratungsnachfrage bei Rehabilitationsträgern durch Klein- und Mittelbetriebe auszugehen.

Mögliche Anreize zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Ausgehend vom Nettonutzen für die Sozialversicherungsträger und Unternehmen ist zu vermuten, dass eine flächendeckende Anwendung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in Klein- und Mittelbetrieben lohnend sein kann. Es gibt für Klein- und Mittelbetriebe viele Hemmnisse, die bisher die Umsetzung bzw. Anwendung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verhindern. In § 84 Abs. 3 SGB IX heißt es, dass die Rehabilitationsträger und Integrationsämter das Betriebliche Eingliederungsmanagement durch einen Bonus oder Prämie fördern können. In der Literatur (u. a. Trenk-Hinterberger, 2010) wird dafür plädiert, dass die Ausschüttung eines Bonus bzw. einer Prämie nur für die Betriebe vorgesehen sein sollte, die über das normale Maß hinaus Vorkehrungen im Unternehmen treffen. Dabei soll der Bonus bzw. die Prämie an Voraussetzungen gebunden sein, die Klein- und Mittelbetriebe in den meisten Fälle nicht erfüllen können, wie etwa das Vorhandensein eines Betriebsrates oder Betriebsvereinbarungen. In Klein- und Mittelbetrieben, so scheint es, soll die Einführung und Implementierung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements im Wesentlichen durch Aufklärung und Beratung bzw. durch Kostenübernahme des Case Management gefördert werden.

Literatur

Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E., Werkstetter, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Trenk-Hinterberger, P. (2010): § 84 Prävention. In: Lachwitz, K., Schellhorn, W., Welti, F. (Hrsg.): HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Köln: Luchterhand. 656-679.

Qualitätssicherung der Begutachtung von Erwerbsminderung durch die Deutsche Rentenversicherung: Entwicklung eines Prüffragenkatalogs zum Peer Review

Vogel, H. (1), Gerlich, C. (1), Löffler, S. (1), Meng, K. (1), Holderied, A. (2), Mai, H. (3), Gehrke, J. (3)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg,
(2) Zentrum Bayern Familie und Soziales - Region Unterfranken, Würzburg,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Entwicklung eines systematischen Qualitätssicherungssystems für die sozialmedizinische Begutachtung ist Teil der Handlungsempfehlungen der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (VDR, 2004). Dabei ist ein schrittweises Vorgehen geplant. Aktuelles Ziel ist die Entwicklung und Operationalisierung einheitlicher Qualitätskriterien für die sozialmedizinische Begutachtung bei Fragen der Erwerbsminderung (DRV Bund, 2009).

In den Fachgremien der Deutschen Rentenversicherung wurde ein Konzept für Qualitätskriterien entwickelt, das von einem hierarchischen Aufbau ausgeht. Es sieht sechs Einzelkriterien und ein übergeordnetes Kriterium vor. Das übergeordnete Kriterium (Nachvollziehbarkeit des Gutachtens) ist ein Qualitätskriterium, dessen Erfüllung als entscheidend und unbedingt erforderlich für die Brauchbarkeit eines Gutachtens angesehen wird. Über die sechs Einzelkriterien (Formale Gestaltung, Verständlichkeit, Transparenz, Vollständigkeit, Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen, Wirtschaftlichkeit) werden verschiedene Aspekte der Qualität eines Gutachtens geprüft. Aufgetretene Mängel in den Einzelkriterien können Ansatzpunkte für eine weitere und kontinuierliche Qualitätsverbesserung von Gutachten liefern. Jedes Einzelkriterium ist durch Prüffragen operationalisiert. Dabei variieren sowohl die Anzahl der Prüffragen als auch der Umfang der erfragten Sachverhalte bei den Einzelkriterien. Alle Prüffragen zusammen bilden den sogenannten Prüffragenkatalog.

Methodik

Das Projekt QSGUT war darauf gerichtet, eine Operationalisierung der Prüffragen und eine Manualisierung des Prüffragenkatalogs zu erarbeiten, auf Verständlichkeit und Akzeptanz zu erproben und in Abstimmung mit Peers (sozialmedizinische Expert/inn/en) eine erste Revision vorzunehmen. Der Prüffragenkatalog bzw. das Manual sollte die Grundlage für ein späteres Peer Review von sozialmedizinischen Gutachten bieten und es erlauben, wissenschaftlich begründete Kennwerte zur Qualitätsbewertung zu berechnen.

Im Anschluss an die inhaltliche Analyse der vorgegebenen Prüffragen auf Stimmigkeit, Widerspruchsfreiheit, Vollständigkeit, Beantwortbarkeit und Passung zum jeweiligen Kriterium sowie die Abstimmung mit den Gremien der Rentenversicherung erfolgte eine vierstufige

Graduierung der Antwortvorgaben ("keine Mängel", "leichte Mängel", "deutliche Mängel", "gravierende Mängel"). Die auf dieser Grundlage erarbeitete Pilotfassung des Manuals wurde bei der Qualitätsbewertung von 24 Gutachten durch 12 erfahrene Sozialmediziner/innen zu Grunde gelegt. Die Analyse von übereinstimmenden/abweichenden Bewertungen der Gutachten sowie die inhaltlichen Rückmeldungen der Sozialmediziner/innen bot Material für die Revision des Prüffragenkatalogs in einem anschließenden Workshop mit den 12 Sozialmediziner/innen.

Ergebnisse

Als Ergebnis des beschriebenen Entwicklungsprozesses wird ein Manual mit 21 Prüffragen, die zur Bewertung von sechs Einzelkriterien dienen, sowie einem übergeordneten Beurteilungskriterium für sozialmedizinische Gutachten vorgelegt. Die Prüffragen und die Antwortverankerungen sind erprobt und bieten eine akzeptable Grundlage für die weitere Nutzung in einem Peer Review-Verfahren.

Diskussion

Die Manualisierung des Prüffragenkatalogs bedeutet im Kern eine Standardisierung von Qualitätsanforderungen an sozialmedizinische Gutachten und bildet damit die wesentliche Voraussetzung zur Prüfung der Reliabilität von Gutachtenbewertungen, einem wesentlichen Gütemerkmal für Gutachten, näher zu untersuchen. In den Voruntersuchungen zeigen sich u. a. Grenzen der Standardisierung und indikationsbezogene Besonderheiten bei der Begutachtung. Eine messtheoretische Herausforderung für die angestrebte einheitliche Bewertung von Gutachtenqualitäten stellt auch die Frage nach dem Zusammenhang des übergeordneten Kriteriums mit den Einzelkriterien dar.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung - Bericht zur Umsetzung des "Qualitätssicherungsverfahrens der sozialmedizinischen Begutachtung" - Aktueller Sachstand. Berlin.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO). DRV-Schriften, Bd. 53.

Assessmentimplementation in der Arbeitsagentur - Probleme und Lösungen bei der Einbeziehung von Functional Capacity Evaluation in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes

Glatz, A. (1,2), Nutt, N. (1), Kaltheier, O. (1), Weber, A. (3), Wallrabenstein, H. (4), Bahemann, A. (4), Heipertz, W. (4,5)

(1) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln, (2) Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln, (3) Bereich Sozialmedizin und Versorgungsberatung - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., (4) Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, (5) Lehrstuhl Berufspädagogik und berufliche Rehabilitation, TU Dortmund

Hintergrund

Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit und der Leistungsprognose ist für die BA in der Arbeitsvermittlung, Rehabilitation oder auch bei der Gewährung von Geldleistungen sowohl im Bereich der Arbeitslosenversicherung (Alg I) als auch in der Grundsicherung (Alg II) von großer Bedeutung. Oft ist eine sozialmedizinische Begutachtung erforderlich. Nachweisbar können durch die Aktivitätsdiagnostik mit Hilfe von Functional-Capacity-Evaluation-Systemen (FCE), die sich einer herkömmlichen körperlichen Untersuchung anschließt, die Vorhersagen zum Leistungsvermögen deutlich verbessert werden (Glatz et al., 2007b). Für ihren zielgerechten Einsatz ist eine Beurteilungskultur des qualifizierten Zweifelns erforderlich, um insbesondere die beobachtungsbezogenen strukturierten Informationen in die Beurteilung zu integrieren (Heipertz, 2001).

AIIDAA-Projekt der Bundesagentur für Arbeit

Die "Assessment-Implementation in den Arbeitsagenturen (AIIDAA)" ist ein Projekt der BA mit dem iqpr. Die Gutachter/innen haben in geeigneten Fällen die Möglichkeit, spezielle aktivitätsorientierte Befunderhebungen externer Dienstleister einzuholen. Diese primär messbezogenen Befunde bieten dem ÄD ergänzende Informationen. Außerdem enthalten sie aber - wie oben gefordert und als "Neuerung" in diesem Projekt - zusätzlich beobachtungsbezogene Informationen. Diese Beobachtungen werden in Form mehrperspektivischer Videoclips übermittelt. Dabei findet die Methode der Eventvideografie (EVS) Anwendung (Glatz, 2008). Der BA-EVS-Standard stellt für die Beurteilung in der Arbeitsagentur eine kommentierte Übersicht der kritischen bzw. wissenswerten Ereignisse zur Verfügung. Er erhält bei Bedarf auch eine Vollversion.

BA-EVS-Standard

Zur konkreten Umsetzung wurden entsprechende Prozessroutinen zur Beauftragung, Durchführung und FCE-Befundung u. a. entwickelt. Hierzu wurden Fortbildungen für die Ärzte und die Dienstleister konzipiert und durchgeführt. Diese mündeten in ein partizipatives, gemeinsames Wissensmanagement in Form von "Anwenderforen" entsprechend einem "Aktionszirkel" aus Einsatz, Bewertung, Kritik und Optimierung.

Stand der Implementation

Bisher wurden FCE-Dienstleister in Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Bayern in das AIIDAA-Projekt einbezogen. Aufgrund weiterhin sehr hoher Arbeitsbelastungen der Gutachter haben bisher allerdings nur 15 der 189 Arbeitsagenturen mit der FCE-Beauftragung begonnen. Derzeit finden die Untersuchungen ausschließlich mit den Systemen ERGOS I/II statt. Jüngst wurde aber auch EFL in AIIDAA einbezogen. Zu diesem Zweck wurde ein Format entwickelt und erprobt, dass die Spezifik von EFL wahrt, die Vorteile von EVS nutzt, größtmögliche Parallelität zum entwickelten ERGOS-EVS-Format realisiert und die BA-seitigen Anforderungen im Hinblick auf Befundqualität und Standardisierung erfüllt. Damit stehen nun auch ein EFL-EVS-Format und damit auch eine Wahlmöglichkeit u. a. unter Berücksichtigung logistischer Standortfragen etc. zur Verfügung. Künftig wird auch das System Sapphire adaptiert werden. Prinzipiell ist der BA-EVS-Standard für viele Verfahren offen.

Ergebnisbewertung

Die Auswertung der zunächst probatorisch angesetzten Veranlassungskriterien zeigt, dass in erster Linie die Kriterien "Zweifel bezüglich des Leistungsbildes" und "Unterschiede zwischen Beurteilung und Selbsteinschätzung" für eine Veranlassung einer FCE-Befundung ausschlaggebend waren. Dagegen spielte das Kriterium "erhebliche Divergenzen der Vorgutachten bezüglich des körperlichen Leistungsvermögens" nur eine untergeordnete Rolle. Entsprechende Befunde wurden hauptsächlich bezüglich der Begutachtung zur "Wiedereingliederung" und der "unklaren Erwerbsfähigkeit" angefordert. Die Felder "sehr hohe Anforderungen" und "Ersteingliederung" spielten eine untergeordnete Rolle. Eine Auswertung der ärztlicherseits an die Dienstleister gegebenen Beobachtungsfoki erfolgt zeitnah.

Literatur

Glatz, A. (2008): Assessment in der medizinischen Begutachtung - Vorstellung der Verfahren. Med Sach, 4.

Glatz, A., Anneken, V., Heipertz, W., Weber, A., Kraus, T. (2007a): Die Ermittlung der Arbeitsbelastungskategorie - standardisierte Selbstauskunft und Messung im Vergleich. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 42. 109.

Glatz, A., Anneken, V., Heipertz, W., Schian, H.M., Weber, A. (2007b): Zur ärztlichen Beurteilung arbeitsbezogener körperlicher Leistungsfähigkeit anhand des FCE- Assessments ERGOS Work Simulator. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 42. 56-63.

Heipertz, W., Berg, A., Ueberschär, I. (2001): Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Medizin, Sozialrecht und Verwaltungshandeln. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 36 (7). 332-345.

Sozialmedizinische Begutachtung: Welche Versichertenangaben unterstützen die sozialmedizinische Sachaufklärung und Leistungsbeurteilung?

Gehrke, J.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit setzen grundsätzlich einen Antrag des Versicherten voraus. Sozialmedizinische Sachverständige des zuständigen Rentenversicherungsträgers prüfen dann im Auftrag der Verwaltung, ob die medizinischen Voraussetzungen für die beantragte Leistung gegeben sind. Auf dieser Grundlage kann die Verwaltung daraufhin über den Leistungsantrag des Versicherten entscheiden.

Die Formulare, die in dem Antragsverfahren eingesetzt werden, stellen eine bedeutsame Schnittstelle zwischen dem Rentenversicherungsträger und den Versicherten dar. Über das Antragsformular erfolgt der erste Kontakt, mit dem der Versicherte frühzeitig und aktiv in das Verfahren der sozialmedizinischen Sachaufklärung einbezogen werden kann. Bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung hat der Versicherte die Möglichkeit, sich zu den medizinischen Gründen seines Antrags schriftlich zu äußern. Der Sozialmedizinische Dienst des Rentenversicherungsträgers erhält auf diese Weise eine Schilderung der Gesundheitsprobleme aus Sicht des Versicherten und kann diese Auskünfte für die weitere sozialmedizinische Sachaufklärung ergänzend einbeziehen bzw. auch für die abschließende Leistungsbeurteilung nutzen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Informationen der Versicherten aus den Antragsunterlagen für die sozialmedizinische Sachaufklärung hilfreich sind. Mit der vorliegenden Untersuchung soll am Beispiel eines medizinischen Selbstauskunftsbogens geprüft werden, ob und in welchem Umfang die Ärztinnen und Ärzte die Angaben der Versicherten für ihre sozialmedizinische Sachaufklärung nutzen.

Methodik und Durchführung

Für die Untersuchung wurde ein Selbstauskunftsbogen in die Antragspakete "Antrag zur Feststellung der Erwerbsminderung" und "Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag" eingefügt. Im Selbstauskunftsbogen konnten die Antragsteller Angaben zu ihrem Antragsgrund, ihren gesundheitlichen Beschwerden, ihren Wünschen an eine Rehabilitation (auch bei Anträgen auf Erwerbsminderung) sowie zu erfolgten Therapien und Behandlungen machen.

Die Ärztinnen und Ärzte in den sozialmedizinischen Diensten der teilnehmenden sieben Rentenversicherungsträger waren aufgefordert, jeden eingehenden Selbstauskunftsbogen anhand eines Evaluationsinstrumentes zu bewerten. Gefragt wurde u. a. nach dem Beitrag des Selbsteinschätzungsbogens zum sozialmedizinischen Votum und dem Nutzen für die weitere Sachaufklärung (z. B. Klinikauswahl). Für die Auswertung der Daten waren auch Angaben zum Antrag (Antragsart, Hauptindikation) und zum Antragsteller (Alter, Geschlecht) zu kodieren.

Selbstauskunftsbogen und Evaluationsbogen wurden anonymisiert zurückgesandt und konnten anhand eines Zufallskodes für die Auswertung zusammengeführt werden. Die Angaben der Versicherten in den Selbstauskunftsbögen wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, die Informationsinhalte in ein Kodierschema übertragen und mit den Bewertungen der Ärztinnen und Ärzte verknüpft.

Ergebnisse

Insgesamt 491 Datensätze, bestehend aus Selbstauskunftsbogen und Evaluationsinstrument, standen zur Verfügung. Rund 54 % der Datensätze entfallen auf Anträge wegen Erwerbsminderung. Die Bearbeitungsquote des Selbsteinschätzungsbogens fällt sehr hoch aus. Mehr als 90 % der Antragsteller haben im Formular z. B. Angaben zu ihren gesundheitlichen Problemen, ihren Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz gemacht.

Die Informationsinhalte, die für die sozialmedizinische Sachaufklärung relevant sind, wurden anhand logistischer Regressionsanalysen identifiziert und über sog. Odds Ratio (OR) abgebildet. Bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten leistete der Selbsteinschätzungsbogen immer dann einen Beitrag zum sozialmedizinischen Votum, wenn z. B. Vorschläge zur Änderung der Arbeitsbedingungen (OR=2,5 [1,4-4,6]) oder Äußerungen zu einer möglichen Rehabilitation (OR=4,0 [2,2-7,4]) gemacht wurden. Bei Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurden u. a. Angaben zur Arbeitsschwere (OR= 2,8 [1,5-5,2]) als nützlich für die sozialmedizinische Sachaufklärung bewertet.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Angaben der Antragsteller zum Antragsgrund und den damit verbundenen gesundheitlichen Einschränkungen für die sozialmedizinische Sachaufklärung und Leistungsbeurteilung eher nachrangig sind. Vielmehr sind es eher spezifische Informationen zu einzelnen Sachverhalten, die - je nach Antragsart - die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte in den Sozialmedizinischen Diensten unterstützen. Insgesamt ergeben sich aus der Untersuchung Hinweise zur weiteren Ausgestaltung der Antragsformulare, um die frühzeitige Kommunikation zwischen Ärzten und Versicherten weiter zu verbessern.

Macht ein Screening psychischer Störungen in der Begutachtung bei primär somatisch begründeten Rentenanträgen Sinn?

Hesse, B.

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Hintergrund

Bislang ergeben sich bei Personen, die im Rentenantrag somatische Gründe für die Leistungsminderung benennen, oft erst im weiteren Verfahrensverlauf, d. h. im Widerspruchs- oder im Klageverfahren, Hinweise, dass auch psychische Beeinträchtigungen vorliegen. Psychische Störungen haben insgesamt eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung. Sie sind die führende Diagnosegruppe bei den Rentenzugangszahlen. Ihr Anteil steigt seit Jahrzehnten kontinuierlich an. Ein grundsätzliches Screening psychischer Beeinträchtigungen vor der Begutachtung könnte dazu beitragen, eventuelle Beeinträchtigungen von Anfang an in die Begutachtung einzubeziehen. Der Gutachter könnte Hinweise auf genauer zu explorierende Aspekte bzw. die Notwendigkeit einer psychiatrischen Zusatzbegutachtung erhalten. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung könnte entsprechend umfassender begründet werden.

Für den Bereich der Rentenbegutachtung sind bislang keine eigenständigen Test- oder Screeningverfahren entwickelt worden, die die Spezifika der Situation berücksichtigen. Während es in den meisten Testsituationen für den Probanden darum geht, seine Fähigkeiten möglichst gut zu zeigen, geht es dem Antragsteller in der Rentenbegutachtung darum, deutlich zu machen, was er nicht mehr kann. Es müssen daher Testverfahren aus anderen Kontexten auf ihre Tauglichkeit überprüft werden. Für das Screening psychischer Störung liegt der Patient Health Questionaire (PHQ) vor. Der Fragebogen ist ursprünglich für die primärärztliche Praxis entwickelt worden, um das Erkennen und die Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin zu erleichtern. Erfasst werden somatoforme Störungen, depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Validierungsstudien belegen die guten diagnostischen Eigenschaften des Instrumentes.

Fragestellung

Da es bislang keine Erfahrungen mit Screeningverfahren in der sozialmedizinischen Begutachtung gibt, werden zum einen die generelle Integrierbarkeit des PHQ in die Begutachtungsroutine, der damit verbundene Aufwand und auftretende Probleme untersucht; zum anderen wird der spezifische Nutzen eines Screenings psychischer Beeinträchtigungen und speziell des PHQ für die Begutachtung bewertet.

Methode

In den sechs Ärztlichen Begutachtungsstellen der Deutschen Rentenversicherung Westfalen wurde der Patient Health Questionaire (PHQ) in einer 6-wöchigen Erprobungsphase bei Begutachtungen mit körperlicher Untersuchung eingesetzt. In einem spezifisch entwickelten Protokollbogen wurden von den Gutachtern u. a. die Ergebnisses des Screenings, Hinweise auf psychische Störungen in den Vorbefunden, die Relevanz für das Leistungsbild und Aufwand und Probleme festgehalten. Diese Daten wurden durch Informationen aus dem ab-

schließenden Gutachten ergänzt. Hierzu gehören u. a. Diagnosen, Leistungsbild und zusätzlich veranlasste psychiatrische Fachgutachten.

Ergebnisse

Der PHQ wurde von 21 Gutachtern bei insgesamt 390 Gutachten eingesetzt. Der durchschnittliche zeitliche Mehraufwand lag für die Gutachter bei 8 Minuten. 28 % der Antragsteller hatten Probleme beim Ausfüllen des PHQ. Die Probleme waren mehrheitlich in sprachlichen Verständnisproblemen bei Migrationshintergrund begründet. Diejenigen, die den PHQ ausgefüllt haben, haben dies überwiegend sehr sorgfältig gemacht; sie konnten den Anleitungen folgen und haben differenziert geantwortet. Von den Gutachtern wurde der PHQ lediglich in 6 % der Fälle als Erleichterung der Begutachtung bewertet, in 20 % als Erschwernis wahrgenommen. Bei 42 % der Antragsteller gab es bereits in den Vorbefunden Hinweise auf psychische Beeinträchtigungen. Der PHQ wies bei 65 % der Antragsteller Hinweise für psychische Beeinträchtigungen aus. Im Diagnosekapitel des abschließenden Gutachtens wurde bei 21 % der Antragsteller als Erstdiagnose eine Diagnose aus dem psychiatrischen Bereich genannt. Insgesamt wurde bei 48 % aller Antragsteller im Diagnosekapitel mindestens eine psychiatrische Diagnose, allerdings mit unterschiedlicher Relevanz für das Leistungsbild, aufgeführt. Insgesamt wurde 45 % aller Antragsteller ein eingeschränktes oder vollständig aufgehobenes quantitatives Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt attestiert, aufgrund psychischer Beeinträchtigungen waren es 13 %.

Diskussion

Ein Testinstrument wie der PHQ erscheint organisatorisch und vom Aufwand her in die Begutachtung integrierbar. Für sprachbedingte Schwierigkeiten muss und kann eine Lösung geschaffen werden. Aufgrund der gefundenen hohen Prävalenz psychischer Störungen in der somatisch orientierten Begutachtung und des hohen Dokumentationsgrades psychischer Beeinträchtigungen in den Vorbefunden stellt sich allerdings die Frage, ob ein Screening aufgrund seiner reinen Detektionsfunktion einen deutlichen Gewinn in der Begutachtungsroutine bietet. Um die Folgen psychischer Beeinträchtigungen auf die Leistungsfähigkeit einschätzen zu können, sind spezifischere Informationen nötig. Sinnvoll erscheint z. B. die Entwicklung eines Indizienkataloges, der es dem somatischen Gutachter zumindest orientierend und mit vertretbarem Aufwand ermöglicht, die grundsätzliche Relevanz psychischer Beeinträchtigungen für die Leistungsbeurteilung und den Bedarf einer zusätzlichen psychiatrischen Begutachtung einzuschätzen und zu dokumentieren.

Literatur

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem 'Gesundheitsfragebogen für Patienten' (PHQ-D). Diagnostica, 50. 171-181.

Ansatzpunkte und Vernetzungsmöglichkeiten bei der Identifikation und Ansprache von potenziell rehabilitationsbedürftigen arbeitslosen Personen in den Arbeitsverwaltungen

Schubert, M., Bretschneider, K., Schmidt, S., Behrens, J.
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund

Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist auf Grundlage einer Vielzahl an Studien evident. So sind gesundheitlich eingeschränkte Personen verstärkt von Arbeitslosigkeit bedroht (Viebrok, 2004) und die Chance der Wiedereingliederung verringert sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit (Kieselbach, Beelmann, 2006). Zudem geht mit der Dauer einer Erwerbslosigkeit eine Verschlechterung der physischen und psychischen Gesundheit einher (Weber et al., 2007). Daher sind auch Menschen mit Behinderung in der Gruppe Arbeitsloser überrepräsentiert (Pfaff, 2007). Zudem gehen eine Vielzahl frühberenteter Menschen ohne Rehabilitation aus (Langzeit-)Arbeitslosigkeit in Erwerbsminderungsrente zu.

Innerhalb der Betreuungsprozesse der Arbeitsverwaltung finden jedoch gesundheitliche Aspekte und insbesondere Chancen medizinischer Rehabilitationsleistungen für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung und gesundheitliche Stabilisierung Betroffener nur unzureichend Berücksichtigung (Schubert et al., 2010). Da die gesundheitliche Risikogruppe erwerbsfähiger Arbeitssuchender in den Arbeitsverwaltungen (Arbeitsagenturen, SGB II-Träger), quasi vollständig vorstellig wird, fragt dieser Diskussionbeitrag nach Möglichkeiten der Weiterentwicklung der institutionellen Handlungspraxis und nach Potenzialen der Zusammenarbeit und Vernetzung mit den relevanten Rehabilitationsträgern.

Methodik

Die vorgestellten Ergebnisse fußen auf einer von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland geförderten qualitativen Studie, bei der insgesamt 24 Experteninterviews mit Gesprächspartnern aus dem Bereich der Arbeitsvermittlung und der Rehabilitationsberatung in Arbeitsagenturen und bei SGB II-Trägern (ARGEn, optierende Kommunen) in Mitteldeutschland leitfadengestützt befragt wurden. Analysiert wurden dabei sowohl interinstitutionelle Handlungsabläufe und Entscheidungsroutinen als auch interinstitutionelle Kooperationsmuster mit externen Akteuren.

Ergebnisse

Sowohl im Blick auf die Verbesserung der Beschäftigungs- und Vermittlungsfähigkeit, als primäres Ziel der Arbeitsverwaltung, als auch hinsichtlich des Erhalts und der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, als Aufgabe der Rentenversicherung, ist eine gezielte Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte sowie von Potenzialen medizinischer Rehabilitationsleistun-

gen seitens der Vermittler bei der Betreuung Arbeitsloser sinnvoll. Dabei ergeben sich hinsichtlich der Erkennung von gesundheitlichen Problemlagen, die mit einer Rehabilitationsbedürftigkeit einhergehen können, als auch im Blick auf die Motivation zur Antragstellung vier Ansatzpunkte:

(1) Eine gezieltere Erfassung gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Rahmen der schriftlich erhobenen Informationen der Arbeitssuchenden (sog. "Arbeitspaket"), die als Grundlage der Vermittlungsgespräche fungieren.

(2) Eine gezieltere Thematisierung von Gesundheitsaspekten im Vermittlungsgespräch mittels gesundheitsbezogener Gesprächsbausteine z. B. zur eigenen Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der beruflichen Leistungsfähigkeit, aber auch hinsichtlich evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Da Arbeitsvermittler vorrangig das Ziel der Erwerbsintegration im Blick haben und sie zugleich in ihrer Praxis mit verschiedensten "Vermittlungshemmnissen" ihrer Klientel konfrontiert sind, bei denen gesundheitliche Aspekte nur einen Problembereich darstellen, ist zugleich eine zielgerichtete Unterstützung der Mitarbeiter notwendig. Dazu kann zählen:

(3) Die Bereitstellung zielgruppenspezifischer Informationsmaterialien, bei denen - gerade hinsichtlich einer Erstinformation und Motivation potenzieller Rehabilitanden - die Voraussetzungen und Präferenzen der Personengruppe (z. B. Lesegewohnheiten) gezielt Berücksichtigung finden. Der Einsatz bestehender Materialien kann unter Beachtung erstgenannter Aspekte zugleich im Rahmen von Vermittlungsgesprächen Anwendung finden.

(4) Darüber hinaus ist auch die Nutzung von Vernetzungspotenzialen mittels einer verstärkten Kooperation der Sozialleistungsträger durch spezielle Beratungsangebote und/oder verstärkte Kooperation mit den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation lohnenswert und diskutabel.

Diskussion und Schlussfolgerung

Da die Deutsche Rentenversicherung bei der Erbringung einer Rehabilitationsleistung auf die Antragstellung ihrer Versicherten angewiesen ist, scheint im Blick auf die Rechtzeitigkeit gesundheitsbezogener Interventionen ein zielgruppenspezifischer Ansatz hinsichtlich gesundheitsbezogener Risikogruppen lohnenswert. Dabei ist immer beides zugleich sinnvoll: die Weiterentwicklung von Betreuungsprozessen und die gezielte externe Unterstützung der Arbeitsprozesse in den Arbeitsverwaltungen. Insgesamt ist jedoch das Zutun der relevanten institutionellen Akteure Voraussetzung, da es sich um inner- und interinstitutionelle Prozesse von Sozialversicherungsträgern handelt. Eine Erprobung in einem umschriebenen regionalen Kontext scheint eine mittelfristige Zielperspektive, die die Wissenschaft nur begleiten kann.

Literatur

Kieselbach, T., Beelmann, G. (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Hollederer, A., Brand, H.: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.

Pfaff, H. (2007): Schwerbehinderte Menschen 2005. Wirtschaft und Statistik, 7. 712-719.

Schubert, M., Bretschneider, K., Schmidt, S., Behrens. J. (2010): Stellenwert gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte bei der Betreuung Arbeitsloser als krankheits- und erwerbsbezogene Risikofaktoren. DRV-Schriften, Bd. 88. 177-179.

Viebrok, H. (2004): Absicherung bei Erwerbsminderung. Expertise für die Sachverständigenkommission für den fünften Altenbericht der Bundesregierung. Bremen. Download unter: http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/viebrok-absicherung-bei-erwerbsminderung,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf. Abruf: 05.11.2010.

Weber, A., Hörmann, G., Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. Deutsches Ärzteblatt, 104 (43). A2957-2962.

Finden sich bei Typ D-Persönlichkeiten autonome kardiovaskuläre Dysregulationen als Entstehungsfaktor für koronare Herzerkrankungen?

Mussgay, L., Mohnke, E., Scherffius, S., Rüddel, H.

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, Abteilung für Verhaltensmedizin und Rehabilitation des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik (FPP) an der Universität Trier

Fragestellung und Hintergrund

Das sogenannte Typ D-Muster wird als stabile Persönlichkeitseigenschaft verstanden, die durch erhöhte Werte negativer Affektivität (NA) und sozialer Inhibition (SI) charakterisiert ist. Für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) gilt dieses Persönlichkeitsmuster als Risikofaktor für eine ungünstige Prognose hinsichtlich kardialer Mortalität, der in seiner Vorhersagekraft als unabhängig von Depressivität gesehen wird (Pedersen et al., 2003). Die überwiegende Anzahl von Studien zum Typ-D-Konzept wurde an Patienten mit vorliegender KHK durchgeführt. Die Mechanismusfrage ist gegenwärtig weitgehend ungeklärt. Eine physiologische Hyperreaktivität (z. B. eine erhöhte kardiovaskuläre Reaktivität auf Stress oder eine erhöhte Reaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA)) und eine gesteigerte Aktivität von pro-inflammatorischen Zytokinen werden als wahrscheinlich diskutiert. Entsprechend konnten hinsichtlich kardiovaskulärer Reaktivität bei noch herzgesunden Typ-D-Personen eine stärkere Blutdruckreaktion bei mentaler Stressbelastung (Habra et al., 2003) sowie ein erhöhtes Schlagvolumen (Williams et al., 2009) gefunden werden. Eine Studie konnte Beeinträchtigungen der Herzratenvariabilität (HRV) belegen (Carpeggiani et al., 2005).

Mit dieser Studie sollte im Sinne der Mechanismusaufklärung an einer Stichprobe von Patienten einer psychosomatischen Klinik geprüft werden, ob Beeinträchtigungen der autonomen kardiovaskulären Regulation (in Ruhe und als Reaktivität) als frühe Anzeichen sich entwickelnder koronaren Erkrankungen nachgewiesen werden können. Im Zusammenhang mit der Studienabsicht ist es weiterhin bedeutsam, mögliche Einflussfaktoren (Erschöpfung, Ängstlichkeit, Depressivität) auf ihre Moderatorwirkung hin zu überprüfen.

Methodik

Insgesamt wurden 131 konsekutive Patienten (75 % Frauen, Alter=36.9 Jahre) unserer Klinik in die Studie einbezogen, sofern sie in die Teilnahme einwilligten und die Ein- (Alter zwischen 25 und 55 Jahren, BMI zwischen 19 und 35 kg/m^2) und Ausschlusskriterien (Antidepressive Medikation, Beta-Blocker, Antihistamine, Neuroleptika, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Herz-Kreislauf-Medikamente, Insulinpflichtiger Diabetes Mellitus, Polyneuropathie) erfüllten. Alle Patienten beantworteten den Typ-D-Fragebogen (DS-14), die Allgemeine Depressionsskala (ADS-K), den STAI (State-Teil) sowie den Maastricht-Fragebogen zur Erfassung Vita-

ler Erschöpfung. Die kategorialen Resultate des DS-14 wurden zur Gruppentrennung (Typ-D (distressed) (n=68) - kein Typ-D (restrained, excitable, introverted) (n=63)) herangezogen.

Die Teilnehmer absolvierten 2 experimentelle Bedingungen (5 min. Ruheerhebung und 5 min. adaptive Reiz-Reaktionsaufgabe als mentaler Stressor). Aufgezeichnet wurden EKG, kontinuierlicher Fingerblutdruck und Atmung. Aus den erhobenen psychophysiologischen Maßen wurden getrennt für jede experimentelle Bedingung spektralanalytisch Parameter der HRV (VLF, LF und HF sowie daraus abgeleitete log- und normierte-Werte sowie die Balance) ermittelt. Ferner wurde die Baroreflex-Sensitivität (BRS) bestimmt. Differenzwerte zwischen Ruhe und Belastungsphase bildeten die Reaktivität ab. Varianzanalysen (GLM) wurden wegen bekannter Einflüsse auf die abhängigen Variablen mit Alter und Geschlecht als Kovariaten gerechnet, zudem wurden sie zur Verbesserung der Verteilungseigenschaften der spektralanalytisch gewonnenen Parameter mit logarithmierten Werten durchgeführt.

Ergebnisse

In den erhobenen Parametern der kardiovaskulären autonomen Regulation konnte für die Typ-D klassifizierten Patienten im Vergleich zu den Nicht-Typ-D-Patienten eine erniedrigte Herzrate sowohl in Ruhe (R) als auch unter Belastung (B) gefunden werden (R: F=6,47; p=,01; B: F=5,64; p=,02). Bei den Parametern der HRV war die VLF bei den Typ-D-Patienten generell höher (R: F=6,89; p=,01; B: F=4,92; p=,03) und die Gesamtpower war tendenziell größer (R: F=3,30; p=,07; B: F=3,56; p=,06) als bei Nicht-Typ-D-Patienten. Ferner wiesen die Typ-D-Patienten eine erhöhte BRS in der Ruhebedingung auf (R: F=4,32; p=,04) als Nicht-Typ-D-Teilnehmer. Die Reaktivitätsmaße (Differenzen zwischen Belastung und Ruhe) blieben sämtlich unauffällig. Auch eine wegen der hohen Korrelationen der Fragebogen (s. u.) mit Typ-D-Maßen durchgeführte Varianzanalyse mit den Fragebogenscores als Kovariaten änderte nichts am berichteten Ergebnismuster.

Zwischen den Skalenwerten des DS-14-Bogens (NA, SI und Gesamtwert (Ges)) und den Werten des Maastrich-Fragebogens (NA: r=,51; SI: r=,36; Ges: r=,40; alle <,0001) sowie der ADS (NA: r=,56; p= <,0001; SI: r=,28; p=,003) und des STAI (NA: r=,71; p<,0001; SI: r=,29; p=,007; Ges: r=,37; p=,0004) zeigten sich substantielle Korrelationen. Alter und Geschlecht zeigten sich mit den Typ-D Subskalen nicht korreliert.

Diskussion

In Beantwortung der eingangs gestellten Frage kann festgestellt werden, dass aus der vorliegenden Studie keine Hinweise für autonome kardiovaskuläre Dysfunktionen bei Typ-D-Patienten abgeleitet werden können. Im Gegenteil weisen Typ-D-Personen bessere Regulationswerte auf als Nicht-Typ-D-Personen. Auch finden sich keine Auffälligkeiten in der Reaktivität. Unsere Ergebnisse geben demzufolge auch keinen Hinweis, dass eine autonome kardiovaskuläre Dysregulation ein relevanter Entstehungsfaktor für koronare Herzkrankheiten bei Typ-D-Personen ist. Auffällig sind jedoch die hohen Korrelationen zwischen Typ-D-Kennwerten und den Konstrukten Erschöpfung, Depressivität und Stateangst. Hier stellt sich die Frage, ob die Spezifität des eingesetzten Fragebogens ausreicht, um bei Patienten, die (im Rahmen ihrer behandlungsbedürftigen psychosomatischen Erkrankung) anderweitig belastet sind, noch mit hinreichender Sicherheit das gesuchte Persönlichkeitskonstrukt zu erfassen. Diese Sichtweise würde sich mit der Beobachtung decken, dass sich unter psychosomatischen Patienten eine höhere Rate an Typ-D-Personen findet als unter der Normalbe-

völkerung bzw. bei Patienten mit einer KHK. Auch finden sich die bisher berichteten Auffälligkeiten im kardiovaskulären Bereich nur bei herzgesunden Personen (Habra et al., 2003; Williams et al., 2009), bei denen möglicherweise die Fragebogenspezifität ausreicht.

Schlussfolgerung, Ausblick

Das Studienergebnis lässt mehrere Schlussfolgerungen zu. Erstens: Autonome kardiovaskuläre Dysregulationen stellen bei Typ-D-Personen keinen bedeutsamen Mechanismus für die Entwicklung einer KHK dar. Zweitens: Der D-Persönlichkeitstypus wirkt sich erst nach Ausbildung einer KHK als prognostisch bedeutsamer Risikofaktor aus. Drittens: Die Fragenbogenerfassung ist zu unspezifisch und ist durch vielfältige Moderatorvariablen, wie sie z. B. bei psychosomatischen Patienten vorliegen, leicht verfälschbar. Untersuchungen an Älteren, aber sonst Gesunden wären in diesem Fall aussagekräftiger. Zudem wäre die Spezifität der Typ-D-Diagnostik zu verbessern.

Literatur

Carpeggiani, C., Emdin, M., Bonaguidi, F., Landi, P., Michelassi, C., Trivella, M.G., Macerata, A., L'Abbate, A. (2005): Personality traits and heart rate variability predict longterm cardiac mortality after myocardial infarction. Eurpoean Heart Journal, 26. 1612-1617.

Habra, M.E., Linden, W., Anderson, J.C., Weinberg, J. (2003): Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. Journal of Psychosomatic Research, 55. 235-245.

Pedersen, S.S., Dennollet, J. (2003): Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 10. 241-248.

Williams, L., O'Carroll, R.E., O'Connor, R.C. (2009): Type D personality and cardiac output in response to stress. Psychology and Health, 24. 489-500.

Typ D als Prädiktor für Mortalität nach kardiologischer Rehabilitation

Romppel, M. (1), Herrmann-Lingen, C. (2), Grande, G. (1)

(1) Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig, (2) Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

Hintergrund

Die Typ-D-Persönlichkeit (distressed personality; Denollet et al., 1995) ist durch das gemeinsame Auftreten zweier Persönlichkeitsmerkmale charakterisiert: eines hohen Niveaus an negativer Affektivität und eines hohen Niveaus an sozialer Inhibition. Die Typ-D-Persönlichkeit gilt als Prädiktor klinischer Ereignisse bei HerzpatientInnen. Nach den Ergebnissen einer aktuellen Metaanalyse (Denollet et al., 2010) weisen PatientInnen mit Typ D ein dreifach höheres Risiko für klinische Ereignisse (Mortalität, Infarkt, Revaskularisierung) auf. Wenn sich die Befunde auch für Deutschland replizieren lassen, könnten die Typ-D-Persönlichkeit in der kardiologischen Rehabilitation als Risikofaktor erfasst und geeignete Interventionen entwickelt werden. Fast alle vorliegenden Studien stammen jedoch aus der Arbeitsgruppe um Denollet und wurden in Belgien und den Niederlanden durchgeführt. Unabhängige Replikationen aus anderen Ländern fehlen bisher weitgehend.

Methodik

In zwei kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen wurden zwischen November 2001 und Februar 2003 484 TeilnehmerInnen rekrutiert. Erhoben wurden in einem schriftlichen Fragebogen neben soziodemographischen Angaben die negative Affektivität und soziale Inhibition mit Hilfe des DS14 (Grande et al., 2004) sowie Angst und Depressivität mit Hilfe der HADS (Herrmann et al., 1983). Zusätzlich wurden medizinische Angaben zur Diagnose, zu bestehenden Risikofaktoren, zum Grad der Herzinsuffizienz und zur Komorbidität in einem Arztfragebogen erfasst.

Die TeilnehmerInnen wurden von Mai 2008 bis August 2009 erneut angeschrieben und um das Ausfüllen eines Follow-up-Fragebogens gebeten. Der Überlebensstatus der Patientinnen und Patienten wurde gegebenenfalls anhand der Auskunft von Einwohnermeldeämtern festgestellt.

Mit Hilfe von Cox-Regressions-Modellen wurde der Einfluss des Typ D auf die Überlebensdauer geprüft. Als Kovariaten wurden die Baselinevariablen Alter, Geschlecht, Schulbildung, Partnerschaftsstatus, Angst und Depressivität (HADS), Diagnose, Grad der Herzinsuffizienz (NYHA), Komorbidität (Charlson-Index), Body-Mass-Index, Gesamtcholesterin und systolischer Blutdruck einbezogen.

Ergebnisse

Die Befragten waren zur Baseline im Mittel 65 Jahre alt (s= 9,3), 24 % waren Frauen. 37 % wiesen mehr als 9 Jahre schulischer Bildung auf und 82 % gaben an, in einer Partnerschaft zu leben. Die Prävalenz des Typ D in der Stichprobe betrug 25 %. Für 447 der 484 TeilnehmerInnen konnte der Vitalstatus gesichert werden. 74 dieser 447 TeilnehmerInnen (16,6 %) verstarben innerhalb des Follow-up-Zeitraums von durchschnittlich 6 Jahren. Die

Mortalität bei Personen mit Typ D lag bei 14 %, bei Personen ohne Typ D bei 17,4 % (X^2= 0,75, n. s.).

Auch in der multivariaten Analyse zeigte der Typ D keinen Effekt auf die Überlebenswahrscheinlichkeit. Das gleiche gilt für die anderen psychologischen Variablen Angst und Depressivität. Einen signifikant negativen Einfluss auf die Überlebenszeit hatten neben dem Alter (HR= 1,07, CI 95 % = 1,03-1,11) das Vorliegen von Arrhythmien (HR= 2,66, CI 95 % = 1,62-4,39) und eine höhere Komorbidität (HR= 1,46, CI 95 % =1,22-1,74), während eine höhere Schulbildung einen signifikant positiven Einfluss (HR= 0,43, CI 95 % = 0,24-0,78) auf die Überlebenszeit aufwies.

Diskussion

Für den im Vergleich zu der Mehrzahl der bisher vorliegenden Studien abweichenden Befund eines nicht vorhandenen Zusammenhangs zwischen Typ D und Mortalität bieten sich verschiedene Erklärungsansätze an. Am plausibelsten erscheint die Annahme, dass diese Diskrepanz auf kulturelle Unterschiede im Umgang mit der Erkrankung zurückzuführen ist. Dafür sprechen unter anderem auch Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern in den Skalenmittelwerten der DS14-Skalen von Patientenstichproben im Vergleich zu bevölkerungsrepräsentativen Normwerten (Grande et al., 2010).

Schlussfolgerung

Aufgrund der kontroversen Befundlage erscheint es noch zu früh, Empfehlungen für eine Berücksichtigung des Typ-D-Status in der Rehabilitation aufgrund eines prognostischen Effekts für klinische Ereignisse auszusprechen. Es besteht weiterhin Forschungsbedarf, vor allem in Bezug auf mögliche kausale Zusammenhänge zwischen der Typ-D-Persönlichkeit und dem Verlauf von Herzerkrankungen.

Literatur

Denollet, J., Schiffer A.A., Spek, V. (2010): A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes, 3. 546-557.

Denollet, J., Sys, S.U., Brutsaert, D.L. (1995): Personality and mortality after myocardial infarction. Psychosomatic Medicine, 57. 582-591.

Grande, G., Jordan, J., Kümmel, M., Struwe, C., Schubmann, R., Schulze, F., Unterberg, C., von Känel, R., Kudielka, B.M., Fischer, J., Herrmann-Lingen, C. (2004): Evaluation der deutschen Typ-D-Skala (DS14) und Prävalenz der Typ-D-Persönlichkeit bei kardiologischen und psychosomatischen Patienten sowie Gesunden. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 54. 413-422.

Grande, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K., Herrmann-Lingen, C. (2010): The type-D scale (DS14) - Norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. Personality and Individual Differences, 48. 935-939.

Herrmann, C., Buss, U., Snaith, R.P. (1995); Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Bern: Hans Huber.

Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten zu psychologischen Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzerkrankung: Zusammenfassung der vorliegenden Empfehlungen und der Evidenz

Reese, C. (1), Mittag, O. (1), Spieser, A. (1), Jäckel, W.H. (1,2)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

(2) RehaKlinikum und Hochrhein-Institut, Bad Säckingen

Hintergrund und Fragestellung

Psychologische Interventionen sind ein fester Bestandteil im Behandlungsspektrum der kardiologischen Rehabilitation. Aus Analysen von KTL-Daten (z. B. Bitzer et al., 2003) sowie einer aktuellen Erhebung bei den psychologischen Abteilungen der Rehaeinrichtungen in Deutschland (Reese et al., eingereicht) wissen wir, dass es in Bezug auf die psychologische Behandlung von koronarer Herzkrankheit eine große Variabilität zwischen den Einrichtungen gibt. Dies zeigt, wie wenig die psychologische Praxis in der medizinischen Rehabilitation standardisiert ist und unterstreicht die Bedeutung von Behandlungsempfehlungen bzw. Leitlinien für psychologische Interventionen in der Rehabilitation der koronaren Herzkrankheit. Hier werden die wichtigsten Ergebnisse einer systematischen Auswertung der existierenden nationalen und internationalen Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten berichtet, die psychologische Interventionen bei der Behandlung bzw. Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit berücksichtigen.*

Methode

Im November 2009 erfolgte eine systematische Literaturrecherche nach internationalen und nationalen Leitlinien sowie nach systematischen Übersichtsarbeiten zum Thema "Sekundärprävention/Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit". Neben den Leitlinien wurden auch explizite Empfehlungen, HTA-Berichte, Standards, Positionspapiere, "scientific statements" etc. in die Suche miteinbezogen. Bei der elektronischen Literaturrecherche wurden zahlreiche Datenbanken (u. a. Medline, PsycInfo, Cochrane Library, Evidence-Based Medicine Reviews) und Websites (u. a. http://awmf.org/, www.leitlinien.de) berücksichtigt. Die Suche wurde anhand von Stichworten und Standardvokabular (MeSH) durchgeführt und auf Publikationen ab dem Jahr 1990 limitiert. Zusätzlich zur elektronischen Recherche fand eine Handsuche statt. Relevante Inhalte, die sich auf psychologische Interventionen in der Sekundärprävention bzw. Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit beziehen, wurden extrahiert.

Ergebnisse

34 einschlägige Leitlinien und 5 systematische Übersichtsarbeiten wurden identifiziert, darunter nur eine Leitlinie, die sich speziell auf psychologische Interventionen bei KHK bezieht (Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR), 2003). Es wurden Empfehlungen bzw.

* Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Projektes "Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen" angefertigt (Förderer: DRV Bund; FKZ 0423-40-64-50-18)

Evidenz für die folgenden psychologischen Interventionen gefunden: (1) Screening und Behandlung komorbider psychischer Störungen, (2) Psychotherapeutisches Einzelgespräch bzw. Psychotherapie bei bestimmten Problemlagen (z. B. ausgeprägte psychische/psychosoziale Belastung, psychische Komorbidität, Unwirksamkeit anderer Interventionen), (3) Patientenberatung und Edukation mit dem Ziel, die Patienten zur nachhaltigen Lebensstiländerung zu motivieren, (4) Einbeziehung der Angehörigen bzw. der Partner, (5) berufliche Beratung, (6) Entspannungstraining, (7) Stressbewältigung, (8) Interventionen zur Verbesserung der sozialen Unterstützung, (9) Raucherinformation und Nikotinentwöhnung, (10) Interventionen zur Ernährungsumstellung und zum Gewichtsmanagement, (11) Interventionen zur Förderung ausreichender, regelmäßiger Bewegung, (12) Thematisierung sexueller Aktivität, (13) Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse bestimmter Gruppen von Patienten (Patienten mit niedrigem sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund, jüngerem oder höherem Alter sowie komorbiden somatischen oder psychischen Erkrankungen). Des Weiteren wurden Gender sowie Probleme hinsichtlich der Rückkehr zur Arbeit als differenzielle Indikationen genannt.

Diskussion

Die vorliegende Zusammenfassung der Empfehlungen und Evidenz für psychologische Interventionen bei koronarer Herzerkrankung zeigt, dass psychologisch fundierte Interventionen sowohl in Deutschland als auch international große Bedeutung in der kardiologischen Rehabilitation bzw. Sekundärprävention der KHK haben. Allerdings können die Empfehlungen aus den internationalen Leitlinien (z. B. hinsichtlich Therapiedichte und -dauer) nur eingeschränkt auf das deutsche Rehabilitationssystem übertragen werden, da die Rehabilitation im internationalen Raum meist ambulant und über einen längeren Zeitraum stattfindet (Bjarnason-Wehrens et al., 2010). Darüber hinaus sind die Empfehlungen, die sich auf psychologische Diagnostik und Interventionen beziehen, in den meisten Leitlinien nicht detailliert genug, um praktisches psychologisches Handeln im Einzelfall leiten zu können. Die Entwicklung detaillierter, evidenzbasierter Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der medizinischen Rehabilitation findet momentan im Rahmen des zugrundeliegenden Projektes für die zwei Indikationen chronische Rückenschmerzen und koronare Herzerkrankung statt.

Literatur

Bitzer, E.M., Klosterhuis, H., Dörning, H., Rose, S. (2003): Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation - Phase 2: Vergleichende Analyse des Ist-Zustandes der in der kardiologischen Rehabilitation erbrachten Leistungen auf der Basis der KTL-Statistik. Die Rehabilitation, 42. 83-93.

Bjarnason-Wehrens, B., McGee, H., Zwisler, A.D., Piepoli, M.F., Benzer, W., Schmid, J.P., Dendale, P., Pogosova, N.G.V., Zdrenghea, D., Niebauer, J., Mendes, M. on behalf of the Cardiac Rehabilitation Section European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (2010): Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 17. 410-418.

Reese, C., Mittag, O., Jäckel, W.H. (eingereicht): Strukturen und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der stationären medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rü-

ckenschmerzen und koronarer Herzerkrankung: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Die Rehabilitation.

Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) (2003): Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva. Guidelines for psychology activities in cardiac rehabilitation and prevention. Monaldi Archives of Chest Disease, 60. 184-234.

Charakteristika der Ausprägung subjektiver Krankheits- und Behandlungsrepräsentationen bei Patienten mit depressiver Störung in Abhängigkeit von verschiedenen soziodemographischen Variablen

Heyduck, K., Glattacker, M., Meffert, C.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Patientenseitige Krankheits- und Behandlungskonzepte gelten als zentrale Einflussgrößen auf gesundheits- und krankheitsbezogenes Verhalten. Als Kernstück des Common-Sense-Selbstregulationsmodells (Leventhal et al., 2001) steuern sie die Auswahl und Umsetzung von Bewältigungsverhalten und werden mit einer Vielzahl von gesundheitsbezogenen Outcomes in Zusammenhang gebracht (Hagger, Orbell, 2003). Damit sind sie auch ein wichtiger Indikator des kognitiven und emotionalen Ausgangszustandes, mit dem Patienten eine Rehabilitation antreten.

Mit dem Ziel, Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechtere Gestaltung von Interventionen gerade auch im Rahmen der Rehabilitation zu identifizieren, wird im vorliegenden Beitrag* der Frage nachgegangen, inwieweit die Ausprägung der Repräsentationen zu Krankheit, Medikation und Rehabilitation und die Bewertung bisheriger krankheits- und behandlungsbezogener Informationen bei Patienten mit depressiver Störung in Abhängigkeit von verschiedenen soziodemographischen Variablen variiert.

Methodik und Stichprobe

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Dezember 2008 und Mai 2009 in fünf psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen. Messzeitpunkt war Reha-Beginn. Zur Operationalisierung der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte und der Informationsbewertung wurden der Illness Perception Questionnaire-Revised, der Beliefs about Medicines Questionnaire, die Satisfaction with Information about Medicines Scale sowie Eigenentwicklungen zur Erfassung des rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts (Glattacker et al., 2009a) und der Informationsbewertung bezüglich Krankheit und Rehabilitation (Glattacker et al., 2009b) eingesetzt.

* Die berichteten Ergebnisse sind Teil des Forschungsprojekts "*Bedarfsgerechte Patienteninformation für Rehabilitanden auf der Basis subjektiver Konzepte*", das im Rahmen des Förderschwerpunkts "Versorgungsnahe Forschung: Chronische Krankheit und Patientenorientierung" von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert wird.

Die Stichprobe umfasst n=210 Rehabilitanden mit einer depressiven Störung. Das Alter der Befragten variiert zwischen 20 und 71 Jahren (M=48,0, SD=9,1), der Frauenanteil liegt bei 73,8 %, der Anteil der Erwerbstätigen bei 87,2 %. Bei 57,9 % der Befragten besteht die Erkrankung seit mehr als 3 Jahren, 36,2 % geben an, bereits an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben.

Die statistischen Auswertungen umfassen deskriptive Statistik und univariate multifaktorielle Varianzanalysen[**] (AV: Skalenausprägungen, berücksichtigte Faktoren: Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer, Reha-Vorerfahrung und Erwerbsstatus).

Ergebnisse

Zwischen Männern und Frauen zeigen sich insgesamt nur wenige Unterschiede in der Ausprägung der subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepte, welche sich vor allem auf Einzelitemebene manifestieren. Unterschiede werden jedoch zwischen jüngeren und älteren Patienten (Mediansplit bei 49 Jahren) sichtbar. Jüngere Patienten schreiben die Entstehung ihrer Erkrankung beispielsweise häufiger psychischen Variablen (p<.001) und Stressfaktoren zu (p=.004) zu und verbinden mit einer Rehabilitation mehr Befürchtungen (p=.040) als ältere Patienten. Als bedeutsam hat sich auch die Erkrankungsdauer erwiesen. Patienten mit längerer Erkrankungsdauer (> 3 Jahre) zeigen in Bezug auf ihre Depression signifikant geringere Werte in den Bereichen persönliche Kontrolle (p=.044) und Behandlungskontrolle (p=.002) und schreiben der Erkrankung mehr Konsequenzen zu (p=.009). Sie schätzen außerdem die Notwendigkeit ihrer Medikation höher ein (p=.013) und haben mehr rehabilitationsbezogene Befürchtungen (p=.048). Erwerbstätige Patienten unterscheiden sich von den nicht Erwerbstätigen vor allem durch die häufigere Zuschreibung von Stressfaktoren als Krankheitsursache (p=.001) und signifikant stärkere Befürchtungen in Zusammenhang mit der Rehabilitation (p=.010). Zwischen Patienten mit und ohne Reha-Vorerfahrung werden keine Unterschiede in der Ausprägung der Krankheits- und Behandlungsrepräsentationen evident. In der Bewertung der bislang erhaltenen Informationen wird, insbesondere bezogen auf die Informationen zur Erkrankung (M=2,9[***]) und zur Rehabilitation (M=4,43), insgesamt eine eher geringe Zufriedenheit der Befragten deutlich; es zeigen sich hier jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Patientengruppen.

Diskussion

In Abhängigkeit von verschiedenen soziodemographischen Variablen werden charakteristische Unterschiede in der Ausprägung der subjektiven Krankheits- und Behandlungsrepräsentationen deutlich. Dies bietet Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Gestaltung verschiedener Interventionen im Rahmen der Rehabilitation, indem z. B. gerade bei erwerbstätigen Patienten oder Patienten mit längerer Erkrankungsdauer auch rehabilitationsbezogene Befürchtungen oder das individuelle Kontrollerleben in Bezug auf die Erkrankung stärker in den Fokus gerückt werden. Auch individuelle Informationsdefizite sollten hier aufgegriffen werden. Im Rahmen des Projekts "Bedarfsgerechte Patienteninfor-

---

[**] Auf eine Bonferroni-Korrektur wurde hier verzichtet, um explorativ auch kleinere Unterschiede zwischen den Patientengruppen aufzeigen zu können.

[***] Zufriedenheit mit der Information zur Krankheit: Gesamtscore mit Skala von 0 bis 10 (maximale Zufriedenheit), Zufriedenheit mit der Information zur Rehabilitation: Gesamtscore mit Skala von 0 bis 11 (maximale Zufriedenheit)

mation" wird ein erster Ansatz einer solcher Maßschneiderung von Behandlungsbestandteilen auf der Basis subjektiver Krankheits- und Behandlungskonzepte umgesetzt und evaluiert (Glattacker et al., 2010).

Literatur

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2009a): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden. Die Rehabilitation, 48. 345-353.

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2009b): Wie bewerten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen und depressiven Störungen ihre Informationen zu Krankheit und Rehabilitation? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 83-84.

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2010): Entwicklung, Implementierung und Umsetzung einer Intervention zur bedarfsgerechten Patienteninformation für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Rehabilitation, 49 (5). 292-300.

Hagger, M.S., Orbell, S. (2003): A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. Psychology & Health, 18 (2). 141-184.

Leventhal, H., Leventhal, E., Cameron, L. (2001): Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In: A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds.): Handbook of Health Psychology. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum. 19-48.

Dokumentation komorbider psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation: Eine Analyse ärztlicher Entlassungsberichte

Jahed, J. (1), Vogel, B. (1), Bitz, I. (1), Härter, M. (2), Bengel, J. (1), Baumeister, H. (1)

(1) Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (2) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation erfüllt jeder fünfte Patient die Kriterien einer aktuellen psychischen Störung (Härter et al., 2007). Komorbide psychische Störungen bei somatisch erkrankten Patienten sind mit erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten, erhöhten Versorgungskosten sowie niedriger Compliance und Lebensqualität assoziiert (Baumeister, Härter, 2005; Baumeister et al., 2005; Hutter et al., 2010). Gleichzeitig werden psychische Störungen und Nachsorgeempfehlungen häufig nicht oder nur unzureichend im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert (Härter et al., 2004), obwohl dies für die adäquate Weiterbehandlung von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen von hoher Relevanz ist. Die DIBpS-Studie zielte aufgrund dessen auf die Verbesserung der psychodiagnostischen Routine und Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen.

Fragestellung

1. Werden bei psychisch belasteten Patienten häufiger Screeningergebnisse im Entlassungsbericht genannt als bei nicht belasteten Patienten?

2. Wie hoch ist der Anteil der Patienten, bei denen im Entlassungsbericht psychische Störungen und darauf bezogene Behandlungsmaßnahmen sowie Nachsorgeempfehlungen berichtet werden?
3. Erhöht eine psychodiagnostische Schulung der Rehabilitationsmitarbeiter und die Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in die Klinikroutine die Dokumentationshäufigkeit psychischer Störungen sowie darauf bezogene Behandlungsmaßnahmen und Nachsorgeempfehlungen?

Methodik

Ärzte und Psychologen aus fünf orthopädischen, kardiologischen und onkologischen Kliniken wurden bezüglich einer Optimierung der Diagnostik und Dokumentation von psychischen Belastungen und Störungen geschult. Bestandteil der Optimierung war die Einführung eines Screeninginstruments, das die Patienten zu Beginn der Rehabilitation ausfüllten. Hierfür wurde der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9) zur Erfassung der Depressivität bzw. die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) zur Erfassung der Depressivität und Ängstlichkeit eingesetzt. Beide Fragebögen bieten die Möglichkeit, Hinweise auf irgendeine psychische Störung zu geben. Von jedem fünften screening-auffälligen Patienten (PHQ-9≥10; HADS-D-Angstwert≥11 und/oder HADS-D-Depressionswert≥9) und jedem fünften screening-unauffälligen Patienten wurden randomisiert die Entlassungsberichte hinsichtlich der Dokumentation des Screeningergebnisses, der psychischen Diagnosen sowie darauf bezogene Behandlungsmaßnahmen und Nachsorgeempfehlungen analysiert und mit "historischen" Entlassungsberichten (Entlassungsberichte, die mindestens seit drei Monaten vorlagen, bevor die Kliniken erstmalig bezüglich der DIBpS-Studie kontaktiert wurden) verglichen. Zugunsten der Vergleichbarkeit der Ergebnisse fokussiert die vorliegende Studie auf die Analyse der DRV-Entlassungsberichte.

Ergebnisse

Zu Rehabilitationsbeginn waren 34,4 % (n=473) der 1.374 befragten Rehabilitanden psychisch belastet (= screening-positiv). Von 56 belasteten (38,4 %) und 90 nicht belasteten (61,6 %) Patienten wurden die DRV-Entlassungsberichte analysiert. Bei 37,5 % (n=21) der belasteten und 42,2 % (n=38) der nicht belasteten Patienten wurde das Screeningergebnis dokumentiert. Psychische Störungen wurden bei 39,3 % (n=22) der belasteten und 17,8 % (n=16) der nicht belasteten Patienten berichtet. Insgesamt wurden bei 82,1 % (n=46) der belasteten und 71,1 % (n=64) der nicht belasteten Patienten allgemeine psychologische Behandlungsmaßnahmen im Entlassungsbericht dokumentiert. Dabei erhielten 57,1 % (n=32) der laut Screening auffälligen Patienten während ihres Rehabilitationsaufenthalts spezifische psychologische Interventionen (z. B. Einzel- und Paartherapie) im Vergleich zu 17,8 % (n=16) der unauffälligen Patienten. Bei 57,1 % (n=32) der belasteten sowie 31,1 % (n=28) der nicht belasteten Patienten wurden psychologisch relevante Nachsorgeempfehlungen ausgesprochen.

Der Vergleich der aktuellen (n=146) und historischen Entlassungsberichte (n=161) zeigte, dass häufiger psychische Störungen (26,0 %; n=38 zu 21,7 %; n=35), Behandlungsmaßnahmen (75,3 %; n=110 zu 66, 5 %; n=107) sowie Nachsorgeempfehlungen (41,1 %; n=60 zu 34,8 %; n=56) in der aktuellen Stichprobe dokumentiert wurden. Hinsichtlich der spezifischen psychologischen Interventionen ließ sich feststellen, dass der Anteil der Patienten in

der aktuellen Stichprobe geringfügig höher liegt (32,9 % vs. 31,7 %). Ein signifikanter Unterschied zeigte sich lediglich für die Dokumentation durchgeführter psychologischer Maßnahmen während der Rehabilitation.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans die Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen sowie darauf bezogene Behandlungsmaßnahmen und Nachsorgeempfehlungen verbessert. Die niedrige Häufigkeit dokumentierter screening-positiver Ergebnisse, die unter der Prävalenz dokumentierter screening-negativer Ergebnisse liegt, deutet jedoch auch auf weiterhin bestehende Vorbehalte gegenüber der Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen hin. Fortlaufende Weiterbildungen der Mitarbeiter sowie eine Qualitätskontrolle der Entlassungsberichte könnten hier zu einer weiteren Verbesserung der Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen beitragen.

Literatur

Baumeister, H., Balke, K., Härter, M. (2005): Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. Journal of Clinical Epidemiology, 58. 1090-1100.

Baumeister, H., Härter, M. (2005): Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14. 175-189.

Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (2007): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Heidelberg: Springer.

Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A., Bengel, J. (2004): Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 85. 1192-1197.

Hutter, N., Schnurr, A., Baumeister, H. (2010): Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders - a systematic review. Diabetologia; DOI: 10.1007/s00125-010-1873-y.

Strukturen und Praxis der pPsychologischen Abteilungen in der stationären medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen und koronarer Herzkrankheit

Reese, C. (1), Mittag, O. (1), Jäckel, W.H. (1,2)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) RehaKlinikum und Hochrhein-Institut, Bad Säckingen

Hintergrund und Fragestellung

Zu Beginn der 70er Jahre wurden die ersten Stellen für Psychologen in (somatischen) Rehabilitationskliniken geschaffen. Heute arbeiten in Deutschland über 3.500 Psychologen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Sektion ABP im BDP e.V., 2010). Die medizinische Rehabilitation stellt also ein wichtiges Arbeitsfeld für Psychologen dar. Bisher existiert jedoch keine umfassende Analyse zu den Strukturen und der Praxis der psychologischen Abteilungen in der medizinischen Rehabilitation. Vorliegende Erhebungen wie z. B. die Analysen von KTL-Daten (Bitzer et al., 2003; Gülich et al., 2003) sind nicht differenziert genug hinsichtlich der einzelnen psychologischen Interventionen und umfassen darüber hinaus keine psychodiagnostischen Maßnahmen. Im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgte eine detaillierte Erhebung der derzeitigen Strukturqualität und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der medizinischen Rehabilitation für die beiden Indikationen chronischer Rückenschmerz und koronare Herzerkrankung*.

Methode

Es fand eine bundesweite schriftliche Befragung der psychologischen Abteilungen in den orthopädischen und kardiologischen stationären Rehabilitationseinrichtungen statt. Die Fragen bezogen sich auf die folgenden Themenbereiche: (1) Allgemeine Angaben zur Rehabilitationseinrichtung (z. B. Träger, Bettenanzahl, Rehabilitandenstruktur, Stellensituation, Qualifikation der Psychologischen Abteilungen); (2) Therapeutische Ausrichtung; (3) Psychodiagnostische Verfahren; (4) Zugangswege zu psychologischen Interventionen; (5) Psychologische Einzel- und Gruppeninterventionen; (6) Spezifische Angebote für bestimmte Gruppen von Rehabilitanden; (7) Aufteilung der Arbeitszeit; (8) Interdisziplinäre Besprechungen; (9) Supervision; (10) Psychologischer Bericht; (11) Nachsorgeempfehlungen; (12) Veränderungswünsche.

Ergebnisse

Es liegen Daten der psychologischen Abteilungen aus 169 orthopädischen und 75 kardiologischen stationären Einrichtungen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 57 Prozent. Bei beiden Indikationen ist im Durchschnitt ein Psychologe für 100 Rehabilitanden zustän-

* Die Studie fand im Rahmen des Projektes "Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen" statt (Förderer: DRV Bund; FKZ 0423-40-64-50-18)

dig. Die Zuweisung der Rehabilitanden zu den unterschiedlichen psychologischen Angeboten erfolgt bei beiden Indikationen mit Abstand am häufigsten durch den Arzt. Als Therapierichtung dominiert die kognitive Verhaltenstherapie, gefolgt von der Gesprächspsychotherapie, Systemischen Therapie, Psychodynamik und Hypnotherapie. Bei der Behandlung von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz und koronarer Herzerkrankung werden verschiedene psychodiagnostische Verfahren angewendet sowie ein breites Spektrum psychologischer Interventionen durchgeführt. Insgesamt weisen die Prozesse, die bei den Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz und koronarer Herzerkrankung zum Einsatz kommen, eine bemerkenswerte Parallelität auf. Gleichzeitig besteht aber eine große Heterogenität zwischen den Einrichtungen, insbesondere hinsichtlich der Aufteilung der Arbeitszeit sowie hinsichtlich der Verteilung der Rehabilitanden auf die einzelnen psychodiagnostischen Angebote sowie auf die psychologischen Einzel- und Gruppeninterventionen.

Diskussion

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich unseres Wissens um die bisher umfassendste Erhebung der Strukturen und Praxis der psychologischen Abteilungen in den orthopädischen und kardiologischen stationären Rehabilitationseinrichtungen. Es gibt große Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen in Bezug auf die psychologischen Interventionen einschließlich der diagnostischen Maßnahmen, die bei Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz bzw. koronarer Herzkrankheit durchgeführt werden. Auch in anderen Untersuchungen wurden bereits große Differenzen zwischen den verschiedenen Einrichtungen hinsichtlich der Anteile von Rehabilitanden gefunden, die an psychologischen Angeboten teilnehmen (z. B. Irle et al., 2002; Bitzer et al., 2003; Gülich et al., 2003). Dabei gibt es Hinweise darauf, dass die Unterschiede bezüglich der Behandlungshäufigkeiten in vielen Fällen unabhängig von relevanten Merkmalen der Rehabilitanden (z. B. Depressionsscores im Fragebogen) sind. Die Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der medizinischen Rehabilitation, die im Rahmen des zugrundeliegenden Projektes für die zwei Indikationen chronische Rückenschmerzen und koronare Herzerkrankung entwickelt werden, könnten eine wichtige Unterstützung bei der bedarfsgerechten Planung und Gestaltung therapeutischer Leistungen darstellen und zu einer größeren Standardisierung psychologischer Leistungen in der Rehabilitation beitragen.

Literatur

Bitzer, E.M., Klosterhuis, H., Dörning, H., Rose, S. (2003): Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation - Phase 2: Vergleichende Analyse des Ist-Zustandes der in der kardiologischen Rehabilitation erbrachten Leistungen auf der Basis der KTL-Statistik. Die Rehabilitation, 42. 83-93.

Gülich, M., Engel, E., Rose, S., Klosterhuis, H., Jäckel, W.H. (2003): Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten - Phase 2: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten. Die Rehabilitation, 42. 109-117.

Irle, H., Worringen, U., Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (2002): Erfassung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in der somatisch-medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 41. 382-388.

Sektion ABP im BDP e.V. (2006): Psychologen/innen im Krankenhaus. URL: http://www.bdp-abp.de/verband/archiv/2006/06_krankenhaus.html, Abruf: 20.10.2010.

Exergames in der Rehabilitation: Einsatz der Nintendo Wii für kardiologische und depressive Patienten

Schuler, M. (1), Ahnert, J. (1), Vogel, H. (1), Lütgemüller, A. (2), Delle, K. (3), Hinkerode, T. (3), Eckey, U. (3), Heiderhoff, M. (4), Müller-Holthusen, T. (2), Schubmann, R. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, (2) Dr. Becker Klinik Möhnesee, (3) Akademiestiftung Hellweg, Soest, (4) Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG , Köln

Hintergrund und Fragestellung

Im medizinisch-therapeutischen Bereich werden in den letzten Jahren zunehmend Computerspiele, v. a. sog. "Exergames", als therapeutische Alternativen und Ergänzungen erprobt (Maddison et al., 2009; Rosenberg et al., 2010). Im Gegensatz zu klassischen Computerspielen erfolgt bei Exergames die Bedienung der Spiele nicht über Tastatur, Joystick oder Maus, sondern z. B. über einen Controller, der über eingebaute Bewegungssensoren die Positionen und Bewegungen der Spieler im Raum erfassen kann oder über ein so genanntes "Balance Board", eine Balance-Körper-Waage, die über betretbare Sensorflächen Verlagerungen des Körpergewichts registriert.

In diesem Projekt wird versucht, die vielfältigen Möglichkeiten der Exergames (modifizierbarer Schwierigkeitsgrad; Abwechslung; Möglichkeit positiver Rückmeldung; Möglichkeit für Gruppenspiele) für Patienten der kardiologischen Rehabilitation einerseits und Patienten der psychosomatischen Rehabilitation andererseits nutzbar zu machen. Im kardiologischen Bereich soll überprüft werden, ob Exergames als motivierende Ergänzung für die Aufnahme und Beibehaltung körperlicher Aktivitäten genutzt werden können. Bei depressiven Patienten soll überprüft werden, ob Exergames potentiell zur Stimmungsaufhellung und Aktivierung beitragen können. Bei beiden Patientengruppen stehen Fragen der Durchführbarkeit und Akzeptanz im Vordergrund.

Methoden

Der Einsatz von Exergames wird im Rahmen zweier Teilprojekte in der Klinik Möhnesee formativ überprüft. In beiden Projekten wird als Spielkonsole die Nintendo Wii eingesetzt.

In der Kardiologie werden nach Schweregrad der körperlichen Beeinträchtigung 2 Gruppen (je n=25) gebildet. Die leichter beeinträchtigten Patienten erhalten 3 mal pro Woche Wii-Training mit Übungen der DVDs "Wii Fit" und "Wii Fit Plus". Bei diesen Patienten liegt das Ziel im Aufbau und Beibehaltung der körperlichen Aktivität. Die schwerer beeinträchtigten Patienten erhalten ebenfalls 3-mal pro Woche ein Wii-Training, allerdings mit leichteren Übungen der DVD "Wii Sports Resort". Hierbei liegt der Fokus auf dem Aufbau koordinativer Fertigkeiten. Bei beiden Gruppen wird vor und nach jedem Training die Herzfrequenz erfasst, die Zufriedenheit und Akzeptanz werden mit einem selbstentwickelten Fragebogen ermittelt.

In der Psychosomatik wird der Einsatz der Exergames im Gruppensetting überprüft. Zunächst werden verschiedene Exergames durch Patienten mit depressiver Symptomatik bezüglich Schwierigkeit, Anstrengungsgrad und Spaßfaktor bewertet. Anschließend werden

die am besten bewerteten Spiele über 4 Monate in Gruppen von 4-6 Patienten 2-mal pro Woche eine Stunde lang gespielt. Die Wii-Stunden werden von einer Psychotherapeutin geleitet, die das Schwierigkeitslevel der Wii-Spiele den Fähigkeiten der Patienten anpasst und für positives Feedback sorgt. Erfasst werden nach jeder Wii-Stunde Rückmeldungen der Patienten zu Anstrengungsgrad und Stimmungslage. Am Ende der Reha werden Zufriedenheit mit der durchgeführten Wii-Intervention und Änderungsvorschläge erfasst. Zu einer ersten deskriptiven Wirksamkeitsabschätzung werden die Prä-Post-Differenzen (Beginn-Ende-Reha) im BDI und BSI mit denen von Patienten ohne Wii-Intervention verglichen ("Matched Pairs").

Erste Ergebnisse

Bislang liegen erste Ergebnisse zur Umsetzbarkeit und Akzeptanz bei n=46 kardiologischen Patienten vor. Patienten aller Altersgruppen (26-84 Jahre) zeigten sich hoch motiviert, die Übungen an der Wii durchzuführen und waren mit der Intervention sehr zufrieden. Die Patienten fühlen sich eher durch Koordinations- und Konzentrationsanforderungen als durch die physische Aktivität beansprucht. Bei schwerer belasteten Patienten ist eine Einzelbetreuung notwendig und es müssen primär Spiele ausgewählt werden, die im Sitzen durchführbar sind.

Diskussion

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass das i. d. R. höhere Alter von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen kein Hindernis bei der Implementierung von Exergames in den klinischen Alltag darstellt (Rosenberg et al., 2009). Exergames scheinen nach den ersten Ergebnissen für alle Altersstufen zumindest positive motivationale Effekte zu haben. Die Umsetzung in den klinischen Alltag bereitet bislang keine Probleme. Der weitere Projektverlauf wird zeigen, inwiefern sich die Ergebnisse für depressive Patienten replizieren lassen und ob sich potentielle Wirksamkeitseffekte zeigen.

Literatur

Maddison, R., Foley, L., Mhurchu, C.N., Jull, A., Jiang, Y., Prapavessis, H., Rodgers, A., Hoorn, S.V., Hohepa, M., Schaaf, D. (2009): Feasibility, design and conduct of a pragmatic randomized controlled trial to reduce overweight and obesity in children: The electronic games to aid motivation to exercise (eGAME) study. BMC Public Health, 9. 146.

Rosenberg, D., Depp, C.A., Vahia, I.V., Reichstadt, J., Palmer, B.W., Kerr, J., Norman, G., Jeste, D.V. (2009): Exergames for subsyndromal depression in older adults: a pilot study of a novel intervention. American Journal of Geriatric Psychiatry, 18/3. 221-226.

Stress, Ressourcenveränderungen und Coping bei Müttern im Kontext einer stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme

Lukasczik, M., Gerlich, C., Schuler, M., Musekamp, G.
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Mütter und Väter sind einer Reihe psychosozialer Stressoren ausgesetzt (u. a. Erziehungsprobleme, Rollenkonflikte, finanzielle Schwierigkeiten), die mit funktionellen, psychischen oder somatischen Beeinträchtigungen assoziiert sind. Im deutschsprachigen Raum wurden Befunde zu elterlichen Belastungen und elterlicher Gesundheit häufig im Kontext von Maßnahmen der stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter erhoben (z. B. Herwig, Bengel, 2005). Diese im internationalen Vergleich singulären stationären Angebote mit einer Dauer von drei Wochen berücksichtigen den besonderen elterlichen Versorgungsbedarf und Lebenskontext und fokussieren auf die Förderung psychosozialer (insbesondere erziehungsbezogener) Ressourcen von Eltern.

Zur differenzierten Analyse der Zusammenhänge von Stressoren, Ressourcen und Befindlichkeit von Müttern und Vätern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird Bezug genommen auf die Theorie der Ressourcenerhaltung (Conservation of Resources Theory (COR); Hobfoll, 1989), nach der Stress eine Folge des tatsächlichen oder drohenden Verlustes von Ressourcen darstellt. Der Einfluss von Ressourcenverlusten und -gewinnen auf Befindlichkeits- und Belastungsindikatoren konnte mehrfach belegt werden (z. B. Hobfoll et al., 2003; Wells et al., 1999). In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob Ressourcenzugewinne in Abhängigkeit von den Eingangsbelastungen Parameter der Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen und ob Copingstrategien einen Mediator des Zusammenhangs von Ressourcengewinnen und der Zufriedenheit darstellen.

Methodik

Es wurden Daten von n=1.724 Patientinnen aus stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter herangezogen, die im Rahmen zweier Entwicklungsprojekte (in Trägerschaft der gesetzlichen Krankenkassen) zur Konzeption von Qualitätssicherungsinstrumenten für diesen Versorgungsbereich zu zwei Messzeitpunkten erhoben worden waren (Lukasczik et al., 2010). Mittels Strukturgleichungsmodellen wurde untersucht, ob erziehungsbezogene Stressoren (ESI) den Einfluss von Zugewinnen in der erziehungsbezogenen Selbstwirksamkeit (FKE) im Verlauf der Maßnahme auf die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit (FLZ-M) am Ende der Maßnahme moderieren. Des Weiteren wurde analysiert, inwieweit Bewältigungsstrategien (Brief COPE) den Effekt der erziehungsbezogenen Selbstwirksamkeit auf die Zufriedenheitsmaße vermitteln.

Ergebnisse

Erste Analysen zeigen eine signifikante positive Veränderung der erziehungsbezogenen Selbstwirksamkeit im Verlauf der Maßnahme (d=0,4). Erziehungsbezogene Stressoren sind zu Maßnahmenbeginn negativ mit Selbstwirksamkeit, allgemeiner Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Gesundheit korreliert; positive Zusammenhänge bestehen mit verschiedenen dysfunktionalen Copingstrategien (u. a. Verhaltensrückzug, Selbstbeschuldigung). Die weitere Datenanalyse erlaubt die Beantwortung der Frage, inwieweit der Effekt des Zugewinns an Selbstwirksamkeit auf die Zufriedenheit vom Ausmaß erziehungsbezogener Belastungen abhängig ist und ob aktive, handlungsorientierte Bewältigungsstrategien den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf die Zufriedenheitsmaße vermitteln.

Ausblick

Die Förderung psychosozialer Ressourcen und damit die Realisierung einer salutogenetischen Perspektive gewinnt in der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Eine theoriebasierte Untersuchung ihres Einflusses auf die Befindlichkeit von Rehabilitanden, wie in der vorgestellten Studie geschehen, ist bislang kaum erfolgt, eröffnet aber wichtige Potenziale für die Rehabilitationspraxis, etwa im Hinblick auf die Ableitung von Hinweisen zur Förderung von Ressourcen in der Rehabilitation und zur Evaluation von deren Effekten. Auch wurden bislang schwerpunktmäßig die Auswirkungen elterlicher Kompetenzen auf die kindliche Entwicklung und Befindlichkeit untersucht, zu den Effekten von Ressourcensteigerungen auf die elterliche Gesundheit liegen kaum Daten vor. Somit schließt die Studie eine wichtige Lücke in der Forschung zur Gesundheit von Müttern und Vätern.

Literatur

Herwig, J.E., Bengel, J. (2005): Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Maßnahmen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 53. 1-15.

Hobfoll, S.E. (1989): Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44. 513-524.

Hobfoll, S.E., Johnson, R.J., Ennis, N., Jackson, A.P. (2003): Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. Journal of Personality and Social Psychology, 84. 632-643.

Lukasczik, M., Gerlich, C., Musekamp, G., Heide, M., Schuler, M., Neuderth, S., Vogel, H. (2010): Externe Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und Kinder: Einrichtungsvergleichende Analysen von Parametern der Ergebnisqualität. DRV-Schriften, Bd. 88. 64-66.

Wells, J.D., Hobfoll, S.E., Lavin, J. (1999): When it rains, it pours: The greater impact of resource loss compared to gain on psychological distress. Personality and Social Psychology Bulletin, 25. 1172-1182.

Erfassung schulungsnaher Zielkriterien mittels der deutschsprachigen Version des Health Education Impact Questionnaire - Ergebnisse zur faktoriellen Validität und Reliabilität

Schuler, M. (1), Musekamp, G. (1), Kirchhof, R. (2), Ehlebracht-König, I. (2,3), Gutenbrunner, C. (2), Nolte, S. (4), Osborne, R. (5), Faller, H. (1), Schwarze, M. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, (2) Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, (3) Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, (4) Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e.V., c/o Dermatologisches Zentrum Buxtehude, (5) Deakin University, School of Health and Social Development, Burwood

Hintergrund und Fragestellung

Patientenschulungen werden zumeist mittels schulungsferner Zielkriterien (z. B. Lebensqualität, Wiedereingliederung) evaluiert, wenngleich gefordert wurde, dass eher schulungsnahe Zielkriterien (Selbstmanagement, Akzeptanz der Erkrankung, Empowerment) herangezogen werden sollten (Faller et al., 2005). Bislang liegen jedoch kaum deutschsprachige Instrumente vor, die schulungsnahe Zielkriterien erfassen. Deswegen wurde in einem BMBF-geförderten Projekt der in Australien entwickelte generische Fragebogen heiQ ("Health Education Impact Questionnaire") ins Deutsche übersetzt und psychometrisch evaluiert. Der heiQ umfasst 8 Skalen (40 Items), die in der Originalversion als eindimensional und reliabel ausgewiesen werden konnten (Osborne et al., 2007). Die deutsche Übersetzung des heiQ kann als für Patienten verständliche Version angesehen werden (Musekamp et al., 2010). Die deutschsprachigen Skalennamen lauten: "Gesundheitsförderliches Verhalten", "Aktive Beteiligung am Leben", "Emotionales Wohlbefinden", "Selbstüberwachung und Krankheitsverständnis", "Konstruktive Einstellungen", "Erwerb von Fertigkeiten und Handlungsstrategien", "Soziale Unterstützung und Integration" sowie "Kooperation und Zurechtfinden im Gesundheitswesen". Bislang lagen jedoch keine Informationen über die faktorielle Validität und Reliabilität und Änderungssensitivität der deutschsprachigen Skalen vor.

Methoden

In sieben Kooperationskliniken unterschiedlicher Indikationen (Orthopädie, Onkologie, Kardiologie, Pneumologie, Psychosomatik) füllten Patienten unmittelbar vor (T1) und nach (T2) einer Patientenschulung den heiQ aus. Die Skalenstruktur zu T1 (n=1.196) wurde mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen (robuste Maximum-Likelihood-Schätzer (Muthén, Muthén, 2010)) geprüft. Die Reliabilität wurde über Cronbachs Alpha geschätzt. Zur ersten Annäherung der Änderungssensitivität wurden Prä-Post-Differenzen zwischen T1 und T2 berechnet.

Ergebnisse

Fünf Skalen weisen gute bis sehr gute Fit-Werte auf (jeweils CFI>0,98; RMSEA<0,07; SRMR<0,019). Die Skala "Kooperation und Zurechtfinden" zeigt zwar weniger befriedigende Werte im RMSEA (0,090) auf, die guten Werte im CFI (0,964) und SRMR (0,027) sowie ge-

ringe Werte in den "Expected Parameter Changes" (EPC<0,075) (Saris et al., 2009) deuten jedoch auf eine akzeptable Modellpassung hin. Die beiden Skalen "Soziale Integration und Unterstützung" sowie "Selbstüberwachung und Krankheitsverständnis" weisen hingegen jeweils erst nach (inhaltlich gut interpretierbarer) Freisetzung der Kovarianz zwischen den Fehlervarianzen zweier Items gute Fit- und EPC-Werte auf (CFI>0,98; RMSEA<0,075; SRMR<0,023; EPCs<0,065). Cronbachs Alpha liegt mit Werten zwischen 0,73 und 0,88 im guten bis sehr guten Bereich. Die Prä-Post-Differenzen schwanken zwischen d=1,0 (Skala "Gesundheitsförderliches Verhalten") und d=0,11 (Skala "Kooperation und Zurechtfinden im Gesundheitswesen").

Diskussion

Die Skalen der deutschsprachigen Version des heiQ können für Patienten unterschiedlichster chronischer Erkrankungen als reliabel und faktoriell valide angesehen werden. Zwar scheinen zwei Skalen jeweils zwei unterschiedliche Aspekte zu erfassen: Die Skala Soziale Integration und Unterstützung erfasst neben qualitativen auch quantitative Aspekte sozialer Unterstützung, die Skala Selbstüberwachung und Krankheitsverständnis erfasst sowohl Wissens- als auch Handlungsaspekte. Da aber diese Aspekte jeweils statistisch und inhaltlich sehr hoch korrelieren, scheint es gerechtfertigt, auch diesen beiden Skalen eine gute faktorielle Validität zuzusprechen.

Die Prä-Post-Differenzen über alle Patienten hinweg schwanken zwar sehr stark zwischen den Skalen, zeigen aber, dass die durch den heiQ erfassten Konstrukte durch die Rehabilitation bzw. Patientenschulungen verändert werden. Weitere Analysen zur Konstruktvalidität, Änderungssensitivität und zu differentiellen Effekten (unterschiedlicher Indikationen, Altersgruppen usw.) sind nötig, um diese Effekte genauer spezifizieren zu können. Insgesamt scheint nach den bisherigen Ergebnissen der heiQ ein vielversprechendes Instrument zu sein, um schulungsnahe Zielkriterien zu erfassen.

Literatur

Faller H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44. 277-286.

Musekamp, G., Schuler, M., Kirchhof, R., Ehlebracht-König, I., Gutenbrunner, C., Nolte, S., Osborne, R., Faller, H., Schwarze, M. (2010): Erste Zwischenergebnisse zur deutschen Version des Health Education Impact Questionnaire (heiQ), eines generischen Fragebogens zur Bewertung von Patientenschulungen. DRV-Schriften, Bd. 88.136-137.

Muthén, L.K., Muthén, B.O. (2010): MPLUS User's Guide (5th ed). Los Angeles: Muthén & Muthén.

Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Whitfield, K. (2007): The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. Patient Education and Counseling, Bd. 66. 192-201.

Saris, W.E., Satorra, A., van der Veld, W. (2009): Testing Structural Equation Models or Detection of Misspecifications? Structural Equation Modeling, 16. 561-583.

Auswirkungen der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland

Welti, F.
Universität Kassel

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Am 26. März 2009 ist die Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen in Deutschland in Kraft getreten (BGBl. II 2008, 1419). Die Bundesregierung hat in ihrer Denkschrift zur Konvention den Standpunkt vertreten, es bestehe kein Änderungsbedarf im Normbestand (BT-Drucks. 16/10808, 45 ff.). Es soll untersucht werden, ob dies zutrifft und ob und wie bei Anwendung und Auslegung des geltenden Rechts die BRK zu berücksichtigen ist. Durch Art 26 BRK (Habilitation und Rehabilitation) wird deren Bedeutung für die Rehabilitation in Deutschland unterstrichen.

Methodik

Normsetzung, 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. Dabei war insbesondere zu untersuchen, welche Auswirkungen die als einfaches Bundesrecht geltende völkerrechtliche BRK auf bereits bestehende Regelungen des Bundes- und Landesrechts hat, namentlich auf das SGB IX.

Ergebnisse

Die BRK ist als einfaches Bundesrecht neben dem SGB IX und anderen Rechtsquellen zu beachten. Dies gilt insbesondere für Normen, die unmittelbare Geltung haben ("Self-executing"). Hierzu gehört das Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19 BRK).

Die BRK gilt auch für die Länder in den Bereichen ihrer Gesetzgebungskompetenz (z. B. Schulrecht, Heimrecht). Die Länder haben der BRK im Bundesrat ohne Vorbehalt zugestimmt und sind daher durch das Gebot der Bundestreue an die BRK gebunden. Entgegenstehende Rechtsprechung (VGH Hessen vom 12.11.2009, Az. 7 B 2763/09; OVG Niedersachsen vom 16.9.2010, Az. 2 ME 278/10) ist unzutreffend.

Die BRK kann zur Auslegung des Sozialrechts herangezogen werden. Sie ist ein Argument dafür, auch Personen mit vorübergehendem Aufenthaltsstatus in Bezug auf Rehabilitation Personen mit Daueraufenthalt gleichzustellen (BSG vom 29.4.2009, Az. B 9 SB 2/09 R zum GdB). Dies muss auch für die Auslegung von § 4 AsylbLG beachtet werden. Die BRK spricht - ebenso wie das Grundgesetz - dafür, Leistungen zur Teilhabe als unabweisbaren Teil des Existenzminimums zu betrachten (vgl. Janda, Wilksch, 571).

Nach Art. 19 BRK gewährleisten die Vertragsstaaten das Recht behinderter Menschen ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen und dass

diese nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Nach § 13 SGB XII ist das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen bei Leistungen der Sozialhilfe eingeschränkt, wenn eine ambulante statt einer stationären Leistung zu unverhältnismäßigen Mehrkosten führt. Eine solche Einschränkung besteht nicht, wenn die stationäre Leistung unzumutbar ist. Im Lichte der BRK ist jede nicht gewünschte besondere Wohnform unzumutbar (vgl. Degener, 2009).

Art. 26 BRK fordert, dass die Rehabilitation auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruht. Dies bedeutet, dass das Verständnis der Regelungen aus §§ 10 Abs. 1, 14 Abs. 5 SGB IX über die Bedarfsfeststellung weiter im Hinblick auf Multiprofessionalität und ICF-Orientierung zu entwickeln ist (Fuchs, 2010).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Diskussion über die Auswirkungen der BRK steht erst am Anfang. Sie wird durch die 2011 erstmals wirksame Berichtspflicht der Bundesregierung belebt werden.

Literatur

Degener, T. (2009): Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nationale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern? Behindertenrecht. 34-51.

Fuchs, H. (2010): UN-Behindertenrechtskonvention erfordert Gesetzesänderungen - Vorschläge zur Weiterentwicklung des SGB IX. Soziale Sicherheit. 341-348.

Janda, C., Wilksch, F. (2010): Das Asylbewerberleistungsgesetz nach dem "Regelsatz-Urteil" des BverfG. Die Sozialgerichtsbarkeit. 565-574.

"Der Mensch steht im Mittelpunkt, nicht die Leistung!" - Inklusion gemäß Artikel 24 der UN-Behindertenrechtskonvention: Visionen, Anspruch und Wirklichkeit

Krenz, S., Walter, U.

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Am 26. März 2009 trat die UN-Behindertenrechtskonvention in Kraft, die Deutschland zu einer auf Inklusion ausgerichteten Teilhabepolitik verpflichtet. Artikel 24 fordert alle allgemeinen Schulen auf, Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam zu unterrichten. 2008 wurden bundesweit 482.415 SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf beschult (Förderquote: 6 %). Die Integrationsquote betrug lediglich 18 % (KMK, 2008). Diskutiert wird, wie schulische Inklusion ohne Diskriminierung und auf Grundlage von Chancengleichheit flächendeckend realisiert werden kann. Es gilt "Heterogenität als Chance" (Walthes, 2009) zu erkennen, zu nutzen und die Schule für alle Kinder im Sinne der "Pädagogik der Vielfalt" (Prengel, 2009) zu öffnen.

Methode

Ziel der explorativen Studie ist es, zu ermitteln, inwieweit gesundheitsfördernde Schulen den Herausforderungen und Umsetzungsmöglichkeiten von Inklusion begegnen. Einbezogen wurden alle zwölf Grundschulen, die 2009 den Präventionspreis erhielten sowie vier Grundschulen des Modellprojekts "Gesund Leben Lernen". In leitfadengestützten Telefoninterviews wurden SchulleiterInnen und LehrerInnen (n=16) im Herbst 2009 u. a. zur UN-Behindertenrechtskonvention, zu eigenen Erfahrungen mit gemeinsamer Beschulung von Kindern mit und ohne Behinderung, zu hemmenden und fördernden Faktoren sowie zu einbezogenen Akteuren befragt (Dauer: min. 40, max. 86 Minuten). Die Pretest-Ergebnisse (n=3 Grundschulen) wurden aufgrund nur marginaler Veränderungen in die Hauptauswertung integriert. Die Auswertung des transkribierten Materials erfolgte durch kategorienbasierte strukturierende Inhaltsanalyse mittels MAXQDA. Die Erstellung des hierarchisch aufgebauten Kategoriensystems erfolgte sowohl deduktiv als auch induktiv.

Ausgewählte Ergebnisse

In allen Schulen liegen Erfahrungen mit gemeinsamer Beschulung von Kindern mit und ohne Behinderung vor. 44 % verfügen über ein Integrationskonzept. 69 % arbeiten eng mit Förderschulen, 50 % mit TherapeutInnen zusammen. Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und Lernbehinderungen sowie Teilleistungsstörungen dominieren gegenüber Kindern mit anderen Beeinträchtigungen. Für 75 % der Befragten ist die gemeinsame Beschulung dieser Kinder problemlos. 44 % der Befragten kennen die UN-Behindertenrechtskonvention nicht, 75 % können Inklusion nicht von Integration abgrenzen und definieren Behinderung unterschiedlich. 88 % befürworten den Artikel 24; er setze Rahmenbedingungen (44 %), stoppe den Selektionsprozess (19 %) und ermutige die Einforderung von Inklusion in der Schule. Die vollständige Umsetzung sehen 31 % als schwierigen und langfristigen Prozess. Die Weiterbildung des Lehrpersonals, die Zusammenarbeit mit ärztlichem, sprach-, ergo-, physiotherapeutischem, psychologischem sowie pflegerischem Fachpersonal stellen die Befragten als besonders wichtig heraus.

Als fördernde Faktoren für Inklusion werden eine vorurteilsfreie Einstellung (75 %), Ressourcenorientierung (63 %), eine gute Klassengemeinschaft (63 %), die Kooperation mit Förderschulen (31 %) und die vorhandene Doppelbesetzung in der Klasse (19 %) genannt. Hemmende Faktoren sind u. a. eine fehlende Kooperation mit Förderschulen, Therapeuten (63 %) und weiterführenden Schulen (19 %), die damit einhergehende Überforderung der GrundschullehrerInnen (63 %) sowie unzureichende Barrierefreiheit und ungenügend qualifiziertes Personal (44 %). Ferner wird bei der Umsetzung einer Schule für alle auf mögliche negative Einstellungen von Eltern (63 %), mangelnde Lehrerbereitschaft (56 %), Nichtbeachtung von LehrerInnengesundheit (25 %), zu große Klassen (25 %), das leistungsorientierte System der weiterführenden Schulen (44 %) sowie mangelnde finanzielle Ressourcen (75 %) hingewiesen. Die Hälfte der Befragten sieht die Grenze von Inklusion bei Kindern mit starken Verhaltensauffälligkeiten oder Kindern mit schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen.

69 % der Befragten wünschen sich eine Entlastung bei einer umfassenden Einführung von Inklusion durch qualifizierte Lehr- bzw. interdisziplinäre Fachkräfte. Als Voraussetzungen zur Umsetzung von Inklusion werden genannt:

- Schulinterne Ebene: Schaffung personeller Voraussetzungen (75 %), Etablierung von Gesundheits- und Inklusionsmanagement (50 %), Verbesserung der Schulausstattung, Verringerung der Klassengröße (88 %)
- Schulexterne Ebene: Sensibilisierung und Aufklärung des Lehrpersonals (56 %) und der Eltern (25 %)
- Politische Ebene: Verbesserung der allgemeinen Lehramtsausbildung mit Inhalten zur Inklusion und Sonderpädagogik (100 %), Neustrukturierung des Schulsystems (44 %), gesetzliche Verankerung von Inklusion (44 %).

Alle gesundheitsfördernden Grundschulen sehen Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern unabhängig von Behinderung als notwendig an. Für die Befragten bedeutet dies bei Kindern mit Behinderung die Vermeidung von Exklusion (25 %), Ressourcenorientierung (25 %), Sozialkompetenz (25 %) sowie Chancengleichheit (38 %). Hilfsmittel und Therapien werden von der überwiegenden Mehrheit für Kinder mit Behinderung für die individuelle Entwicklung und als Lernunterstützung für notwendig erachtet.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Alle Befragten stehen der Inklusion offen gegenüber und berichten von positiven Erfahrungen. Die Unkenntnis der UN-Behindertenrechtskonvention und Definitionsproblematik von schulischer Inklusion verdeutlicht den erforderlichen Fortbildungsbedarf. Enge Kooperationen u. a. mit FörderschullehrerInnen, PädagogInnen, TherapeutInnen unterschiedlicher Disziplinen und KinderkrankenpflegerInnen in der Klasse sind neben der gesetzlichen Verankerung von Inklusion auf Landesebene wichtige Rahmenbedingungen. Eine stärkere Vernetzung in der Praxis, eine ressortübergreifende Perspektive und eine Politik, die die Ressourcen von Interdisziplinarität und eine ganzheitliche Perspektive wertschätzt, kann Raum für Inklusion bieten.

Literatur

Behindertenrechtskonvention (2007): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (amtliche gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz; Originaldokument in englischer Sprache; Originaldokument in französischer Sprache sowie deutsche Übersetzung in Leichter Sprache). URL: http://www.bmas.de/portal/41694/property=pdf/a729__un__konvention.pdf. Abruf: 31.10.2010.

KMK (2008): Dokumentation Nr. 189. Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1999 bis 2008. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Dok_189_SoPaeFoe_2008.pdf. Abruf: 31.10.2010.

Prengel, A. (2009): Zur Dialektik von Gleichheit und Differenz in der Bildung. Impulse der Integrationspädagogik. In: Eberwein, H., Knauer, S. (Hrsg.): Handbuch Integrationspädagogik. Weinheim, Basel: Beltz. 140-147.

Walthes, R. (2009): Unterricht und Integration. In: Hinz, R., Walthes, R. (Hrsg.): Heterogenität in der Grundschule. Den pädagogischen Alltag erfolgreich bewältigen. Weinheim, Basel: Beltz. 116-132.

Die Pflicht zur Umsetzung angemessener Vorkehrungen im britischen Arbeitsrecht für Arbeitgeber - Ein Modellbeispiel für das deutsche Recht?

Rosendahl, C.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung

Der britische Disability Discrimination Act 1995 führte eine Pflicht für Arbeitgeber zur Umsetzung von angemessenen Vorkehrungen ("reasonable adjustments" oder "reasonable accommodations") für Personen mit Behinderung ein, die 2010 in den neuen Equality Act übernommen worden ist. Angemessene Vorkehrungen sind zusätzliche Maßnahmen, die im konkreten Fall geeignet sind, Menschen mit Behinderung Zugang, Teilhabe und beruflichen Aufstieg im Arbeitsleben zu ermöglichen. Dieses Gesetz unterschied sich deutlich vom Anti-Diskriminierungsrecht anderer geschützter Merkmale, da es nicht allein einen formellen Gleichheitsansatz verfolgte, sondern aktive Maßnahmen zur Gleichstellung und der Ermöglichung von Teilhabe für Menschen mit Behinderung forderte.

Somit konnte das britische Recht - ähnlich wie das Recht der USA (Leder, 2006) - bereits einige Erfahrungen vorweisen, als die Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie 2000/78/EG das Konzept der angemessenen Vorkehrungen für alle EU-Mitgliedsstaaten vorschrieb. Obwohl im deutschen Arbeits- und Sozialrecht diverse punktuelle Ansätze vorhanden sind (Kohte, 2006), hat der deutsche Gesetzgeber bisher kein dem britischen Recht vergleichbares Konzept vorgelegt.

Das Konzept der angemessenen Vorkehrungen im Gefüge des Gleichbehandlungsrechts

Das Konzept der angemessenen Vorkehrungen verfolgt ebenso wie das Konzept der positiven Maßnahmen keinen repressiven, sondern einen aktiven bzw. aktivierenden Ansatz. Dass solch ein aktiver Ansatz jedoch unumgänglich für die Ermöglichung und Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist, zeigt nicht zuletzt der unzureichende Erfolg eines allein repressiv ausgerichteten Anti-Diskriminierungsrechts.

Exemplarisch für diese Diskussion ist der arbeitsrechtliche Fall Archibald v Fife Council, in dem das House of Lords von einem Arbeitgeber verlangte, eine behinderten Arbeitnehmerin, die ihre bisherige Arbeit nicht mehr ausüben konnte, ohne Ausschreibung auch an einen höher dotierten Arbeitsplatz umzusetzen, wenn kein gleichwertiger Arbeitsplatz zur Verfügung stand. Diese im Betrieb sonst nicht übliche Umsetzung ohne Ausschreibung, die über die arbeitsvertraglichen Rechte und die bisherigen betrieblichen Regelungen hinausgeht, wurde als angemessene Vorkehrung qualifiziert. In anderen Urteilen wurden z. B. technische Arbeitshilfen oder ein barrierefreier Zugang zum Arbeitsplatz gefordert. Generell wird die Pflicht zur Realisierung angemessener Vorkehrungen immer dann ausgelöst, wenn im Betrieb entweder technische Anlagen oder Einrichtungen, aber auch organisatorische Regelungen, einen Arbeitnehmer mit Behinderung erheblich benachteiligen. Daher kann der Arbeitgeber verpflichtet werden, dem Betroffenen eine begünstigende Behandlung zu gewähren, auch wenn der Betroffene hierdurch ggü. Arbeitnehmern ohne diese Behinderung besser gestellt wird. Diese Besserstellung ist geboten, wenn Barrieren zur Teilhabe auf andere

Weise nicht überwunden werden können. (Whittle, 2002). Der Disability Discrimination Act 1995 stellte Kriterien (Praktikabilität, Größe des Unternehmens, finanzieller Aufwand, Möglichkeit der finanziellen Unterstützung von Dritten etc.) auf, die bei der Feststellung der Angemessenheit herangezogen werden müssen.

Bedeutung für die deutsche Diskussion

Die britische Erfahrung zeigt, dass die Frage der angemessenen Vorkehrungen der Aspekt des Anti-Diskriminierungsrechtes im Bereich Behinderung mit der größten praktischen Bedeutung ist (Hughes, 2004). Die Rechtsprechung hat sich im vergangenen Jahrzehnt mit vielen grundlegenden Fragen des Konzeptes der angemessenen Vorkehrungen beschäftigt. Diese argumentativen Auseinandersetzungen sind für das deutsche Recht anregend, das zwar in Einzelfällen zu ähnlichen Ergebnissen kommt, denen jedoch das generelle Konzept fehlt, so dass § 81 Abs. 4 SGB IX noch nicht auf alle Menschen mit Behinderung erstreckt ist.

Literatur

Hughes, P. (2004): Disability Discrimination and the duty to make reasonable adjustments: recent developments, Industrial Law Journal. 33/4. 358 ff.

Kohte, W. (2006): Behinderungsgerechter Arbeitsplatz, jurisPR-ArbR 27/2006 Anm. 2.

Leder, T. (2006): Das Diskriminierungsverbot wegen einer Behinderung. 1. Aufl. Berlin: Duncker & Humblo.

Whittle, R. (2002): The Framework Directive for equal treatment in employment and occupation, European Law Review, Vol.27/3. 303 ff.

Die (Un-)Zulässigkeit der Frage nach der Schwerbehinderung unter Geltung des AGG: Neue Überlegungen zu einer alten Frage

Porsche, S.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einführende Überlegungen

Die Unzulässigkeit der Frage des Arbeitgebers nach dem Vorliegen einer Schwerbehinderung bei der Einstellung ist seit 2001 im Grundsatz geklärt. Mit der Normierung des § 81 II SGB IX a.F. ist die Hauptbegründung von Rechtsprechung und Literatur entfallen, die die Zulässigkeit der Frage nach der Schwerbehinderung darauf stützten, dass - anders als für die Geschlechtsdiskriminierung mit § 611 a BGB a. F. - kein ausdrückliches gesetzliches Diskriminierungsverbot zugunsten schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben existierte. Bis zu diesem Zeitpunkt war dem Arbeitgeber das Fragerecht nach der Schwerbehinderteneigenschaft uneingeschränkt zugestanden worden (Schaub, 2003). Mit der Anerkennung des Fragerechts korrespondierte die Pflicht zur wahrheitsgemäßen Beantwortung der Frage durch den Bewerber. Eine Falschbeantwortung berechtigte den Arbeitgeber zur Anfechtung des Arbeitsvertrages wegen arglistiger Täuschung (§ 123 I BGB). Mit § 81 II SGB IX a. F. normierte der Gesetzgeber erstmals ein arbeitsrechtliches Benachteiligungsverbot, das auch für die Begründung von Arbeitsverhältnissen gilt. Es setzte sich zunehmend die Auf-

fassung durch, dass das uneingeschränkte und tätigkeitsneutrale Fragerecht des Arbeitgebers mit § 81 II SGB IX a. F. - jetzt § 7 AGG - nicht zu vereinbaren und daher grundsätzlich unzulässig ist.

Die Zulässigkeit der Frage nach der Schwerbehinderung unter Geltung des AGG?

Folgende Situation kann daraus resultieren: Bewerber geben die Schwerbehinderung in den Bewerbungsunterlagen nicht an; aus den Bewerbungsbögen der Unternehmen wird die Frage gestrichen und im Bewerbungsgespräch darf sie auch nicht (mehr) gestellt werden. In Konsequenz dessen kann die Schwerbehindertenvertretung erst in einem späten Stadium am Bewerbungsverfahren beteiligt werden, jedoch ohne Einblick in die Bewerbungsunterlagen erhalten (§ 81 I 3 SGB IX) oder gar an den Bewerbungsgesprächen teilgenommen zu haben (§ 95 II 3 SGB IX). Es soll aufgezeigt werden, dass Ausnahmen vom Grundsatz der Unzulässigkeit des Fragerechts anzuerkennen sind.

Nach § 5 AGG können Arbeitgeber positive Maßnahmen zugunsten von Menschen mit (Schwer-)Behinderung erlassen; die Norm setzt Art. 7 RL 2000/78/EG um. Im europarechtlichen Kontext verstanden, wird das Diskriminierungsverbot des AGG von den positiven Maßnahmen flankiert, es kann daher nicht pauschal gegen die Fördermaßnahmen in Stellung gebracht werden. Auf betrieblicher Ebene dient die Integrationsvereinbarung (§ 83 SGB IX) dazu, positive Maßnahmen zu etablieren; darin kann sich der Arbeitgeber etwa verpflichten, eine bestimmte Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen zu erreichen (§ 83 IIa Nr. 2 SGB IX). Möchte er dieser Verpflichtung nachkommen, muss die Frage nach der Schwerbehinderung gestattet sein (Joussen, 2007, S. 174). Um jedoch für die schwerbehinderten Bewerber Sicherheit derart zu schaffen, dass ihnen die Offenlegung nicht zum Nachteil gereicht und um eine missbräuchliche Ausübung des Fragerechts durch den Arbeitgeber zu verhindern, sind an das Fragerecht hohe Anforderungen zu stellen: Die Integrationsvereinbarung muss eine konkrete verpflichtende Regelung zur Erhöhung der Beschäftigungsquote enthalten (Kohte, Rn. 4, 2009). Weiter muss der Arbeitgeber den Zweck seiner Frage im Bewerbungsgespräch offenlegen und die Schwerbehindertenvertretung beteiligen (Düwell, Rn. 24, 2009).

Mit der Anerkennung eines Fragerechts in einem Umfeld, das Beschäftigung und Integration fördern soll, ist keine Rückkehr zum "alten" Fragerecht verbunden; unbenommen bleibt jedem Bewerber, auf die Rechte aus der Schwerbehinderteneigenschaft zu verzichten. Diese Situation wird im bestehenden Arbeitsverhältnis seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert: die Beschäftigten haben die Freiheit zu entscheiden, ob sie ihre Schwerbehinderung kommunizieren; die Erfahrung zeigt, dass sie dies tun, soweit die Rechte schwerbehinderter Menschen im Betrieb geachtet werden.

Literatur

Düwell, F.J. (2009): § 84 SGB IX, Dau/Düwell/Haines, Kommentar SGB IX, 2. Aufl.

Joussen, J. (2007): Schwerbehinderung, Fragerecht und positive Diskriminierung nach dem AGG, NZA. 177.

Kohte, W. (2009): § 83 SGB IX, Kommentar Sozialrecht, Kreikebohm, Spellbrink, Waltermann.

Schaub, G. (2003): Ist die Frage nach der Schwerbehinderung zulässig? NZA. 299.

Vernetzung in der Rehabilitation am Beispiel der Leiharbeit

Kohte, W.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung

In einem aktuellen Beschluss (BAG 23.06.2010 - 7 ABR 3/09) hat das Bundesarbeitsgericht den Entleiher verpflichtet, vor der Beschäftigung eines Leiharbeitnehmers die Prüfung nach § 81 SGB IX vorzunehmen, ob ein schwerbehinderter Mensch an diesem Arbeitsplatz beschäftigt werden kann. Damit ist eine kontrovers diskutierte Streitfrage (Edenfeld, 2006) beantwortet worden. Die Verteilung der Aufgaben auf Verleiher und Entleiher ist ein aktuelles Beispiel für Kooperation und Vernetzung in der Prävention und Rehabilitation.

Aktueller Hintergrund

Leiharbeit gehört zu den nach der Wirtschaftskrise stark wachsenden Branchen. In der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie ist das Handlungsfeld Sicherheit und Gesundheit in der Zeitarbeit zu den drei zentralen Handlungsfeldern bestimmt worden (Kohte, 2010), weil hier deutlich überdurchschnittliche Unfallzahlen zu verzeichnen sind. Allein 2008 sind mehr als 50.000 Arbeitsunfälle mit Beschäftigten der Leiharbeit gemeldet worden. Die verschiedenen Gesundheitsberichte der Krankenkassen haben hohe Arbeitsunfähigkeitsquoten ermittelt. Arbeitswissenschaftliche Untersuchungen haben diese Ergebnisse bestätigt. Die doppelte Betriebszugehörigkeit von Leiharbeitnehmern zum Betrieb des Verleihers sowie zum Betrieb des Entleihers schafft Unklarheiten und organisatorischen Risiken, die sich nachteilig für Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung auswirken (Langhoff, 2010). Auf diese Risikostruktur der Leiharbeit wird im Arbeitsschutzrecht mit speziellen Kooperationspflichten zwischen Verleiher und Entleiher geantwortet (Julius, 2004).

SGB IX und Leiharbeit

Diese kooperative und vernetzte Gesundheitsstruktur ist auch für die Auslegung des SGB IX von Bedeutung. Das Bundesverwaltungsgericht hat bereits 2001 geklärt, dass Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe nach §§ 71 ff SGB IX auch für Verleiher gelten (BVerwG NZA 2002, 385), denn die Aufspaltung der Arbeitgeberfunktionen darf den Gesundheitsschutz nicht verringern. Für die einzelnen Pflichten ist in jedem Einzelfall zu klären, ob sie vom Verleiher als Arbeitgeber oder vom Entleiher als Beschäftiger zu erfüllen sind. Daher sind Verleiher für Vorsorgeuntersuchungen und Entleiher für technische Arbeitshilfen zuständig, da wichtige Pflichten nach § 81 Abs. 4 SGB IX an das Beschäftigungsverhältnis anknüpfen.

Die Kooperationspflicht zwischen Verleiher und Entleiher in Gesundheitsfragen (§§ 8 ArbSchG, 6 BGV A 1) ist der Schlüssel auch für die Rehabilitation. Das wichtige Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 8 SGB IX führt einerseits zu einer Suspendierung des Arbeitsvertrags, für die der Verleiher zuständig ist. Die konkrete Beschäftigung hat regelmäßig der Entleiher nach § 1 SGB IX zu realisieren, so dass er ebenfalls an den Verhandlungen zu beteiligen ist. In der Praxis sollte bei entsprechender Einwilligung des Leiharbeitnehmers frühzeitig der Betriebsarzt des Entleihers einbezogen werden, der nach § 2 ASiG auch für die Leiharbeitnehmer zuständig ist, um die sozialmedizinischen

Möglichkeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung zu klären. So können im Netzwerk von Rehabilitationsträger, Leiharbeitnehmer, Verleiher und Entleiher im Verfahren des betrieblichen Eingliederungsmanagements (Nebe, 2008) praktische Lösungen gefunden und das in § 3 SGB X angelegte Prinzip der frühestmöglichen Intervention bei einer Gruppe von Beschäftigten, bei der besonders hohe gesundheitliche Risiken bestehen, realisiert werden.

Literatur

Edenfeld, S. (2006): Prüfungspflichten aus § 81 Abs. 1 SGB IX bei Leiharbeit NZA. 126-131.

Julius, N. (2004): Arbeitsschutz und Fremdfirmenbeschäftigung, Baden-Baden, Nomos.

Kohte, W. (2010): Der Beitrag der Anordnungen der Unfallversicherung zur effizienten Realisierung des Arbeitsschutzes, BG. 384-388.

Langhoff, T, Starke, C., Schubert, A., Krietsch, I. (2010): Gesundheitsintervention in der Ursache-Wirkungs-Kette psychischer Belastungen bei der Leiharbeit, sicher ist sicher. 66-70.

Nebe, K. (2008): Reintegration von Arbeitnehmern: Stufenweise Wiedereingliederung und betriebliches Eingliederungsmanagement - ein neues Kooperationsverhältnis, DB. 1801 - 1804.

Die Rechtswirklichkeit des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB IX) in der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse eines repräsentativen Surveys

Pohontsch, N. (1), Meyer, T. (1,2)

(1) Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck,

(2) Schweizer Paraplegiker Forschung, Nottwil

Hintergrund

Im Fokus der öffentlichen Diskussion zum Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX), das die Selbstbestimmungsrechte der Leistungsberechtigten stärken soll, steht für die medizinische Rehabilitation die Auswahl der durchführenden Einrichtung. Repräsentative empirische Daten zu seiner Bedeutung und Umsetzung liegen bisher nicht vor.

Methodik

Im Rahmen der Studie wurde basierend auf den Ergebnissen von Fokusgruppen mit Rehabilitanden, Experteninterviews mit Mitarbeitern der Leistungsträger und leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen und einer Expertenkommission (Pohontsch, Meyer, 2010; Welti et al., 2010) ein Survey-Fragebogen zu den Themen Antragstellung, Wunsch- und Wahlrecht und Auswahlkriterien entwickelt und einem kognitiven Pretest unterzogen. Es wurde eine Zufallsauswahl von insgesamt 2.000 Rehabilitations-Antragstellern (Antrag in den letzten sechs Monaten, alle Indikationen) der DRV Nord und der IKK Nord zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Ergebnisse

Insgesamt lagen 1.318 verwertbare Fragebögen vor. Der Männer-Anteil lag bei etwa 55 %. Das mittlere Alter betrug 51 Jahre (DRV Nord) bzw. 66 Jahre (IKK Nord). Über die Hälfte der Befragten hat nach eigenen Angaben wegen einer muskuloskeletalen Erkrankung einen Reha-Antrag gestellt.

Jeder zweite Befragte gab an, vom Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben. Dieses Wissen war bei Rehabilitanden im Heilverfahren deutlich geringer verbreitet. Im Krankenhaus war der Sozialdienst der wichtigste Informant zum Wunsch- und Wahlrecht, außerhalb des Krankenhauses waren es niedergelassene Ärzte sowie Freunde, Familie und Bekannte.

Der Großteil der Wünsche zur Einrichtungsauswahl bezog sich auf eine konkrete Klinik, einen Ort bzw. eine Region oder die Entfernung der Klinik vom Wohnort. Etwa die Hälfte der Wünsche wurden dem Leistungsträger mitgeteilt. Vier von fünf Rehabilitanden, die den Leistungsträgern Wünsche übermittelten, gaben an, dass diese Wünsche Berücksichtigung fanden. Bei den möglichen Auswahlkriterien für Kliniken standen "Hotelfunktionen" an den ersten drei Stellen (Ausstattung der Klinik; Unterbringung in Einzel- bzw. Doppelzimmern; Lage / Ort der Klinik).

Diskussion

Wenn die Betroffenen ihr Wunsch- und Wahlrecht wahrnehmen, scheint es auch berücksichtigt zu werden. Daher ist der deutlich geringere Anteil von Rehabilitanden im Heilverfahren, die angeben, vom Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben, problematisch. Die Konzentration der Rehabilitanden auf geografische Merkmale bzw. die Hotelfunktionen der Rehabilitationseinrichtungen bei Wünschen bzw. Auswahlkriterien verweist auf einen höheren Transparenzbedarf für Merkmale der Prozess- und Ergebnisqualität von Rehabilitationskliniken.

Schlussfolgerungen

Das im SGB IX verankerte Recht auf Selbstbestimmung muss in einer Form Bestandteil des Prozesses der Rehaantragstellung werden, die es für den Betroffenen als Recht erkenn- und ausübbar macht. Die Rehabilitations-Antragsteller sollten außerdem ermutigt werden, dieses auch zu nutzen. Die aktuelle Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts liegt nach unseren Ergebnissen weniger in der möglichen Gestaltungskraft, z. B. Einfluss der Rehabilitanden auf die Auswahl von Rehabilitations-Einrichtungen in Abhängigkeit von deren dokumentierter Qualität, als in seinem Wert an sich.

Literatur

Pohontsch, N., Meyer, T. (2010): Die Rehabilitandensicht auf das Wunsch- und Wahlrecht (WuW), § 9 SGB IX, in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 88. 217-219.

Welti, F., Bendig, S., Ramm, D. (2010): "Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB IX) für die medizinische Rehabilitation - eine empirische Analyse" - Ergebnisse von Experteninterviews. DRV-Schriften, Bd. 88. 247.

Yes, We Can! Das Persönliche Budget in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Biewald, M., Frings, S.
Fakultät Rehabilitationswissenschaften, Technische Universität Dortmund

Teilhabe am Arbeitsleben ist für Menschen mit Behinderung ein gesellschaftlich legitimiertes Recht. Artikel 27 der UN-Konvention verweist dabei explizit auf den Anspruch, nicht nur den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, sondern auch das Arbeitsumfeld und die Tätigkeit frei zu wählen (UN General Assembly, 2006). Überdies wird Erwerbstätigkeit weiterführend nicht ausschließlich zur existenziellen Sicherung verstanden, sondern auch als zentrale Ressource der Lebensqualität für den Einzelnen und das Funktionieren der Gesellschaft gesehen.

In der Gegenwart treffen inhaltliche und im zunehmenden Maße strukturell-fiskalisch begründete Forderungen nach Inklusion, Nutzerorientierung, Individualisierung, Sicherung des Humankapitals und des Arbeitskräftevolumens auf gefestigte Strukturen des Rehabilitationssystems. Bemühungen, neue Steuerungskonzepte in diesem Feld zu etablieren, beziehen sich dabei vor allem auf den Einsatz des Persönlichen Budgets.

Erfahrungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit dem Persönlichen Budget zu steuern, sind hingegen Mangelware. Die deutschen Modellprojekte wurden vor allem von wohnbezogenen Eingliederungshilfen dominiert (Schlebrowski, 2009). Die Teilhabe am Arbeitsleben spielt noch eine vergleichsweise geringe Rolle, das betrifft insbesondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Arbeits- bzw. Berufsbildungsbereich, die bislang in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und in Berufsbildungswerken erbracht werden (CBP, 2010; Meyer, 2006).

Das Projekt "An die Arbeit - mit Persönlichem Budget" wird von einem großen Träger der Rehabilitation von Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen durchgeführt und von der Technischen Universität Dortmund wissenschaftlich begleitet. Es wird erprobt, wie Dienstleistungen auch innerhalb der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen über ein Persönliches Budget gesteuert werden können. Neben der Geldleistung sollen neue Handlungsoptionen für die Verwirklichung selbstbestimmter und nutzerorientierter Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung gestellt werden.

Das Projekt begleitet interessierte Beschäftigte der WfbM von der ersten Informationsveranstaltung bis zur Nutzung eines Persönlichen Budgets. Inhaltlich werden die Interessenten durch intensive individuelle Zukunftsplanungen, Workshops und Erfahrungsberichte von Budgetnutzern (Peer Counseling) über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren pädagogisch begleitet. Parallel werden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung die verschiedenen Projektphasen (Information, Antragstellung, Budgetnutzung) qualitativ und quantitativ evaluiert, um

- Barrieren und Ängste, die einer Antragstellung entgegen stehen, aufzudecken
- Lösungsansätze und Praxisanweisungen für die zukünftige Nutzung des Persönlichen Budgets im Arbeitsbereich zu generieren und
- Handreichungen für Anbieter der beruflichen Eingliederungsangebote zu entwickeln, mit welchen Maßnahmen und Methoden der Einsatz von Geldleistungen in ihrem Angebotsspektrum zukünftig sinnvoll sein kann

Als wesentliche Zwischenergebnisse aus dem Einsatz dieses neuen Steuerungsinstrumentariums ergeben sich zugleich Chancen und Risiken:

Das Persönliche Budget im Arbeitsbereich wird von Menschen mit Behinderung als Steuerungsinstrument betrachtet, welches ihre Wahlmöglichkeiten stärkt und sie in eine aktive Protagonistenrolle versetzt. Sie erhalten individualisierte Leistungen und erleben eine Kompetenzerweiterung und die Chance zur beruflichen Weiterentwicklung, wo vormals Stillstand dominierte. Eine unabdingbare Voraussetzung hierzu ist ihre Befähigung zur Entwicklung von beruflichen und persönlichen Zielen. Nur durch die Aktivierung und Motivation, sich ihrer Wünsche gewahr zu werden und diese der Institution gegenüber zu vertreten, wird die Grundlage zur erfolgversprechenden Implementierung von Persönlichen Budgets in der WfbM geschaffen.

Gleichzeitig stellt die daraus resultierende neue Eigenverantwortung eine Barriere dar, die nur durch den Ausbau umfangreicher Informations- und Beratungsarbeit sowohl der Budgetinteressenten als auch der Angehörigen und Betreuer sowie durch einen Wandel des Selbstverständnisses und der organisationalen Strukturen auf institutioneller Ebene zu einer stärkeren Kundenorientierung überwunden werden kann (Böhler, 2009).

Sobald dieses neue Professionsverständnis in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Einzug erhalten hat und eine stärkere Fokussierung auf veränderbare individuelle Arbeitsbedingungen folgt, wird das Persönliche Budget von vielen behinderten Menschen als "nice to have" aber nicht zwingend erforderlich angesehen. Eine gesteigerte Zufriedenheit stellt sich bereits durch das veränderte Angebot ein.

So lässt sich abschließend konstatieren, dass das Persönliche Budget in der WfbM wirkt, die positiven Effekte jedoch über die gesetzlich intendierte Selbstbestimmung und Teilhabe hinaus gehen und durch Organisationsentwicklung maßgeblich zur Nutzerzufriedenheit beitragen.

Literatur

Böhler, M. (2009): Persönliches Budget in Werkstätten für behinderte Menschen. Die Notwendigkeit von Change Management. Hamburg: Diplomica.

CBP - Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (2010): Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben. Neue Caritas, 111, 3. 21-26.

Meyer, T. (2006): Persönliche Budgets zur "Teilhabe am Arbeitsleben". Impulse, 40, 2006. 10-18.

Schlebrowski, D. (2009): Starke Nutzer im Heim - Wirkung Persönlicher Budgets auf soziale Dienstleistungen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

UN General Assembly (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. U.N. GA OR, 61st Sess., Item 67 (b), at 5, U.N. Doc. A/61/611.

Abgrenzung der Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung bei der stufenweisen Wiedereingliederung

Ritter, J.

Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin

Die stufenweise Wiedereingliederung gehörte jahrelang fast ausschließlich zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen (§ 74 SGB V). Durch das Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch am 01.07.2001 wurde die stufenweise Wiedereingliederung auf alle Trägerbereiche der medizinischen Rehabilitation ausgeweitet (§ 28 SGB IX). Ergänzt wird diese Regelung durch § 51 Abs. 5 SGB IX, der die Weiterzahlung des Übergangsgeldes im unmittelbaren Anschluss an die medizinischen Leistungen regelt.

Die Vorschrift des § 28 SGB IX verfolgt das Ziel, arbeitsunfähige Rehabilitanden bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu unterstützen, um so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern. Die medizinische Rehabilitation und die sie ergänzenden Leistungen sind danach so auszurichten, dass die Rehabilitanden im Anschluss an die stufenweise Wiedereingliederung ihre bisherige Tätigkeit wieder voll ausüben können. Die stufenweise Wiedereingliederung soll also dazu beitragen, arbeitsunfähige Rehabilitanden nach längerer, schwerer Krankheit durch die schrittweise Erhöhung der Arbeitsbelastung wieder an eine vollschichtige Tätigkeit heranzuführen. Neben der Beseitigung der Arbeitsunfähigkeit geht es um die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit.

Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung durchgeführt worden, regelt § 51 Abs. 5 SGB IX die Weiterzahlung des Übergangsgeldes während einer sich unmittelbar anschließenden stufenweisen Wiedereingliederung. Indem der Gesetzgeber es unterlassen hat, den Begriff der Unmittelbarkeit im Sinne dieser Vorschrift eindeutig zu definieren und auch § 28 SGB IX keine Regelungen zur Abgrenzung der Zuständigkeiten enthält, ergeben sich in der Praxis häufig Streitigkeiten bezüglich der Frage, ob die Renten- oder die Krankenversicherung zuständiger Leistungsträger einer sich anschließenden stufenweisen Wiedereingliederung ist. Auch das Bundessozialgericht (BSG) musste sich mit den hieraus ergebenden Abgrenzungsproblemen in einigen Rechtstreitigkeiten aus rechtlicher Sicht befassen. Das BSG ist dabei nicht den Weg gegangen, eine eindeutige Frist zu bestimmen, innerhalb derer die Rentenversicherung zuständig ist. Maßgeblich für die Entscheidung bezüglich der Zuständigkeit waren jeweils die besonderen Umstände des Einzelfalls, die in den meisten Fällen zu einer Zurückverweisung des Rechtstreites an die Vorinstanz geführt haben.

Mit der medizinischen Rehabilitation verfolgt die Rentenversicherung das Ziel, Versicherten eine Rückkehr in das Erwerbsleben zu ermöglichen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Diese finale Zielausrichtung der Rehabilitationsleistung muss auch bei der stufenweisen Wiedereingliederung gelten, wenn diese Bestandteil einer von der Rentenversicherung finanzierten Leistung sein soll. Im Interesse einer sachgerechten Zuständigkeitsabgrenzung sind deshalb von der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Grundlage der Studie von Bürger und Koch Kriterien für eine Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung in Zuständigkeit der Rentenversicherung entwickelt worden. Danach sprechen für eine stufenweise Wiedereingliederung sehr lange oder gehäufte AU-

Zeiten vor der Rehabilitationsleistung (zwei Monate oder länger in einem Zeitraum von einem Jahr vor der Reha). Auch kommt es entscheidend darauf an, ob Art und Schwere der Erkrankung es zulassen, dass der Rehabilitand im unmittelbaren Anschluss an die Leistung seine bisherige Tätigkeit wieder im bisherigen Umfang aufnimmt (z. B. bei AHB-Patienten). Weitere Kriterien geben Anhaltspunkte dafür, wann eine stufenweise Wiedereingliederung nicht eingeleitet werden sollte. Im Rahmen des Beitrags sollen die Kriterien und deren Relevanz für die Praxis vorgestellt werden.

Literatur

Bürger, W., Koch, U. (2008): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherung - Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse; Abschlussbericht. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=STW_Abschlussbericht.pdf.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und der stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) vom 1. Januar 2004, Bundesanzeiger Nr. 61. 6501.

Verantwortung für die Organisation der Arbeitsassistenz im Betrieb und das Zumutbarkeitserfordernis nach § 81 IV S. 3 SGB IX

Schlegel, A.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung

Schwerbehinderte Personen haben auf der einen Seite Anspruch auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz gegen den zuständigen Rehabilitationsträger (§ 33 VIII S. 1 Nr. 3 SGB IX) oder gegen das Integrationsamt (§ 102 IV SGB IX). Auf der anderen Seite besteht ein Anspruch gegen den Arbeitgeber gem. § 81 IV Nr. 4 SGB IX auf eine behinderungsgerechte Organisation der Arbeitsstätte. Dies umfasst grundsätzlich auch die Bereitstellung personeller Hilfen am Arbeitsplatz, z. B. durch Kollegen, was auch unter den Begriff der Arbeitsassistenz zu fassen ist (Benz, 2002). Welche Voraussetzungen für einen Anspruch gegen den Arbeitgeber erfüllt sein müssen und wann demgegenüber ein Anspruch gegen die Rehabilitationsträger oder das Integrationsamt besteht, soll im folgenden erörtert werden.

Voraussetzungen für arbeitgeberorganisierte Assistenz

Dieser Anspruch ist durch das zentrale Erfordernis der Zumutbarkeit und der verhältnismäßigen Aufwendungen gemäß § 81 IV S. 3 SGB IX begrenzt. Unzumutbare Aufwendungen bezeichnen rein ökonomische Belastungen des Betriebes (Adlhoch, 2007, Rn. 13). Dabei ist jedoch zu beachten, dass der Arbeitgeber ab einem Assistenzbedarf von circa 30 min. täglich Leistungen für außergewöhnliche Belastungen gem. § 27 SchwbAV erhalten kann (BIH, 2006, Ziff 4.3). Zur Bestimmung der Zumutbarkeit einer solchen Maßnahme ist immer eine Abwägung zwischen den Belastungen des Arbeitgebers und den Interessen des behinderten Beschäftigten vorzunehmen (Faber, 2009, Rn. 61). Ist die Assistenz durch einen ande-

ren Arbeitnehmer unter geringfügiger Veränderung der betrieblichen Organisation möglich, ist eine solche Maßnahme zumutbar. Dies zeigt auch ein Urteil des LAG Hamm (Urteil vom 14.01.1999 - 8 Sa 1013/97), in dem der Arbeitgeber eines rückengeschädigten Tischlers verpflichtet wurde, die betrieblichen Abläufe so anzupassen, dass in einem Arbeitsschritt, der nicht länger als 30 Minuten am Tag dauerte und mit dem Heben schwerer Lasten verbunden war, die Arbeit unter Zuhilfenahme eines anderen Arbeitnehmers auszuführen war. Demnach kommt es auch auf die Integration in den Arbeitsprozess und die Regelmäßigkeit der anfallenden Hilfestellungen an. Die betrieblichen Möglichkeiten, verschiedene Formen personeller Unterstützung am Arbeitsplatz zu realisieren, sind mit dem individuellen Hilfebedarf des schwerbehinderten Menschen abzugleichen, um eine Entscheidung über die Zumutbarkeit der Maßnahme treffen zu können.

Voraussetzungen für arbeitnehmerorganisierte Assistenz

Für einen Anspruch gegen den Rehabilitationsträger oder das Integrationsamt kommt es neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und denen des SGB IX ebenso auf den individuellen Assistenzbedarf an. Ist beispielsweise der Einsatz eines Gebärdendolmetscher für einen gehörlosen Angestellten für einen Großteil der Arbeitstätigkeiten notwendig und organisiert dieser Angestellte seinen Arbeitsalltag weitgehend selbst, so ist die selbst organisierte Arbeitsassistenz vorzuziehen. Die Bereitstellung durch den Arbeitgeber mittels eines Kollegen des behinderten Angestellten wird dann schon wegen der fehlenden Qualifikation und des ganztägigen Bedarfes der Assistenz nicht zu realisieren sein.

Literatur

Adlhoch, U. (2007): § 81. In: Ernst/ Adlhoch/ Seel (Hrsg.), Sozialgesetzbuch IX, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Benz, M. (2002): Die Arbeitsassistenz. Die Berufsgenossenschaft, 2002. 528 ff.

BIH (2006): Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen zur Gewährung von Leistungen des Integrationsamtes an Arbeitgeber zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen, Stand: 30.11.2006, zit. nach: Seidel, R. (2008): § 102, Anhang VII. In: Hauck/ Noftz (Hrsg.), SGB IX, Berlin: Erich-Schmidt-Verlag.

Faber, U. (2009): § 81. In: Feldes/ Kohte/ Stevens-Bartol (Hrsg.), SGB IX, Frankfurt/M.: Bund-Verlag.

Wann endet das Arbeitsleben? Die Zuständigkeitsabgrenzung der Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe bei Beschäftigten in der passiven Phase der Altersteilzeit nach den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.06.2010 (B 1 KR 33/09 R)

Lawall, C.

GKV-Spitzenverband, Berlin

Hintergrund

Im gegliederten System der sozialen Sicherung sind das Entstehen und der Ausschluss von Ansprüchen auf Leistungen zur Teilhabe teilweise eng verknüpft mit dem Bestehen und dem Ende eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses. So erbringen die Träger der DRV nach § 12 Abs. 1 Nr. 4a SGB VI keine Teilhabeleistungen (mehr) für Versicherte, die "eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird …".

Zwischen den Trägern der DRV und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist seit längerem umstritten, ob dieser Ausschlussgrund auch bei Versicherten greift, die sich in der passiven Phase ihrer Altersteilzeit im Rahmen eines sogenannten Blockmodells befinden. Die Träger der DRV lehnen ihre Zuständigkeit in diesen Fällen bisher regelmäßig ab und leiten die Leistungsanträge an die nachrangig zuständigen Träger der GKV weiter (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Damit ist bei einer Personengruppe, die vergleichsweise häufig Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in Anspruch nimmt, die sachliche Zuständigkeit unklar.

In zwei aktuellen Entscheidungen hat sich das Bundesssozialgericht (BSG) im Rahmen von Erstattungsstreitverfahren erneut mit der Frage befasst, ob der Eintritt in die passive Phase eines Blockmodells tatsächlich gleichbedeutend mit dem endgültigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist und sich dadurch die Zuständigkeit für Teilhabeleistungen verändert.

Methode

- Analyse der aktuellen Rechtssprechung
- Literaturrecherche

Ergebnisse

In seiner Entscheidung vom 26.06.2007 hatte der für die Rentenversicherung damals zuständige 4. Senat des BSG ausgeführt, dass es bei der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen DRV und GKV darauf ankomme, ob nach den konkreten Umständen des Einzelfalls die dauerhafte Integration in eine tatsächlich ausgeübte Beschäftigung gefördert werde. Nur dann komme eine Rehabilitationsleistung der DRV überhaupt in Betracht. Das Erwerbsleben ende bei einer Altersteilzeitregelung nach dem Blockmodell aber grundsätzlich mit Beginn der Freistellungsphase. Das rechtliche Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses über diesen Zeitpunkt hinaus stehe dem nicht entgegen.

In seinem Urteil vom 26.06.2007 hat der für die Krankenversicherung zuständige 1. Senat festgestellt, dass für Versicherte während der Altersteilzeit Leistungen zur Teilhabe der DRV nicht nach § 12 Abs. 1 Nr. 4a SGB VI ausgeschlossen seien. Ein nach dem AltTZG aufgestocktes Arbeitsentgelt sei keine Leistung für Personen, die bereits dauerhaft aus dem Er-

werbsleben ausgeschieden seien. Anders als der 4. Senat betonte der 1. Senat, dass auch das Altersteilzeitverhältnis seiner Rechtsnatur nach ein vollwertiges Arbeitsverhältnis sei. Altersteilzeitarbeit könne mit dem endgültigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nicht gleichgesetzt werden. Eine analoge Anwendung des Ausschlussgrundes komme ebenso nicht in Betracht.

Mit den beiden Entscheidungen vom 22.06.2010 hat der 1. Senat des BSG seine Auffassung bekräftigt. Bereits einzelne Regelungen des AltTZG machten deutlich, dass sich an die Phase der Altersteilzeit weitere Arbeitsphasen anschließen könnten. Ein späterer, erneuter Eintritt ins Erwerbsleben sei nicht ausgeschlossen. Maßgeblich für das Bestehen eines Ausschlussgrundes sei alleine, dass ein Versicherter sein Arbeitsleben im Rechtssinne beendet habe.

Die beiden aktuellen Entscheidungen machen erneut deutlich, dass das BSG bei der sozialrechtlichen Zuständigkeitsabgrenzung letztlich allein die arbeitsrechtliche Beurteilung des Beschäftigungsverhältnisses zugrunde legt. Die zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbarten Modifikationen des Beschäftigungsverhältnisses, für die das AltTZG Anreize setzt, berühren daher im Ergebnis die grundsätzliche Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung der Rehabilitationsträger untereinander nicht. Das BSG hat damit im Hinblick auf die Zuständigkeit für die mengenmäßig relevante Personengruppe der "rentennahen", aber noch nicht aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden Klarheit geschaffen.

Literatur

BSG, Urteile vom 22.06.2010 (B 1 KR 33/09 R), Urteil vom 26.06.2007 (B 1 KR 34/06 R), Urteil vom 14.12.2006 (B 4 R 19/06 R), Rieker jurisPR-SozR 19/2009.

Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung - Koordinierung sozial- und arbeitsrechtlicher Ansprüche auf behinderungsgerechte Arbeitsplatzgestaltung

Nebe, K.

Universität Bremen, Juristischer Fachbereich

Einleitung

Menschen mit Behinderungen sehen sich in ihrer Berufsausübung regelmäßig spezifischen Barrieren gegenüber. Zahlreiche internationale und nationale Vorschriften verlangen angemessene Vorkehrungen im Sinne notwendiger und geeigneter Änderungs- und Anpassungsmaßnahmen ("reasonable accommodations"), um die Teilhaberechte von Menschen mit Behinderung auch im Erwerbsleben zu sichern.

Art. 2 Abs. 4, 26 Abs. 1 und 27 Abs. 1 lit. i) UN-BRK (Degener, 2009) und Art. 5 RL 2000/78/EG (Nebe, 2008) haben den Druck auf Gesetzgeber und Akteure, d. h. auch auf Arbeitgeber und Sozialleistungsträger erhöht.

Aktueller Hintergrund

Obschon das deutsche Recht den Terminus der "angemessenen Vorkehrungen" bislang nicht aufgegriffen hat, lassen sich doch zahlreiche Bestimmungen in diesem Sinne interpretieren (Kohte, 2006). Aus der schwer überschaubaren Vielzahl von Vorschriften und mit dem begrenzten Fokus auf Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen lassen sich herausfiltern:

- die beruflichen Teilhabeleistungen nach § 33 Abs. 8 Nr. 4 und 5 sowie § 34 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 (Zuschüsse für Arbeitshilfen) SGB IX,
- die Förderungsmöglichkeiten durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB IX sowie
- die besonderen Pflichten des Arbeitgebers zur behinderungsgerechten Beschäftigung nach § 81 Abs. 4 SGB IX und
- die allgemeine Schutzpflicht des Arbeitgebers nach § 618 Abs. 1 BGB, Räume, Vorrichtungen und Gerätschaften in einem gesundheits- und arbeitsschutzkonformen Zustand zu erhalten (Haines, 2005).

Ausgewählte Ergebnisse

Das Verhältnis dieser Rechtsgrundlagen zueinander ist komplex, in der gegenwärtigen Verwaltungspraxis aber höchst aktuell.

In einer frühen Entscheidung über eine hydraulische Zeichenmaschine für einen halbseitig gelähmten Bauzeichner hat das BSG zur Konkurrenz zwischen dem rehabilitationsrechtlichen Anspruch (heute § 33 Abs. 8 S. 1 Nr. 5 SGB IX) und dem Anspruch gegen den Arbeitgeber (heute § 81 Abs. 4 Nr. 5 SGB IX) festgestellt, dass der sozialrechtliche Anspruch dem arbeitsvertraglichen vorgehe. Dieser Vorrang stelle sicher, dass Arbeitgeber von zusätzlichen Kosten für die Eingliederung von Menschen mit Behinderung entlastet werden (BSGE 52, 116, 119). Gleichzeitig hat das BSG ausgeführt, eine Kostenbezuschussung zugunsten von Arbeitgebern durch das Integrationsamt in Fällen, in denen die Kosten der An-

passungsmaßnahme die Zumutbarkeitsgrenze überschreiten, gingen dem rehabilitationsrechtlichen Anspruch nach.

Für berufliche Hilfsmittel wiederum ist bei einer konkurrierenden Leistungspflicht des Arbeitgebers nach § 618 Abs. 1 BGB dieser jedenfalls nach dem Gesetzeswortlaut (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX) vorrangig leistungspflichtig (Voelzke, 2009). Allerdings beschränkt sich nach einer Entscheidung des LSG Mainz (Breithaupt 1991, 422) der vom Arbeitgeber zu leistende Kostenanteil auf die Anschaffungskosten von Hilfsmittel für Menschen ohne Behinderung.

Der Anspruch von Menschen mit (drohender) Behinderung auf angemessene Vorkehrungen führt jedoch nur dann zur Teilhabesicherung, wenn effektive Verfahren für eine zügige und bedarfsgerechte Leistung bereitstehen. Dies gilt umso mehr, wenn die sozialrechtlichen Zuständigkeiten mit arbeitsvertraglichen abzustimmen sind; Fragen materieller Vorrang-/Nachrangregelungen müssen in diesen Fällen gegenüber einer effektiven Verfahrenslösung untergeordnet bleiben. Jedoch sollten bestehende arbeitsvertragliche Ansprüche nicht durch sozialrechtliche Ansprüche verdrängt werden. Das einzelne Arbeitsverhältnis kann von den tatsächlichen Kosten der Anpassungsmaßnahmen vielmehr durch Erstattungs- bzw. Zuschussregelungen entlastet werden.

Literatur

Degener (2009): Die UN-Behindertenrechtskonvention als Inklusionsmotor, RdJB. 200.

Haines (2005): Teilhabe am Arbeitsleben - Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Stuttgart: Kohlhammer. 44-61.

Kohte (2006): Behinderungsgerechter Arbeitsplatz, jurisPR-ArbR 27 Anm. 2.

Nebe (2008): (Re-)Integration von Arbeitnehmern: Stufenweise Wiedereingliederung und Betriebliches Eingliederungsmanagement - ein neues Kooperationsverhältnis, DB. 1801.

Voelzke (2009):HB-SGB IX, 2. Aufl., 331 ff.

Ausschreibungspflicht für Leistungen zur Teilhabe?

Welti, F.
Universität Kassel

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Am 11.6.2009 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) in der Rechtssache Oymanns (C-300/07) entschieden, dass die AOK Rheinland-Hamburg die Leistungen orthopädischer Schuhmacher in ihrer Integrierten Versorgung für Diabetiker ausschreiben muss (Kingreen, 2009). Das Gericht hat den Vertrag über die Integrierte Versorgung als Rahmenvertrag im Sinne der RL 2004/38/EG eingestuft, für den bei Überschreiten der Schwellenwerte eine europaweite Ausschreibung erfolgen muss. Die Bundesagentur für Arbeit schreibt einen Teil ihrer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bereits seit Jahren aus und stützt dies inzwischen auf § 46 Abs. 4 SGB III. Ob Ausschreibungen geboten sind und wie sie sich auf die Leistungsqualität und Versorgungsstruktur auswirken, wird in der beruflichen, sozialen und medizinischen Rehabilitation seit Jahren kontrovers diskutiert.

Methodik

Normsetzung, 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. Dabei war auch zu untersuchen, welche Auswirkungen die durch Europäisches Recht konstituierte Ausschreibungspflicht auf das Leistungserbringungsrecht des SGB IX und der Leistungsgesetze hat.

Ergebnisse

Leistungen zur Teilhabe können von den Rehabilitationsträgern selbst, durch ein Persönliches Budget oder durch Inanspruchnahme freier und privater Dienste und Einrichtungen erbracht werden (§ 17 SGB IX).

Mit den Diensten und Einrichtungen sind Verträge abzuschließen, die auf gemeinsamen Grundsätzen der Rehabilitationsträger für Qualität und Vergütungen aufbauen (§ 21 SGB IX). Auf den Abschluss der Verträge besteht ein Anspruch für alle geeigneten Dienste und Einrichtungen. Diese Verträge garantieren nicht die Inanspruchnahme (Welti, 2009).

Ob Einrichtungen und Dienste für Leistungen zur Teilhabe in Anspruch genommen werden, ist im Einzelfall unter besonderer Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB IX) zu entscheiden (§ 19 Abs. 4 SGB IX).

Eine objektive Bedarfsprüfung vor Vertragsschluss ist nicht angezeigt (BSGE 89, 294). Die Rehabilitationsträger entscheiden selbst über Leistungen, so dass keine angebotsinduzierte Nachfrage zu besorgen ist. Die Bedarfsprüfung bei Vertragsschluss bezieht sich allein auf die Geeignetheit der Einrichtungen und die Wirtschaftlichkeit. Die Geeignetheit stationärer Einrichtungen kann durch Zertifizierung belegt werden (§ 20 Abs. 2, 2a SGB IX).

Nach dem Leistungserbringungsrecht des SGB IX besteht daher keine Vergabesituation, weil keine generelle Vorauswahl unter geeigneten Leistungserbringern getroffen wird.

Abweichendes Recht (§ 7 Satz 1 SGB IX) besteht im Hinblick auf die Struktur der Leistungserbringung für die Integrierte Versorgung der Krankenkassen (§ 140a SGB V), wenn sie Leistungen zur Teilhabe umfasst. Hier hat nach der Oymanns-Entscheidung (EuGH v. 11.6.2009, C-300/07) ein Vergabeverfahren stattzufinden.

Im Übrigen ergibt sich für die Verträge der Krankenkassen mit Diensten und Einrichtungen der Rehabilitation weder aus § 69 SGB V noch aus § 111 SGB V eine Abweichung vom SGB IX.

Für die berufliche Rehabilitation der Bundesagentur für Arbeit gilt das Leistungserbringungsrecht des SGB IX. § 46 Abs. 4 SGB III verweist nur für die Fälle auf das Vergaberecht, in denen es auch tatbestandlich anzuwenden ist (Bieritz-Harder, 2005).

Für die Träger der Rentenversicherung, Unfallversicherung, Sozialhilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe ergibt sich ebenfalls keine abweichende Rechtslage.

Insbesondere für lange benötigte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft stehen der Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch Vergaben und selektive Vertragsschlüsse auch verfassungsrechtliche und völkerrechtliche Bedenken entgegen. Art. 19 und 27 BRK schützen die freie Wahl von Wohnung und Arbeit behinderter Menschen.

Einige Rehabilitationsträger sehen sich zu selektiven Verträgen und einer objektiven Bedarfsprüfung berechtigt. Wenn ihre Rechtsauffassung zuträfe, spräche einiges dafür, die Verträge als ausschreibungspflichtige Rahmenverträge anzusehen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Diskussion über Ausschreibungspflichten der Rehabilitationsträger wird weiter kontrovers geführt werden. Es ist offen, ob der EuGH im Streitfall auf die Rechtslage oder auf die Rechtspraxis abstellen würde. Im letzteren Fall ist es möglich, dass er eine Ausschreibungspflicht bejaht.

Literatur

Bieritz-Harder, R. (2005): Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit als Teil der beruflichen Rehabilitation, RsDE 59: 42.

Kingreen, T. (2009): Die Entscheidung des EuGH zur Bindung der Krankenkassen an das Vergaberecht, NJW, 2417.

Welti, F. (2009): Leistung und Leistungserbringung in der Rehabilitation: Wettbewerbsordnung im Interesse der Selbstbestimmung, SGb, 330.

Persönliches Budget - Zukunftsweisende Erkenntnisse für die Rehabilitationsträger aus dem Forschungsprojekt "ProBudget"

Palsherm, K. (1), Rexrodt, C. (2)

(1) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg,
(2) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

Hintergrund

Mit dem Forschungsprojekt "Komplexe Persönliche Budgets für schwerstverletzte Menschen (ProBudget)" hat sich die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung zusammen mit 10 Unfallversicherungsträgern am Förderprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Struktur-Verstärkung und Verbreitung von Persönlichen Budgets beteiligt (01/2009 - 10/2010). Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg. Außerdem stand der Sozialverband VdK Deutschland e.V. dem Projekt beratend zur Seite, um sicherzustellen, dass die Belange von Menschen mit Behinderung ausreichend Berücksichtigung finden und die aktive Partizipation dieser Menschen erreicht wird.

Fragestellung

Das Projekt "ProBudget" verfolgt insgesamt fünf Ziele:

1. Bekanntmachung und Verbreitung von Persönlichen Budgets am Beispiel von schwerstverletzten Menschen.
2. Identifikation von hemmenden und fördernden Faktoren bei der Beantragung und der Nutzung Persönlicher Budgets für schwerstverletzte Menschen.
3. Feststellung, ob und in welchen Rehabilitations-Phasen komplexe Persönliche Budgets von schwerstverletzten Menschen gewünscht werden.
4. Feststellung, ob das Persönliche Budget für die Selbstbestimmung förderlich ist ("nichts ohne uns über uns").
5. Entwicklung geeigneter Möglichkeiten der Unterstützung bei der Beantragung und dem Management von Persönlichen Budgets für schwerstverletzte Menschen und Erarbeitung von praktischen Umsetzungsvorschlägen. Welche Hilfestellungen werden benötigt und wie kann dieser Hilfebedarf sinnvoll abgedeckt werden.

Methodik

Das Forschungsprojekt "ProBudget" gliederte sich in zwei Phasen:

In der ersten Phase wurden die Versicherten proaktiv zum Persönlichen Budget beraten und mit Hilfe eines eigens dazu entwickelten Fragebogens zu den hemmenden und fördernden Faktoren für die Antragstellung befragt. Mit der Entscheidung der Versicherten für oder gegen ein Persönliches Budget zu diesem Zeitpunkt endete die erste Projektphase.

In der zweiten Phase wurden diejenigen, die ein Persönliches Budget beantragt und über einen Zeitraum von sieben bis acht Monaten genutzt haben, zu Ihren Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget befragt. Hierzu wurde, ebenfalls eigens für das Projekt, ein Fragenkatalog entwickelt. Ziel war es auch hier, Hemmnisse und fördernden Faktoren, die im Verlauf der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets zu Tage getreten sind, festzustellen und zu analysieren.

Zudem wurden die Sachbearbeiter/innen, Reha-Manager/innen und Berufshelfer/innen, die hier proaktiv zum Budget beraten und ggf. mit den Versicherten gemeinsam das Persönliche Budget festgesetzt und diese für weitere Budgetfragen begleitet haben, über ihre Erfahrungen in Bezug auf Persönliche Budgets im Rahmen eines zweitägigen Workshops befragt. Diese Befragung zielte vor allem auf die Ermittlung, welche Bedingungen Persönliche Budgets befördern, welche Barrieren oder Schwierigkeiten bestehen, welche Leistungen sich besonders für ein Persönliches Budget anbieten und vieles mehr.

Zukunftsweisende Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt "ProBudget" für die Rehabilitationsträger werden dargestellt.

Literatur

Habekost, D., Palsherm, K. (2010): "ProBudget" - Für mehr Selbstbestimmung. DGUV-Forum 10. 18-21.

Palsherm, K., Habekost, D., Rexrodt, C., Czennia, D. (2010): Komplexe Persönliche Budgets für schwerstverletzte Menschen - Ein Projekt der gesetzlichen Unfallversicherung (ProBudget). Die Rehabilitation, 49. 55-59.

Reproduzierbarkeit isokinetischer und isometrischer Messgrößen bei Patienten mit Coxarthrose und einem gesunden Probandenkollektiv

Steinhilber, B., Haupt, G., Böer, J., Grau, S., Krauss, I.
Abteilung Sportmedizin, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

Einleitung

Die konditionelle Fähigkeit Kraft gilt bei Patienten mit Coxarthrose als defizitär und wird deshalb als wichtiger Bestandteil der Trainingstherapie angesehen (Horstmann, 1999). Isokinetische und isometrische Kraftmessungen werden häufig eingesetzt, um den Erfolg einer sporttherapeutischen Maßnahme zu quantifizieren (Pua et al., 2008). Ziel der Studie war es Kenntnisse über die Reproduzierbarkeit dieser Kraftmessungen an der hüftgelenkumgebenden Muskulatur zu gewinnen und einen möglichen Einfluss des untersuchten Probandenkollektivs auf die Reproduzierbarkeit der Daten zu untersuchen.

Methode

An der prospektiven Studie mit einem Test-Retest-Design nahmen 16 Coxarthrosepatienten (Mean ± SD; 65 ± 6 Jahre) und 13 gesunde Kontrollpersonen (63 ± 6 Jahre) teil. Mit einem Dynamometer wurden die isokinetische und isometrische Maximalkraft der hüftgelenkumgebenden Muskulatur in den Bewegungsrichtungen Hüftabduktion, Hüftadduktion, Hüftflexion und Hüftextension gemessen. Die Messungen fanden an zwei Messtagen im Abstand von einer Woche statt. Zur Quantifizierung des Messfehlers wurde der Root Mean Square Error (RMSE) berechnet (Bland, Altman, 1996). Multipliziert man den RMSE mit 2.77 erhält man den Wiederholbarkeitskoeffizienten (RC). Dieser gibt das Intervall an, in dem der Wert einer Person bei einer wiederholten Messung zu erwarten ist ($\alpha = 0.05$).

Ergebnisse

Der höchste RMSE zeigt sich in der Bewegungsrichtung Hüftextension (15-17 Nm), gefolgt von der Hüftadduktion (8-12 Nm) und Hüftflexion (5-8 Nm). Die kleinsten Werte ergaben sich in der Hüftabduktion (5-8 Nm). Abgesehen von der Hüftextension und der isokinetischen Hüftabduktion ist der Messfehler bei den Coxarthrosepatienten größer als bei den gesunden Kontrollpersonen. Der RC zeigt, dass Kraftmessungen an der Hüfte bei wiederholter Messung mit unveränderten Messbedingungen bis zu 43 Nm voneinander abweichen.

Diskussion

Isokinetische und isometrische Kraftmessungen an der Hüfte können von einem Messtag zum anderen stark variieren. Deshalb sollten Ergebnisse in der klinischen Routine unter Berücksichtigung des Messfehlers interpretiert werden. Hierbei sollte zudem beachtet werden, dass der Messfehler bei Patienten mit Coxarthrose höher ist als bei gesunden Personen. In vergleichenden Studien sollte auf jeden Fall eine Kontrollgruppe zur Kontrolle des Messfehlers eingesetzt werden. Eine ausreichende Gewöhnungsphase vor der Messung sowie eine

gute Fixierung der Probanden sind Schlüsselelemente für verlässliche und aussagekräftige Messungen.

Literatur

Horstmann, T. (1999): Possibilities and limitations of sports therapy in patients with arthrosis and prosthesis of the hip. Int J Sports Med, 20. 94.

Pua, Y-H., Wrigley, T.W., Cowan, S.M., Bennell, K.L. (2008): Intrarater Test-Retest Reliability of Hip Range of Motion and Hip Muscle Strength Measurements in Persons With Hip Osteoarthritis. Arch. Phys Med Rehabil, 89. 1146-1154.

Bland, J.M., Altman, D.G. (1996): Statistics Notes: Measurement Error. BMJ, 313. 744.

Erfassung des nachhaltigen Effektes eines EBM-gesicherten Bewegungsprogrammes nach Implementierung in ambulante Rehabilitationssportgruppen am Beispiel der Osteoporose-Erkrankung - Die Erlangen Fitness und Osteoporose Studie

Kemmler, W., von Stengel, S., Bebenek, M., Engelke, K., Kalender, W.A.

Institut für Medizinische Physik, Universität Erlangen-Nürnberg

Einleitung und Zielstellung

Osteoporose-assoziierte Frakturen stellen ein zentrales Gesundheitsproblem in unserer älteren Bevölkerungsschicht dar. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist die Osteoporose-Erkrankung neben Herz-Kreislauferkrankungen ("Herzsport") eine der häufigsten Indikationen innerhalb des ambulanten Rehabilitationssports nach § 44 SGB IX. Im Gegensatz zu der jahrelangen Verordnungspraxis liegen allerdings für keine der über 25 Indikationen des ambulanter Rehabilitationssport oder Funktionstraining (BAR, 2003) belastbare Effektivitätsnachweise vor. Zudem wurde es in der Vergangenheit versäumt, EBM-gesicherte Bewegungsprogramme als Basis des Qualitätsmanagements des ambulanten Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings zu implementieren und im Rahmen der Prozessqualität zu sichern. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den Effekt eines EBM gesicherten Bewegungsprogrammes mit dem Fokus der Osteoporosetherapie auf relevante Endpunkte dieser Erkrankung innerhalb des Settings ambulanter Rehabilitationssportgruppen gemäß § 44 SGB IX i. V. mit der Rahmenvereinbarung der BAR (2003) zu überprüfen.

Material und Methoden

Die Erlangen Fitness und Osteoporose Studie (EFOPS) ist eine kontrollierte Interventionsstudie mit insgesamt 137 früh-postmenopausalen Frauen (55±5 J.) in zwei Studienarmen. Die Teilnehmerinnen der Trainingsgruppe (TG) absolvierten 2 x pro Woche ein osteoporoseorientiertes Training von jeweils 60 Minuten, die Kontrollgruppe (KG) führte ihre körperliche Aktivität wie bislang fort. Im ersten Projektschritt erfolgte eine Überprüfung der Effektivität des Programmes auf Risikofaktoren einer Osteoporose innerhalb eines universitären Settings. Nach 3-jähriger Studiendauer zeigten sich für den primären Endpunkt "Knochendichte" jeweils signifikante Zwischengruppenunterschiede bei hohen Effektstärken zugunsten der TG (Kemmler, 2004). Im zweiten Projektschritt erfolgte eine Implementierung des

EFOPS-Protokolls in den Gesundheitssportverein unter strikter Beachtung der Rahmenbedingungen ambulanten Rehabilitationssports (BAR, 2003; Kemmler, 1996) und unter der Prämisse einer überdauernden Durchführbarkeit und Finanzierbarkeit. Insgesamt 55 Teilnehmerinnen der TG und 51 Frauen der KG nahmen an diesem Projektschritt teil. Nach weiteren 9 Jahren wurden von den insgesamt 101 verbliebenen Teilnehmerinnen 41 Frauen der TG und 49 Frauen der KG per Protokoll in die Analyse eingeschlossen. Die Ermittlung der Gesamt-Frakturinzidenz (rate ratio) und des -Frakturrisikos (risk ratio) erfolgten anhand strukturierter Interviews. Die Messung der Knochendichte wurde nach dem DXA-Verfahren durchgeführt.

Ergebnisse

Bezogen auf den zweiten Projektschritt betrug das relative Risiko einer Fraktur ("risk ratio") 0,33 (95 %-CI: 0,09 bis 1,06, p=0,078). Die entsprechende "rate ratio" (EG: 6 vs. KG: 19 Frakturen) lag bei 0,38 (95 %-CI: 0,11 bis 1,14, p=0,093). Die Zwischengruppenunterschiede für die Knochendichte an der LWS (EG: -1,03 %, 95 %-CI: 0,69 bis -2,69 % vs. CG: -3,96 %, 95 %-CI: -2,38 bis -5,66 %; p=0,011) als auch an der Hüftregion (EG: -3,68 %, 95 %-CI: -2,35 bis -4,98 % vs. CG: -6,74 %, 95 %-CI: -5,28 bis -8,24 %; p=,003) waren für beide Meßregionen signifikant, lagen allerdings niedriger als nach Projektstufe 1.

Diskussion

Auch nach Transferierung in die Rahmenbedingungen des ambulanten Rehabilitationssports zeigt ein EBM-gesichertes Trainingsprogramm bei hoher Bindung der Teilnehmer an das Programm übergreifend günstige Effekte (Karinkanta et al., 2010) auf Frakturparameter.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2003): Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003, i. d. F. vom 1. Januar 2007. Frankfurt am Main.

Karinkanta, S., Piirtola, M., Sievanen, H., Uusi-Rasi, K., Kannus, P. (2010): Physical therapy approaches to reduce fall and fracture risk among older adults. Nat Rev Endocrinol. online first.

Kemmler, W. (1996): Körperliche Belastung und Osteoporose [Inaugural Dissertation]. Bayreuth: Institut für Sportwissenschaften, Universität Bayreuth.

Kemmler, W., Lauber, D., Weineck, J., Hensen, J., Kalender, W., Engelke, K. (2004): Benefits of 2 years of intense exercise on bone density, physical fitness, and blood lipids in early postmenopausal osteopenic women: results of the Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study (EFOPS). Arch Intern Med. 164 (10). 1084-1091.

Beurteilung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation muskuloskeletaler Krankheiten: Zugänge aus Sicht des Konzepts der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

Köhn, S., Ammelburg, N., Spyra, K.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Die Beurteilung von Erfolgen der Rehabilitation und ihrer Nachhaltigkeit erfordert geeignete Assessments und Methoden, u. a. in der Rehabilitation muskuloskeletaler Krankheiten (MSK). Hierzu sind in Deutschland in den letzten Jahren umfangreiche Forschungsergebnisse vorgelegt worden, die allerdings bisher noch keinen Eingang in die Routine gefunden haben. So fehlt es nach wie vor an einem bundeseinheitlichen Assessment, das es gestatten würde, Rehabilitanden nach ihrem reha-relevanten somato-psycho-sozialen Beeinträchtigungsgrad zu klassifizieren und die Ergebnisse der Behandlung entsprechend differenziell zu beurteilen. Im Rahmen des an der Charité - Universitätsmedizin Berlin entwickelten Konzepts der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) wurde unter Rückgriff auf etablierte Skalen ein RMK-Assessment vorgelegt und erprobt, welches eine bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung erlaubt (Spyra et al., 2008; Spyra et al., 2010). In dem Beitrag werden am Beispiel der MSK-Rehabilitation,* und hier von "Rücken"-Patienten, empirische Ergebnisse vorgestellt, die die prognostische Validität der RMK und die Eignung des RMK-Assessments für die Ergebnismessung belegen.

Methodik und Studiendesign

Für die Analyse standen empirische Daten zur Verfügung, die im Jahr 2006/07 in 17 orthopädischen Reha-Kliniken zu Reha-Beginn an rund 3.000 MSK-Rehabilitanden, darunter 1.000 "Rücken"-Patienten (Definition entsprechend DRV-Therapiestandard "Chronischer Rückenschmerz"), mittels RMK-Assessment erhoben wurden. Zusätzlich wurden Daten aus der Routine-Dokumentation der Kliniken erfasst sowie eine Nachbefragung zu Reha-Ende und 6 Monate nach Entlassung durchgeführt. Für n=580 "Rücken"-Patienten (71 % der Ausgangsstichprobe) lagen Daten der drei Erhebungszeitpunkte vor. Für die Datenerhebung wurden Outcome-Assessments eingesetzt, die neben vergleichbaren Skalen des Eingangs-Assessments auch Fragen zur beruflichen Situation sowie zur Patientenzufriedenheit enthielten. Durch Vergleich der Ergebnisse zu den drei Messzeitpunkten konnten Rückschlüsse auf mögliche Veränderungen in verschiedenen somatischen und psychischen Ergebnisparametern (indirekte Ergebnismessung) gezogen und die Patientenzufriedenheit beurteilt werden. Statistisch wurden für Maße der indirekten Ergebnismessung Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet, in die die drei Messzeitpunkte als Innersubjektfaktor und die RMK-Bedarfsgruppen als Zwischensubjektfaktor eingingen. Haupt- und Interaktionseffekte wurden interpretiert. Unterschiede der RMK-Bedarfsgruppen bezüglich der Variablen der Patientenzufriedenheit wurden mittels Chi-Quadrat-Tests analysiert.

* Das Projekt wurde von den Unternehmensgruppen MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG, MediClin AG und Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH gefördert sowie von der DRV Bund und der DRV Westfalen unterstützt.

Ergebnisse

Die RMK-Bedarfsgruppen zeigten auf allen untersuchten Skalen (u. a. körperliche Summenskala des SF-36, Pain Disability Index, Subskala Angst der Hospital and Anxiety Scale, zwei Subskalen des Fragebogens zur Schmerzverarbeitung (FESV)) deutliche Verbesserungen, wobei sich die zu Beginn gemessenen Bedarfsgruppenunterschiede über die beiden Folgezeitpunkte verringerten, ohne jedoch aufgehoben zu werden. Patienten mit einem höheren Schweregrad der Beeinträchtigungen erzielten deutlichere Verbesserungen als Patienten mit leichtem Schweregrad. Psychisch belastete Patienten profitierten am stärksten von der Rehabilitation, allerdings äußerten sie sich bezüglich des Erfolges der Reha-Behandlung skeptischer als psychisch kaum belastete Patienten.

Diskussion

Die Ergebnisse zu allen Skalen des RMK-Assessments zeigen, dass dieses auch zur Veränderungsmessung geeignet ist. Die RMK-Bedarfsgruppen haben prognostische Relevanz. Die Gruppen-Unterschiede der indirekten Veränderungsmessung sind auch daraus erklärbar, dass sich stärker beeinträchtigte Rehabilitanden stärker verbessern können ("Regression zur Mitte"). Der RMK-Ansatz hat allerdings den Vorteil, dass der Verlauf nicht nur für eine Skala (prä post), sondern stratifiziert nach Schweregradgruppen im Kontext der Gesamtbeeinträchtigung beurteilt werden kann. Da die Kliniken einen unterschiedlichen RMK-Bedarfsgruppen-Mix aufweisen, ist das insbesondere für Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung bedeutsam, bspw. im Rahmen von Klinikvergleichen zu Outcomes oder Zufriedenheitsbefragungen.

Ausblick

Die Skalen des RMK-Assessments für die Outcome-Messung sollen perspektivisch zu einem Gesamtindex zusammengefasst werden. Die Unterschiede hinsichtlich der gemessenen Outcomes auf verschiedenen Skalen und der Zufriedenheit der Patienten müssen genauer untersucht werden.

Literatur

Spyra, K., Müller-Fahrnow, W., Blume, C., Böttcher, J., Erhart, M., Streibelt, M. (2008): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMPs). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 80. 108-129.

Spyra, K., Köhn, S., Vorsatz, N. (2010): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) und ihr Nutzen zur Erkennung von besonderen beruflichen Problemlagen im Rahmen der Zuweisungssteuerung der Deutschen Rentenversicherung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 86. 15-23.

Therapieerfolg bei orthopädischen Patienten und Frühberentungsrisiko fünf Jahre später - Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie

Neuner, R. (1), Braig, S. (1), Weyermann, M. (2)

(1) Institut für Epidemiologie, Universität Ulm, (2) Hochschule Niederrhein, Krefeld

Einleitung

Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an den gesamten Versichertenrentenzugängen beträgt fast 20 % (Korsukéwitz, Rehfeld, 2009). Das übergeordnete Ziel einer von den Rentenversicherungsträgern gewährten Rehabilitationsmaßnahme ist die Vermeidung oder zumindest zeitliche Verzögerung von Frühberentung. Als Kriterien zur Beurteilung des Rehabilitationserfolges werden die zu Beginn einer Rehabilitation definierten "Therapieziele" herangezogen. Aber bedeutet ein kurzfristiger Therapieerfolg auch einen langfristigen Erhalt der Erwerbsfähigkeit?

Studiendesign und Datengrundlage

Im Rahmen der prospektiv multizentrischen Studie "Prädiktive Validierung von Therapielielen am Frühberentungsrisiko 3-5 Jahre nach Rehabilitation" wurden im Jahre 2001 initial 1.362 erwerbsfähige Probanden (Alter 45-57 Jahre) mit orthopädischer Indikationsstellung (ICD-10 M, ohne Fibromyalgie) in 10 Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg rekrutiert (Schochat et al., 2000). Für den Beginn und das Ende der Rehabilitationsmaßnahme liegen sowohl arzt- als auch patientenseitige Angaben vor. Die postalische Nachbefragung der Probanden hinsichtlich Erwerbsunfähigkeit erfolgte über einen fünfjährigen Zeitraum. Für alle Rehabilitanden, für die ein ausgefüllter Arztbogen vorliegt und eine Berechnung der Beobachtungszeit möglich ist, wurde mithilfe von Überlebenszeitmodellen "proportional hazards regression" (Collett, 1994) die prognostische Aussagekraft sowohl der Patientenangaben als auch der Therapiezielerreichung bezüglich der Frühberentungswahrscheinlichkeit geschätzt (n=1.266).

Ergebnisse

Während der Beobachtungszeit (Ø 3,9 Jahre) traten insgesamt 127 Berentungen aufgrund einer befristeten oder und unbefristeten Erwerbsminderung auf (9,3 %).

Nach Adjustierung für Geschlecht, Alter und soziale Schicht zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer besseren Selbsteinschätzung des funktionalen Status und der Schmerzbelastung zu Reha-Beginn und dem Verbleib im Erwerbsleben. Im Vergleich zu Patienten mit dem höchsten funktionalen Status (oberstes Tertil), beträgt die Hazard Ratio für Patienten im untersten Tertil 3,53 (95 % KI 1,86-6,71). Rehabilitanden mit der subjektiv höchsten Schmerzbelastung (oberstes Tertil), haben im Gegensatz zu Patienten mit der geringsten Schmerzbelastung (unterstes Tertil) eine Hazard Ratio von 3,30 (95 % KI 1,70-6,37) für das Eintreten einer Erwerbsunfähigkeitsrente.

Therapieerfolg in der Schmerzreduktion besitzt ebenfalls prognostische Aussagekraft: Patienten, die dieses Therapieziel nicht erreichen, haben eine erhöhte Frühberentungswahrscheinlichkeit im Vergleich zu Patienten, die dieses Therapieziel erreichen (HR 1,76, 95 % KI 1,21-2,56).

Diskussion und Schlußfolgerung

Bei Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen lassen sowohl die subjektive Schmerzbelastung zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme als auch der Erfolg bei der Schmerzreduktion Rückschlüsse auf den zukünftigen Verbleib im Erwerbsleben zu (vgl. Reiso et al., 2003).

Literatur

Collett, D. (1994): Modelling Survival Data in Medical Research. Chapman and Hall, London.

Korsukéwitz, C., Rehfeld, U. (2009): Rehabilitation und Erwerbsminderung - ein aktueller Überblick. RVaktuell, 10. 335-344.

Reiso, H., Nygård, J., Jørgensen, G., Holanger, R., Soldal, D., Bruusgaard, D. (2003): Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: a two-year follow-up study. Spine, 28. 1468-1473.

Schochat, T., Gerdes, N., Jäckel, W.H. (2000): Prädiktive Validierung von Therapiezielen am Frühberentungsrisiko 3-5 Jahre nach der Rehabilitation. In: Bengel, J., Jäckel, W.H. (Hrsg.): Zielorientierung in der Rehabilitation - Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Regensburg: Roderer. 119-124.

Internetbasierte Nachsorge bei verhaltensmedizinisch-orthopädischen Patienten: Evaluation von technischer Verfügbarkeit und inhaltlichen Erwartungen

Pfaudler, S., Benninghoven, D., Hoberg, E.

Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz, Bad Malente

Hintergrund/Ziel der Untersuchung

Schwieriger als die Symptomverbesserung während einer verhaltensmedizinisch-orthopädischen Rehabilitation ist die poststationäre Aufrechterhaltung der während der stationären Behandlung erzielten Erfolge. Nach der Entlassung aus der Klinik sind Patienten mit wesentlichen Problemen konfrontiert, denen durch angemessene Nachsorgeangebote begegnet werden sollte (PGNS, 2008). Nachsorge für Rehabilitanden der Verhaltensmedizinischen Orthopädie beschränkt sich in der Versorgungsrealität allerdings in der Regel auf physiotherapeutische Angebote wie z. B. medizinische Trainingstherapie. Die von den Rehabilitanden während der stationären Rehabilitation besonders geschätzte Interdisziplinarität geht dabei verloren, könnte aber durch den Einsatz eines internetbasierten Nachsorgekonzeptes gewahrt werden. Voraussetzungen sind die Verfügbarkeit eines Internetzugangs und die Akzeptanz des Angebotes. Diese Voraussetzungen wurden an einem Kollektiv von Rehabilitanden einer Abteilung für verhaltensmedizinische Orthopädie überprüft. Positive Erfahrungen mit dem Einsatz von Chatgruppen konnten in der psychosomatischen Nachsorge (Kordy et al., 2006; Golkaramnay et al., 2007) gezeigt werden.

Methodik

Durchgeführt wurde die Befragung an 364 Patienten der verhaltensmedizinisch-orthopädischen Abteilung der Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz über einen Zeitraum von 6 Monaten (04-09/2010).

In dem für diese Befragung konstruierten Fragebogen konnten die Patienten auf einer 5-stufigen Skala (1= gar nicht hilfreich bzw. wichtig, 5= sehr hilfreich bzw. wichtig) ihre Einschätzung hinsichtlich folgender Themenbereiche angeben:

- Unterschiedliche Merkmale von Chatgruppen
- Poststationäre Kontaktaufnahme per Email/Telefon
- Poststationäre Kontaktaufnahme zu unterschiedlichen Berufsgruppen
- Bereitstellung von FAQs ("frequently asked questions")

Ergebnisse

Teilgenommen haben n=116 Männer (31,9 %) und n=248 (68,1 %) Frauen mit einem mittleren Alter von M=50,8 J. (s=8,2). Über einen Internetzugang verfügten n=186 (51,7 %) der Befragten, während n=178 (48,4 %) hierzu keine Angabe machten oder über keinen Internetzugang verfügten.

Für diejenigen, die über einen Internetzugang verfügen, gilt: Es besteht ein vergleichbares Interesse an einem freien Austausch von Erfahrungen in einem Chat (M=2,82; s=1,30) und einem Chat zu vorgegebenen Themen (M=2,81; s=1,36). Als wichtig erachtet wird die Leitung der Chatgruppe durch einen Therapeuten (M=3,25; s=1,52). Es wird in geringem Ausmaß bevorzugt, dass die Mitglieder der Chatgruppe mit denen aus der Gruppe während des stationären Aufenthaltes identisch sind (M=2,83; s=1,41), anstatt neue Patienten in den Chatgruppen kennen zu lernen (M=2,79; s=1,32).

Die Möglichkeit der Kontaktaufnahme per Email (M=3,52; s=1,31) wird als etwas hilfreicher angesehen als per Telefon (M=3,25; s=1,37). Am wichtigsten stellt sich die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu Psychologen (M=3,64; s=1,33) und Physiotherapeuten (M=3,57; s=1,30) heraus. An dem Angebot von FAQs wird großes Interesse gezeigt (M=3,89; s=1,16). Als mittel bis sehr wichtig (Antwortalternative 3-5) schätzen die Befragten folgende Aspekte ein: die Möglichkeit zur poststationären Kontaktaufnahme zu einem Physiotherapeuten (86,2 %), die Möglichkeit zur poststationären Kontaktaufnahme zu einem Psychologen (80,1 %), die Möglichkeit zur poststationären Kontaktaufnahme per Email (78,8 %), die Möglichkeit eines Austausches mit Mitpatienten im freien Chat (61,2 %), die Möglichkeit eines Austausches mit Mitpatienten zu vorgegebenen Themen (57,7 %).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Verhaltensmedizinisch-orthopädische Patienten zeigen ein hohes Interesse an einer internetbasierten Nachsorgemöglichkeit. Ein email-ähnliches Kontaktangebot scheint einem Angebot mit Chatgruppen überlegen zu sein. Die Praktikabilität und Wirksamkeit internetgestützter Nachsorgemöglichkeiten gilt es für diesen Einsatzbereich in zukünftigen Studien zu überprüfen. Angestrebt werden sollten hierbei interdisziplinäre Lösungen mit der Möglichkeit der Kontaktaufnahme sowohl zu Psychologen als auch zu Physiotherapeuten.

Literatur

Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., Kordy, H. (2007): The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. Psychotherapy and Psychosomatics, 76. 219-225.

Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S., Bauer, S. (2006): Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik: Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. Psychotherapeut, 51. 144-153.

Projektgruppe Nachsorge (PGNS) der Deutschen Rentenversicherung Bund (2008): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung.

Zum Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung bei distaler Radiusfraktur - Schweregrade und Verläufe

Bohley, S. (1), Fach, E. (1), Günther, S. (1), Bak, P. (2), Slesina, W. (1)

(1) Sektion Medizinische Soziologie, Universität Halle-Wittenberg,
(2) Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main

Hintergrund und Fragestellung

Die Studie "Versorgungsstrukturanalyse" untersucht im Rahmen eines interdisziplinären Projektes Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität des Heilverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) am Beispiel von vier Verletzungsarten (Bohley, Slesina, 2009; Kohlmann et al., 2009; Oberscheven, 2009). Dieser Beitrag bezieht sich auf distale Radiusfrakturen.

Methodik und Stichprobe

Es handelt sich um eine Sekundärdatenanalyse (Swart, Ihle, 2005). Die medizinische Versorgung der Unfallverletzten wurde anhand der zumeist standardisierten Berichte der beteiligten Therapeuten rekonstruiert. Aus fünf regionalen Berufsgenossenschaften der Branchen Bauwirtschaft, Metall, Chemie, Gesundheitdienst/Wohlfahrtspflege, Nahrungsmittel/Gaststätten sowie einer Unfallkasse des öffentlichen Dienstes (keine Zufallsstichprobe) wurden entsprechende Berichte in pseudonymisierter Form erhoben. Einschlusskriterien für die Probandenauswahl waren: Versicherte mit distaler Radiusfraktur im Alter 21-65 Jahre, deren Heilverfahren im Zeitraum 2006-2008 durchgeführt wurde. Dies ergab eine Stichprobe von 173 Personen.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste zu 56 % männliche und zu 44 % weibliche Versicherte mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren (SD=11). Es überwogen die Arbeitsunfälle (72,5 %) gegenüber den Wegeunfällen (27,5 %). Bei 51,2 % der distalen Radiusfrakturen handelte es sich um leichte, bei 24,1 % um mittelschwere und bei 24,7 % um schwere Fälle. Die Dauer des Heilverfahrens betrug durchschnittlich 72,8 Tage (min. 1, max. 398 Tage) und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Mittel 65,9 Tage (min. 0, max. 398 Tage). Bei 31,2 % der Probanden wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) < 20 % durch den behandelnden Arzt festgestellt und bei 12,7 % der Probanden eine MdE ≥ 20 % (hier kann ab der 26. Woche Anspruch auf Verletztenrente bestehen). Nahezu alle Probanden (98,8 %) waren bis zum Ende des Heilverfahrens in ihre berufliche Tätigkeit zurückgekehrt.

Die bivariaten Korrelationsanalysen zu den Merkmalen Alter, Geschlecht, Schweregrad der Verletzung, Dauer der Heilbehandlung (HB), Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU) und Minderung der Erwerbsfähigkeit ergaben ($p < .05$): Das Alter stand in einer sehr schwachen positiven Beziehung zum Schweregrad der Verletzung ($r=0,15$). Das Merkmal Geschlecht wies keinen statistisch relevanten Zusammenhang mit einer der anderen Variablen auf. Der

Schweregrad der Verletzung korrelierte signifikant mit der HB-Dauer (r=0,48) und der AU-Dauer (r=0,51) sowie der MdE (r=0,45). Sowohl die HB-Dauer als auch die AU-Dauer standen jeweils in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Ausmaß der MdE (r=0,25, r=0,21).

Im Branchenvergleich fanden sich die folgenden signifikanten Unterschiede: höhere Schweregrade der Verletzung bei der BG Bau und der BG Chemie, eine längere AU-Dauer bei den Unfallverletzten der BG Chemie, mehr Verletzte mit einer MdE ≥ 20 % bei der BG Chemie.

Diskussion

Die Dauer des Heilverfahrens bei distaler Radiusfraktur streut stark. Sie korreliert erheblich mit dem Schweregrad der Verletzung. Die distale Radiusfraktur ist durchschnittlich mit langer AU verbunden, impliziert aber kein erkennbares Risiko für vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben.

Zusammenfassung und Ausblick

Im beabsichtigten Vergleich mit drei anderen Verletzungsarten werden sich die Spezifika der Verläufe und Zusammenhänge bei distaler Radiusfraktur profilieren.

Literatur

Bohley, S., Slesina, W. (2009): Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung. Versorgungsstrukturanalyse. Trauma Berufskrankh, 11 (3). 407-410.

Kohlmann, T., Moock, J., Bahr, K. (2009): DGUV-Projekt zur Ergebnisqualität des besonderen Heilverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh, 11 (3). 397-398.

Oberscheven, M. (2009): Evaluation der Ergebnisqualität des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung. Bedeutung des Projektes für die DGUV. Trauma Berufskrankh, 11 (3). 394-396.

Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Bern: Verlag Hans Huber.

Wirksamkeit der NOVOTERGUM Rückentherapie bei chronischen Rückenschmerzpatienten nach 12 Monaten

Freiwald, J. (1), Witte, K. (2)

(1) Arbeitsbereich Bewegungswissenschaft - Bergische Universität Wuppertal,
(2) NOVOTERGUM AG - Mülheim an der Ruhr

Einleitung

Bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen werden zu häufig und oftmals mit geringem Nutzen Medikamente bzw. diagnostische und therapeutische Maßnahmen verordnet (Hildebrandt et al., 2004; NVL, 2010). Hilfreiche Maßnahmen, die in ihrer Wirksamkeit empirisch untersucht wurden, wie z. B. psycho-soziale Ansätze oder multimodale Therapien sind unterrepräsentiert (Goode et al., 2010). Ziel dieser Studie war daher die wissenschaftliche Überprüfung der Wirkungen einer multimodalen Rückentherapie, die mit Personen, die unter chronischen Rückenschmerzen leiden, durchgeführt wurden. Rekrutiert wurden die Patienten aus den Versicherten einer großen deutschen Krankenkasse.

Methodik

An der zwölfmonatigen Studie nahmen 1.001 Rückenschmerzpatienten (771 Frauen und 230 Männer) teil. Zum Zeitpunkt der Eingangsanalyse betrug das durchschnittliche Alter aller Rückenschmerzpatienten 54,6 Jahre (sd 13,45). An insgesamt drei Messzeitpunkten, vor der Studie, nach 12 Wochen und nach zwölfmonatiger Therapie, wurden funktionelle Parameter der Wirbelsäule erhoben und standardisierte Befragungen durchgeführt.

Neben Parametern zur personenbezogenen Anamnese wurden Testverfahren zur Kraft- und Beweglichkeitsmessung, sowie Fragebögen zur Chronifizierungswahrscheinlichkeit des Rückenschmerzes (Heidelberger Kurzfragebogen) und zum Zusammenhang zwischen Rückenschmerzen und Alltagsfähigkeiten (Oswestry Low Back Pain Disability Index und Neck Pain Disability Index) eingesetzt.

Die Therapie des chronischen Rückenschmerzes war über ein Jahr mit insgesamt 39 Therapieeinheiten angelegt und bestand aus drei verschiedenen Phasen. Nach anfänglich zwei Therapieeinheiten pro Woche bis zur sechsten Woche reduzierte sich die Therapie in der Erhaltungsphase auf eine Therapieeinheit alle 7-10 Tage. Eine Therapieeinheit hatte folgenden standardisierten Ablauf: Aufwärmen, Beweglichkeits- und schmerzorientiertes Krafttraining, Cool down und Entspannungsprogramm.

Die erhobenen Messwerte wurden nach Prüfung auf Normalverteilung mit dem t-Test für abhängige Stichproben auf signifikante Differenzen zwischen den Messzeitpunkten sowie auf Effektgrößen und Teststärken überprüft.

Ergebnisse*

Rückenschmerztage

Die durchschnittliche Anzahl der Tage mit Rückenschmerzen betrug bei den Patienten in den letzten zwölf Monaten vor Therapiebeginn durchschnittlich 292,7 (sd 100,5) Tage und verringerte sich hochsignifikant auf 188,3 (sd 126,4) Tage pro Patient während der zwölfmonatigen Therapiephase (Effektgröße von d>0,90; Teststärke von (1-b)>0,99).

Medikamenteneinnahmen

Die Gruppe der Patienten, die vor Therapiebeginn keine Medikamente einnahm, vergrößerte sich von 276 auf 520 Patienten und die Gruppe der Patienten, die täglich Medikamente einnahmen, reduzierte sich um 98 Patienten (Abb. 1).

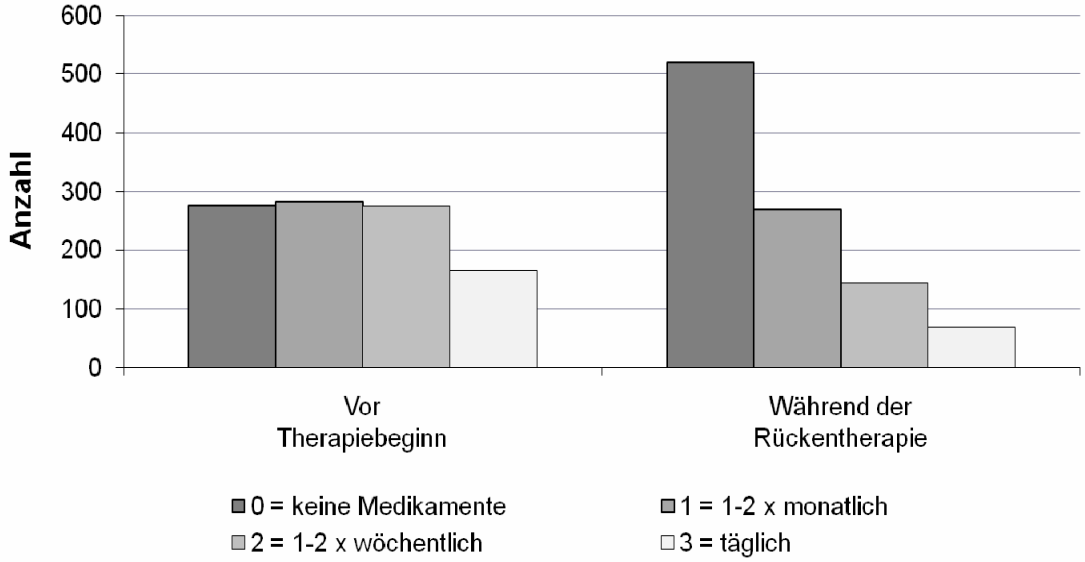


Abb. 1: Anzahl der Patienten sortiert nach der Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme

Krankenhaustage

Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage (KH) betrug 2,6 (sd 8,7) Tage pro Patient in den letzten zwölf Monaten vor Therapiebeginn und verringerte sich hochsignifikant (p<0,001) auf 0,9 (sd 4,3) KH-Tage pro Patient während der zwölfmonatigen Therapie (Effektgröße d>0,90; Teststärke (1-b)>0,99).

Arbeitsunfähigkeitstage

Die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU) nahm signifikant im Therapieverlauf um 5,1 Tage pro Patient ab (Effektgröße d>0,90; Teststärke (1-b)>0,99; vgl. Abb. 2).

* An dieser Stelle werden ausgewählte Ergebnisse nach zwölfmonatiger Therapie bzw. zum dritten Messzeitpunkt vorgestellt. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist im DAK-Gutachten zu finden und kann über den Verfasser bezogen werden.

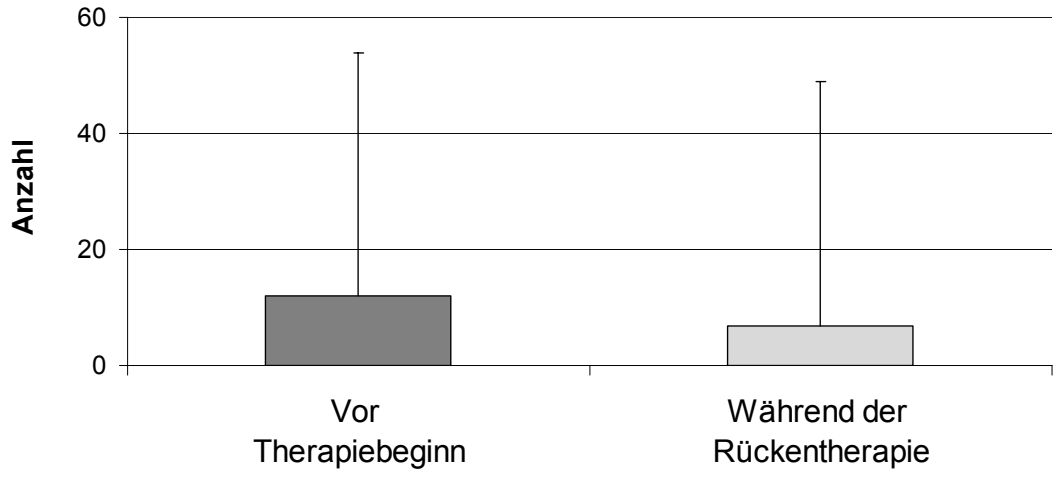


Abb. 2: Anzahl der AU-Tage

Diskussion

Eine zwölfmonatige, multimodal angelegte und standardisierte Therapie des chronischen Rückenschmerzes unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse (Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz) führt zu einem deutlichen Zugewinn an "Rückengesundheit", der sich in der signifikanten Veränderungen der vorher operational definierten und erhobenen Parameter zeigt.

Literatur

Goode, A.P., Freburger, J., Carey, T. (2010): Prevalence, practice patterns, and evidence for chronic neck pain. In: Arthritis Care & Research, Volume 62, Issue 11. 1594-1601.

Hildebrandt, J., Müller, G., Pfingsten, M. (2004): Lendenwirbelsäule - Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. München: Urban Fischer Verlag.

Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (NVL). URL: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl_kreuzschmerz_lang.pdf, Abruf: 03.11.2010.

Förderung eines aktiven Bewegungsalltags - Welche Effekte haben computergestützte Beratungen zusätzlich zur Rehabilitationsbehandlung bei orthopädischen und kardiologischen Rehabilitanden?

Lippke, S. (1,2), Fleig, L. (1), Pomp, S. (1), Pimmer, V. (3)
(1) Freie Universität Berlin, (2) Maastricht University,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Um Teilnehmern in orthopädischen oder kardiologischen Rehabilitationen dabei zu helfen, nach der Behandlung einen körperlich-aktiven Lebensstil aufzubauen und aufrecht zu erhalten, ist es wichtig die Rehabilitationszeit optimal zu nutzen. Die Behandlung umfasst verschiedene Einheiten, um die Bewegungsfähigkeit der Rehabilitanden zu verbessern. Auch wird orthopädischen oder kardiologischen Rehabilitanden empfohlen, körperlich aktiv zu werden bzw. zu bleiben. Oftmals genügt diese Empfehlung jedoch nicht. Damit trotz widriger Umstände ein aktiver Bewegungsalltag realisiert wird, müssen Selbstmanagementkompetenzen zusätzlich gefördert werden. Potentiale dafür bieten neue Medien wie bspw. computergestützte Beratungsprogramme - sog. Expertensysteme. Im nicht-rehabilitativen Kontext haben sich diese als wirksam erwiesen (z. B. Fleig et al., 2010; Lippke et al., 2010; Myung et al., 2009). Unklar ist bisher, inwiefern sich diese Befunde auch auf Rehabilitationskontexte übertragen lassen.

Fragestellung

Inwiefern kann ein computerisiertes Expertensystem dabei helfen, die Selbstregulationskompetenzen von Rehabilitanden zu fördern?

Methode

In drei DRV-Rehabilitationseinrichtungen wurden Studienteilnehmer rekrutiert. Um die Wirksamkeit des Expertensystems zu überprüfen, wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) durchgeführt. Rehabilitanden in der Interventionsgruppe erhielten das Beratungsprogramm; Rehabilitanden in der Kontrollgruppe bekamen einen Fragebogen ohne Interventionskomponenten. Das Beratungsprogramm geht individualisiert auf die Besonderheiten der Rehabilitanden ein und meldet interaktiv Angaben zurück: Zu Beginn und am Ende des Rehabilitationsaufenthaltes erhielt die Interventionsgruppe zur Steigerung ihrer Selbstmanagementkompetenzen Aufgaben (z. B. ihre Aktivität nach der Reha genau zu planen), Tipps (wie andere Menschen mit Schwierigkeiten umgehen) und Trainings (positive Erfahrungen reflektieren). Rehabilitanden in beiden Gruppen wurden zu Beginn und Ende des Rehabilitationsaufenthaltes bzgl. soziodemographischer Charakteristika, Verhalten und sozialkognitiver Variablen befragt. Die Analysen der vorliegenden Studie beziehen sich auf diese beiden Messzeitpunkte und die Kurzzeit-Effekte, da die Langzeit-Katamnese derzeit noch

erhoben wird. N=915 Studienteilnehmer nahmen an beiden Messzeitpunkten teil: 209 kardiologische und 706 orthopädische Rehabilitanden.

Ergebnisse

Sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Interventionsgruppe waren mehr Frauen (58,1 %). Studienteilnehmer waren im Mittel 49,9 Jahre (SD=9,8) und hatten einen selbstberichteten BMI von M=28,17 (SD=5,93). 81,1 % der Rehabilitanden lebten in fester Partnerschaft und 75,3 % waren berufstätig. Jeder zweite gab an, Abitur zu haben (65,8 %).

Der Kontrollgruppe wurden 439 Personen zugewiesen und 476 der Interventionsgruppe. Es wurden keine systematischen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bzgl. Geschlecht, Familienstand, Berufsstand, Berufsausbildung, Übergewicht, Schulbildung, Einkommen, Arbeitsstatus, Gesundheitszustand, Intention und bisherigem Bewegungsverhalten gefunden ($p>.15$). Zum Ende der Rehabilitation hatte sich bei allen Rehabilitanden der Gesundheitszustand verbessert ($M_{Beginn}=3{,}31$; $M_{Ende}=3{,}95$; $F_{Greenhouse\text{-}Geisser}=267{,}64$; $p<.01$; $Eta^2=.24$).

Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigten sich am Rehabilitationsende hinsichtlich der Rehabilitationsbewertung: Die Interventionsgruppe erlebte die Rehabilitation positiver ($F=10{,}23$; $p<.01$; $Eta^2=.01$). Ferner verbesserten sich Selbstregulationskompetenzen (Bewältigungsplanung, volitionale Selbstwirksamkeitserwartung) in der Interventionsgruppe stärker als in der Kontrollgruppe. Auch zeigten sich Erfolge bei der Intention: Die Interventionsgruppe hatten am Ende der Rehabilitation höhere Intentionen bzgl. anstrengender und mittelschwerer körperlicher Aktivitäten ($F=12{,}29$; $p<.01$; $Eta^2=.14$). Keine Unterschiede zeigten sich bzgl. motivationaler Selbstwirksamkeitserwartung und Handlungsplanung ($p>.22$).

Diskussion

Es wurden Kurzzeit-Effekte einer computergestützten Beratung betrachtet und erwartete Effekte gefunden: Die Rehabilitation förderte motivationale Kompetenzen der Rehabilitanden (Selbstwirksamkeit, mit Bewegung nach der Rehabilitation zu starten). Die Rehabilitation unterstützte auch dabei, Pläne zu bilden. Die computergestützte Beratung verstärkte zusätzlich die Intentionen und die volitionale Selbstwirksamkeitserwartung. Ferner half sie, bessere Bewältigungspläne zu entwickeln. Die Intervention konnte somit - zumindest kurzfristig - die Wirksamkeit der Rehabilitation erhöhen. Langzeit-Effekte können nach der Fertigstellung der laufenden Studie evaluiert werden und zeigen, wie sich diese Effekte auf Verhalten und Gesundheit auswirken.

Schlussfolgerung

Das evaluierte Expertensystem stellt eine kosten- und ressourcensparende Möglichkeit dar, Rehabilitanden noch stärker zu motivieren und auf einen aktiven Alltag vorzubereiten. Damit können erzielte Erfolge der Rehabilitation längerfristig erhalten und Rückfälle verringert werden.

Literatur

Fleig, L., Lippke, S., Wiedemann, A.U., Ziegelmann, J.P., Reuter T., Gravert, C. (2010): Förderung von körperlicher Aktivität im betrieblichen Kontext: Ein randomisiertes Kontroll-

gruppen-Design zur Untersuchung von stadienspezifischen Interventionseffekten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 18 (2). 69-78.

Lippke, S., Schwarzer, R., Ziegelmann, J.P., Scholz, U., Schüz, B. (2010): Testing stage-specific effects of a stage-matched intervention: a randomized controlled trial targeting physical exercise and its predictors. Health Education & Behavior, 37 (4). 533-546. - DOI: 10.1177/1090198109359386.

Myung, S.K., McDonnell, D.D., Kazinets, G., Seo, H.G., Moskowitz, J.M. (2009): Effects of web- and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. Archive of Internal Medicine, 169 (10). 929-937.

Internetbetreutes Kräftigungs- und Ausdauertraining verbessert Kraft und Lungenfunktion bei Multiple Sklerose-Patienten

Tallner, A. (1), Mäurer, M. (2,3), Pfeifer, K. (1)

(1) Institut für Sportwissenschaft und Sport der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, (2) Neurologische Klinik des Universitätsklinikums Erlangen, (3) Neurologische Klinik des Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim

Hintergrund

Die positiven Effekte von körperlicher Aktivität und strukturiertem körperlichem Training bei Multiple Sklerose (MS)-Patienten konnten in mehreren Studien gezeigt werden (Tallner, Pfeifer, 2008). Moderne Kommunikationstechniken wie das Internet könnten eine ökonomischere und individuellere Trainingsbetreuung ermöglichen als dies in traditionellen Interventionsformen der Fall ist. Erste Studien haben gezeigt, dass eine Betreuung über Internet in Bezug auf eine Motivierung zu körperlicher Aktivität bei MS-Patienten wirksam ist (Motl et al., 2010). Studien mit strukturierter Betreuung eines Kräftigungs- und/oder Ausdauertrainings über das Internet liegen jedoch bislang für MS-Patienten nicht vor.

Ziel dieser Studie ist, die Machbarkeit und Wirksamkeit eines internetbasierten Ausdauer- und Kräftigungstrainings (e-Training) bei MS-Patienten zu untersuchen.

Methodik, Studiendesign

In einer aktuell laufenden, randomisiert kontrollierten Studie werden MS-Patienten entweder einer Kontrollgruppe (KG; keine Intervention) oder einer Interventionsgruppe (IG) zugewiesen.

Die IG erhält internetbetreutes Ausdauer- und Kräftigungstraining: Patienten führen ihr Training von zu Hause aus durch und dokumentieren ihre Trainingseinheiten über das Internet. Das Heimtraining wird dann von Sporttherapeuten kontrolliert und gesteuert.

Die Assessments erfolgen zu Beginn (T1) und nach 3 Monaten (T2) und umfassen: Isometrische Maximalkraft (Rumpfflexion/-extension, Dynamometrie, M3Diagnos, Schnell, Deutschland); Maximale Sauerstoffaufnahme (VO2max) und Lungenfunktion (Spirometrie und Ergospirometrie, MasterScreen CPX, Carefusion, Deutschland); Lebensqualität (HAQUAMS: Gold et al., 2001) und Fatigue (WEIMuS: Flachenecker, 2008).

Die Ergebnisse wurden mit dem Programm PASW Statistics 18 anhand einer MANOVA mit den Faktoren ZEIT (Innersubjektsfaktor) und GRUPPE (Zwischensubjektsfaktor) analysiert.

Die Studienlaufzeit ist von 9/2009 bis 9/2011.

Ergebnisse

Von den bislang in die Studie eingeschlossenen 85 MS-Patienten (Rekrutierungsziel n=102) haben 32 programmgemäß die Intervention beendet (m: 6; w: 26; Alter 42±8,5; EDSS 2,9±0,8).

Die Patienten in der IG zeigten von T1 vs T2 signifikante Verbesserungen im Vergleich zur KG in Bezug auf:

- Rumpfflexion (Nm): IG: 79,0 vs. 84,7; KG: 85,2 vs 79,8; p=.038
- Rumpfextension (Nm): IG: 151,8 vs. 170,4; KG: 150,5 vs 146,7; p=.049
- Lungenfunktion (Peak expiratory flow, L/sec): IG: 5,2 vs 6,0; KG: 6,4 vs 5,8; p=.005
- VO2max (ml/min/kg): IG: 23,4 vs. 25,6; KG: 24,3 vs 24,4; p=.124
- Fatigue (WEIMuS Score): IG: 22,2 vs 18,8; KG: 22,1 vs. 24,8; p=.215
- Lebensqualität (HAQUAMS Score): IG: 1,86 vs. 1,85; KG: 1,76 vs 1,92; p=.170

Diskussion

Obwohl mit 32 Patienten erst ein Drittel der laut Powerkalkulation erforderlichen Stichprobengröße von n=102 Patienten analysiert werden konnte, zeigen sich bereits Interventionseffekte bezüglich einer Steigerung der isometrischen Maximalkraft und der Lungenfunktion. Die prozentuale Steigerung der Maximalkraft ist vergleichbar zu traditionellen Einzel- oder Gruppenprogrammen ("face to face") mit MS-Patienten (de Souza-Teixera, 2009).

Die Ergebnisse bezogen auf die maximale Sauerstoffaufnahme VO2max, die Fatigue und die Lebensqualität deuten auf Interventionseffekte zugunsten der IG, sind jedoch nicht signifikant.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Aufgrund der vorliegenden Daten kann vermutet werden, dass internetbetreutes Ausdauer- und Kräftigungstraining bei MS-Patienten praktikabel und effektiv ist. Durch das Internet können mehr Patienten betreut werden, und dies individuell, ökonomisch und standardisiert. Dies kann in der symptomatischen Rehabilitation und Nachsorge von Multiple Sklerose-Patienten neue Wege eröffnen.

Literatur

Flachenecker, P., König, H., Meissner, H., Müller, G., Rieckmann, P. (2008): Fatigue bei Multipler Sklerose: Validierung des Würzburger Erschöpfungs-Inventars bei Multipler Sklerose (WEIMUS). Neurologie und Rehabilitation, 14/6. 299–306.

Gold, S. M., Heesen, C., Schulz, H., Guder, U., Münch, A., Gbadamosi, J., Buhmann, C., Schulz, K.H. (2001): Disease specific quality of life instruments in multiple sclerosis: Validation of the Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis (HAQUAMS). Multiple Sclerosis, 7/2. 119-130.

Motl, R.W., Dlugonski, D., Wojcicki, T.R., McAuley, E., Mohr, D.C. (2010): Internet intervention for increasing physical activity in persons with multiple Sclerosis. Multiple Sclerosis. doi:10.1177/1352458510383148.

de Souza-Teixera, F., Costilla, S., Ayan, C., Garcia-Lopez, D., Gonzalez-Gallego, J., de Paz, J.A. (2009): Effects of Resistance Training in Multiple Sclerosis. International Journal of Sports Medicine, 30. 245-250.

Tallner, A., Pfeifer, K. (2008): Bewegungstherapie bei Multipler Sklerose - Wirkungen von körperlicher Aktivität und Training. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 24/3. 102-108.

Evaluation einer Bewegungsintervention mit KHK-Patienten im Rahmen eines Disease-Management-Programms

Eckert, K. (1), Huber, G. (2), Lange, M. (1), Baldus, G. (3)

(1) Institut für Rehabilitationssport, Sporttherapie und Behindertensport, Universität Leipzig,
(2) Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg,
(3) Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Hürth-Efferen

Hintergrund und Fragestellungen

Disease-Management-Programme (DMPs) wurden im Jahre 2002 im Zuge der Gesundheitsreform eingeführt, um dem stetig wachsenden Bedarf an einer vernetzten und ökonomischen Versorgung chronisch Kranker gerecht zu werden (Pfaff et al., 2010). Mittlerweile existieren derartige Versorgungsprogramme für die Indikationen KHK, Diabetes Mellitus Typ I & II, Asthma, COPD und Brustkrebs.

Bewegungsinterventionen zählen bislang nicht zum Versorgungskanon in den DMPs, obwohl die Evidenz körperlicher Aktivität als bedeutende Therapieform in Prävention und Rehabilitation hinlänglich belegt ist (Capewell et al., 2010). Die vorzustellende Untersuchung beschäftigt sich vor diesem Hintergrund mit den Effekten eines strukturierten, evidenzbasierten und verhaltensorientierten Bewegungsintervention im Rahmen eines Disease-Management-Programms für Patienten mit KHK.

Methodik, Studiendesign

Insgesamt nahmen an der multizentrisch und im Wartekontrollgruppendesign (WKG) angelegten Studie n=86 Probanden teil (IG=63; WKG=23). Das Bewegungsprogramm fand einmal wöchentlich über zehn Wochen statt. Im Prä- (t_1) und Posttest (t_2) der Intervention wurden Daten zur Bewegungsaktivität, subjektiven Gesundheitswahrnehmung und Selbstwirksamkeit in Bezug auf körperliche Aktivität mittels Fragebogen erhoben. Zusätzlich wurde von jedem Teilnehmer BMI, Waist-to-Hip-Ratio und die Leistung im 2km-Walktest dokumentiert. Nach Abschluss der Intervention erfolgte eine schriftliche Erhebung der Teilnehmerzufriedenheit hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität.

Ergebnisse

Nach der 10-wöchigen Intervention lagen von 86 Patienten vollständige Datensätze zu t_1 und t_2 vor. Folgende Befunde konnten aufgedeckt werden:

- Bei der Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kam es in der IG zu signifikanten Veränderungen im Bereich der körperlichen Funktionsfähigkeit ($p<0,001$) sowie im Bereich der Schmerzwahrnehmung ($p<0,01$).
- Die Teilnehmer der IG steigerten ihr gesundheitswirksames Aktivitätsverhalten (Freizeit) signifikant und praktisch bedeutsam ($p<0,05$; $d=0,35$), die WKG zeigte keine Veränderungen.
- Beim 2km-Walktest verbesserte sich die IG signifikant ($p<0,001$). Die WKG hingegen blieb statistisch unbedeutend.

Diskussion

Die Untersuchungsergebnisse belegen, dass eine mehrdimensional ausgerichtete, evidenzbasierte und patientenorientierte Bewegungsintervention im Rahmen des DMP für KHK einen positiven Einfluss auf das Aktivitätsverhalten, das konditionelle Leistungsniveau sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. Die aufgedeckten Effekte liefern bereits erste Hinweise darauf, dass die Integration von Bewegungsprogrammen in die DMPs einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität liefern kann.

Literatur

Capewell, S., Ford, E.S., Croft, J.B., Critchley, J.A., Greenlund, K.J., Labarthe, D.R. (2010): Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. Bulletin of the World Health Organization, 88 (2). 120-130.

Pfaff, H., Neugebauer, E.A.M., Glaeske, G., Schrappe M. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung. Stuttgart: Schattauer.

Narrative Übersicht zur Bewegungsdosierung in der Rehabilitation

Thiel, C., Vogt, L., Banzer, W.
Abteilung Sportmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Die Sport- und Bewegungstherapie spielt eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation chronischer Erkrankungen. Zurückgehend auf die United States CDC/Health Canada-Konferenz im Jahr 2000 (Kesaniemi et al., 2001) finden sich zunehmend Bemühungen, Dosis-Wirkungs-Beziehungen zwischen Umfang, Intensität und Darbietung körperlicher Aktivität sowie Therapienutzen zu bestimmen. Die vorliegende narrative Übersicht sondiert die Frage, wie gut die Wirkung von Bewegung in der Rehabilitation bestimmter Zivilisationserkrankungen aktuell wissenschaftlich gesichert ist, und welche Dosis-Wirkungs-Hinweise sich zwischenzeitlich ableiten lassen.

Methodik

Zwischen 2000 und Anfang 2010 verfasste internationale narrative und systematische Übersichtsarbeiten mit der primären unabhängigen Variable Bewegung/körperliche Aktivität wurden anhand definierter Suchwörter in elektronischen Datenbanken gesichtet. Eingeschlossen wurden Arbeiten, die sich auf die bewegungsbezogene Rehabilitation und Therapie der zehn bestuntersuchten chronischen Erkrankungen bezogen, mehr als drei RCT oder mehr als fünf prospektive Kohorten-/Fall-Kontrollstudien im Bereich der bewegungsbezogenen Rehabilitation einschlossen und sich auf Outcomes mit anerkannt hoher klinischer Relevanz konzentrierten. Zur Identifikation der zehn am häufigsten untersuchten chronischen Erkrankungen erfolgte eine Rangbildung basierend auf der Anzahl der Übersichtsarbeiten zur indikationsspezifischen Bewegungstherapie im Auswertungszeitraum. Standardisiert wurde im ersten Schritt die aus diesen Arbeiten hervorgehende Evidenz zur Wirksamkeit von Bewegung in der Therapie analysiert. Im zweiten Schritt wurden systematisch wissenschaftliche Hinweise für krankheitsspezifische Dosis-Wirkungs-Beziehungen gescreent und im Konsens der Autoren eingeordnet. Fokussiert wurde dabei jeweils auf die mögliche Form dieser Beziehung sowie auf die Frage, inwieweit sich eine bewegungstherapeutische Mindest- und Maximaldosis ableiten lässt. Die Ergebnisse werden narrativ in Tabellenform dargestellt.

Ergebnisse

Unter den zehn am häufigsten untersuchten chronischen Erkrankungen waren koronare Herzerkrankung/Herzinfarkt, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfall, Depression, Krebs, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Osteoporose, Rückenschmerzen (LWS) und Arthrose. Im Verlauf der Literaturrecherche wurden 181 Reviews und 232 verwandte Publikationen identifiziert. Das Screening von 413 Abstracts führte zur Analyse von 46 Volltexten. Moderate oder gute Evidenz für die Wirkung von Bewegung auf den Pathomechanismus besteht bei fünf Krankheitsbildern, für die Verbesserung von Lebensqualität oder Funktion bei allen zehn Krankheitsbildern. Aus einer überschaubaren Anzahl von Studien lässt sich für drei Krankheitsbilder das Vorliegen linearer oder sigmoidaler Dosis-Wirkungs-Beziehungen ableiten. Hinweise auf eine Mindestdosis finden sich für ein, auf eine Maximaldosis für zwei der untersuchten Krankheitsbilder.

Diskussion

Für die Mehrzahl der untersuchten Krankheitsbilder scheint bereits eine geringe Bewegungsdosis den Rehabilitationsverlauf zu unterstützen, das Wiedererkrankungsrisiko zu senken oder Funktion und Lebensqualität zu verbessern. Wenngleich sich die präzisen Ausprägungen von Dosis-Wirkungs-Beziehungen momentan nicht evidenzbasiert abbilden lassen, versprechen Steigerungen der Bewegungsdosis meist zusätzlichen Nutzen.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Die Dose-Response-Forschung liefert wichtige Hinweise zur Generierung bewegungstherapeutischer Leitlinien, die wissenschaftliche Kenntnis der Ausprägung outcomespezifischer Dosis-Wirkungs-Beziehungen befindet sich aber noch in einem frühen Stadium. Zukünftige Studien stehen vor der Herausforderung, die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen klinischer Populationen, die Variabilität physiologischer Adaptationen nach chronischer körperlicher Aktivität sowie konfundierende Faktoren angemessen zu berücksichtigen, und gleichzeitig die Bewegungsintervention präzise zu quantifizieren und dokumentieren.

Literatur

Kesaniemi, Y.K., Danforth, E. Jr., Jensen, M.D., Kopelman, P.G., Lefèbvre, P., Reeder, B.A. (2001): Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. Medicine and Science in Sports and Exercise, 33/6. 351-358.

Patientenorientierung in der Bewegungstherapie

Huber, G. (1), Eckert, K. (2)
(1) Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heideberg, (2) Universität Leipzig

Hintergrund und Fragestellungen

Bewegungstherapie stellt eine bedeutsame Therapieform der stationären und ambulanten Rehabilitation dar (Pfeifer et al., 2010). Inhaltlich werden diese Interventionen aber meist von trainingswissenschaftlichen und sportmedizinischen Vorgaben bestimmt. Während die Bedeutung der Patientenorientierung in der Rehabilitation insgesamt wächst, wird deren Relevanz in der Bewegungstherapie erst langsam erkannt (Härter, Simon, 2008). Patientenorientierung und Differenzierung in der Bewegungstherapie sollen die individuellen Vorerfahrungen, Fähigkeiten, Neigungen und Interessen der Rehabilitanden nutzen, um eine nachhaltige Bindung an Bewegungsaktivität zu schaffen. Dazu gehören vor allem die folgenden Fragestellungen:

- Wie ist die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten?
- Welche Art und in welchem Umfang sind die Patienten körperlich aktiv in Beruf, Freizeit und Sport?
- Welche Einstellungen, Erwartungen und Ziele haben die Patienten gegenüber körperlicher Aktivität (Deck,2004)?

Die Analyse dieser patientenseitigen Aspekte lassen sich als Basis für die Optimierung der bewegungstherapeutischen Behandlungsstrategien in der Rehabilitation nutzen.

Methodik, Studiendesign

Die Untersuchung* wurde in Form einer querschnittlichen Einmalbefragung an zehn indikationsbezogen "geschichteten" Rehabilitationskliniken durchgeführt. Erfasst wurden soziodemographische Variablen, Lebensqualität (SF-36), Art und Umfang der körperlichen Aktivität sowie rehabezogene Erwartungen.

Ergebnisse

Insgesamt lagen von 591 Patienten vollständige Datensätze vor. Die Auswertun ergab u. a. folgende Befunde:

- Der Gesamtumfang der körperlichen Aktivität ist bereits vor der Erkrankung zu gering, um gesundheitliche Wirkungen zu haben.
- Mit Eintritt der Erkrankung verringert sich dieser Gesamtumfang dramatisch um die Hälfte.

* Das Projekt wurde von Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert.

- Dieser Rückgang ist bei orthopädischen, pneumologischen und onkologischen Patienten am deutlichsten.
- Dieser Rückgang bezieht sich auf alle Bereiche der körperlichen Aktivität, ist aber im Freizeit- und Sportbereich ausgeprägter als im Basisbereich.
- Der überwiegende Anteil der Patienten ist beruflich wenig bis gar nicht körperlich belastet, so dass sich daraus keine Kompensationswirkung ergibt.
- Dagegen ist der Anteil der Patienten, die sich als sportlich aktiv bezeichnen, relativ hoch. Dies hält einer genauen Überprüfung nicht stand.
- Der Anteil sportlicher Aktivität ist bereits vor der Erkrankung viel zu niedrig und entspricht einem Aktivitätsumfang von etwa 1 Stunde Walking vor der Erkrankung und weniger als 30 Minuten nach der Erkrankung. Nicht am Tag, sondern pro Woche!

Diskussion

Die Befunde belegen, dass die Bewegungstherapie dringend einer verstärkten Patientenorientierung bedarf, um deren Effektivität zu erhöhen. So ist zu überlegen, ob die bisherigen Inhalte und Vermittlungskonzepte der Bewegungstherapie geeignet sind, im Rahmen der stationären Rehabilitation die notwendigen Aufgaben zu erfüllen. Es ist zu überprüfen, ob die angebotenen Programme der Bewegungstherapie eine ausreichende Differenzierung bieten, die der Idee einer Patientenorientierung entspricht. Dies kann bereits ein wichtiger Beitrag zum Abbau einer möglicherweise bestehenden bewegungstherapeutischen Fehl-, Über- oder Unterversorgung sein.

Weiterhin sollten für die wichtigsten Indikationsgruppen der stationären Rehabilitation die hier gemachten Befunde repliziert werden

Literatur

Deck, R. (2004): Welchen Einfluß haben Reha-Informationen auf Reha-Erwartungen und -Ergebnisse? In: Petermann, F., Ehlebracht-König, I. (Hrsg.): Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung. Regensburg: Roderer. 63-76.

Härter, M., Simon, D. (2008): Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Rehabilitation (Shared decision making). In: Deck, R., Glaser-Möller, N., Remé, Th. (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung - Der Rehabilitand im Mittelpunkt. Lage: Jakobs Verlag. 81-96.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S., Huber, G. (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation - Wirkungen, Qualität, Perspektiven. Die Rehabilitation, 49. 224-236.

Depressive Symptome hemmen selbstregulative Strategien zur Ausübung von körperlicher Aktivität nach der Rehabilitation

Pomp, S. (1), Lippke, S. (1,2), Fleig, L. (1), Schwarzer, R. (1)

(1) Freie Universität Berlin, (2) Universität Maastricht

Hintergrund

Die Förderung von körperlicher Aktivität ist entscheidend für langfristige gesundheitliche Stabilität nach der Rehabilitation. Vielen Rehabilitanden fällt es allerdings schwer, eigenständig nach der Reha aktiv zu bleiben. Hinzu kommt, dass es eine hohe Prävalenz von depressiven Symptomen bei Rehabilitanden gibt und Personen mit depressiven Symptomen oft weniger Gesundheitsverhalten zeigen als Personen ohne depressive Symptome. Obwohl solche Personen oft weniger Verhalten zeigen, könnten sie im Vergleich zu psychisch gesunden Rehabilitanden aber zweifach von körperlicher Aktivität profitieren: auf physischer und psychischer Ebene. Aus diesem Grunde ist es wichtig zu untersuchen, welche Strategien speziell Rehabilitanden mit depressiven Symptomen bei der Ausübung von körperlicher Aktivität unterstützen können oder welche eher ungeeignet sind. Bisherige Forschung zeigt, dass in der Regel ein hoher Grad an selbstregulativen Strategien die Umsetzung von Intention in körperliche Aktivität fördert (Sniehotta et al., 2006). Depressive Symptome sind allerdings mit einer Einschränkung der Selbstregulation assoziiert (Detweiler-Bedell et al., 2008). Dies führt zu der Annahme, dass bei Personen mit depressiven Symptomen selbstregulative Strategien für die Ausübung von körperlicher Aktivität weniger effizient sein könnten (Pomp et al., 2010).

Fragestellung und Hypothesen

Diese Studie untersuchte, ob die Intention zu körperlicher Aktivität über selbstregulative Strategien in Verhalten umgesetzt wird, und ob dieser Prozess bei Rehabilitanden mit depressiven Symptomen beeinträchtigt ist.

Methode

In drei DRV-Rehabilitationseinrichtungen wurden 277 kardiologische und orthopädische Rehabilitanden per Computer zu zwei Messzeitpunkten befragt. Zu Beginn der Rehabilitation wurden körperliche Aktivität vor der Rehabilitation, Intention zu körperlicher Aktivität nach der Rehabilitation, Handlungskontrolle (selbstregulative Strategien) und depressive Symptome erfasst. Sechs Wochen nach der Rehabilitation wurde erneut die körperliche Aktivität erhoben. Es wurde mittels Mediations- und Moderationsanalysen getestet, ob Handlungskontrolle als Mediator zwischen Intention und Verhalten fungiert und dieser Prozess durch depressive Symptome moderiert wird.

Ergebnisse

Handlungskontrolle mediierte den Pfad von Intention zu körperlicher Aktivität. Dieser Mediationseffekt wurde von depressiven Symptomen moderiert: Je höher die Ausprägung der depressiven Symptome war, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit, dass Intention zu körperlicher Aktivität über Handlungskontrolle in Verhalten umgesetzt wurde. Der Mediationseffekt wurde bis zu einem Skalenwert von 2 auf der Depressionsskala (Range 1-6) signifikant

($p<.05$). Der Moderationseffekt zeigte sich in der Interaktion von Intention und depressiven Symptomen auf Handlungskontrolle. D. h. höhere Werte auf der Intentionsskala waren mit höheren Ausprägungen auf der Skala Handlungskontrolle assoziiert. Eine hohe Intention in Kombination mit verstärkten depressiven Symptomen führte nicht zu höherer Handlungskontrolle.

Diskussion

Es konnte gezeigt werden, dass bei Rehabilitanden mit keinen oder wenigen depressiven Symptomen die Intention für körperliche Aktivität über selbstregulative Strategien in Verhalten umgesetzt wurde. Rehabilitanden mit vermehrten depressiven Symptomen wendeten keine selbstregulativen Strategien an, um nach der Rehabilitation körperlich aktiv zu sein.

Schlussfolgerung

Diese Studie zeigt auf, welche möglichen Schwierigkeiten sich bei Personen mit depressiven Symptomen bei der Umsetzung von Zielen zur körperlichen Aktivität ergeben können. Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob Personen mit depressiven Symptomen von Interventionen zur Steigerung selbstregulative Strategien im Hinblick auf ihre körperliche Aktivität profitieren können. Zudem sollte die Wirksamkeit von externen Strategien (z. B. soziale Unterstützung, soziale Kontrolle) für Ausübung von körperlicher Aktivität bei Personen mit depressiven Symptomen untersucht werden. Weitere Forschung kann ermöglichen, dass Programme zur Förderung von körperlicher Aktivität bei Personen mit depressiven Symptomen besser auf die Bedürfnisse dieser Personen angepasst werden können.

Literatur

Detweiler-Bedell, J.B., Friedman, M.A., Leventhal, H., Miller, I.W., Leventhal, E.A. (2008): Integrating co-morbid depression and chronic physical disease management: Identifying and resolving failures in self-regulation. Clinical Psychology Review, 28 (8). 1426-1446.

Pomp, S., Lippke, S., Fleig, L., Schwarzer, R. (2010): Synergistic Effects of Intention and Depression on Action Control: Longitudinal Predictors of Exercise after Rehabilitation. Mental Health and Physical Activity, 3. 78-84.

Sniehotta, F.F., Nagy, G., Scholz, U., Schwarzer, R. (2006): The role of action control in implementing intentions during the first weeks of behavior change. British Journal of Social Psychology, 45. 87-106.

Die Dosis der Bewegungstherapie in der Rehabilitation nach Hüft- oder Knieendoprothese - Eine Bestandsaufnahme

Hendrich, S. (1), Zech, A. (2), Schmitt, B. (3), Pfeifer, K. (1)

(1) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, (2) Fachbereich Bewegungswissenschaft, Universität Hamburg, (3) Kaiserberg-Klinik, Bad Nauheim

Hintergrund und Stand der Literatur

Die Versorgung mit einer Hüft-TEP führt bei den Betroffenen zu einer unmittelbaren Verbesserung von Schmerz, Funktion und Lebensqualität (Montin et al., 2008). Allerdings bleiben die Kraft der das Hüftgelenk umspannenden Muskulatur, die Gelenkbeweglichkeit und die Ausdauerleistungsfähigkeit häufig auch Jahre nach der Operation noch reduziert (Trudelle-Jackson, Smith, 2004). Um diesen Funktionsdefiziten zu begegnen, werden in der Rehabilitation vielfältige bewegungsbezogene Interventionsformen eingesetzt (Müller et al., 2009). Jedoch existieren gegenwärtig keine einheitlichen Standards für die bewegungstherapeutische Nachbehandlung von Knie- oder Hüft-TEP-Patienten.

Zweck der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Studie war in einer ersten Annäherung die Erfassung der Therapiedosis der Bewegungstherapie in der stationären Rehabilitation nach Knie- oder Hüft-TEP (Umfang und Intensität) und die Analyse von Dosis-Wirkungs-Beziehungen.

Methodik, Studiendesign

Es konnten 65 Patienten nach Erstimplantierung einer unilateralen Hüft- (n=29) oder Knie-TEP (n=36) in die Beobachtungsstudie eingeschlossen werden. Verordnungen zur bewegungstherapeutischen Nachbehandlung unterlagen dem Kostenträger sowie den Ärzten und Therapeuten des Rehabilitationssettings und wurden von den Untersuchern der Studie nicht beeinflusst. Mit Hilfe eines Therapietagebuchs wurden Inhalte, Umfänge, Dauer, Häufigkeit und Intensität (Borg Skala 6-20) der Bewegungstherapie dokumentiert und in Bezug zu Veränderungen der Funktionalität gesetzt. Die allgemeine und gelenkbezogene Funktionalität vor Beginn und zum Ende der Rehabilitation wurde mittels WOMAC (Primäroutcome), SF36 und der Diagnostik der Gelenkbeweglichkeit erfasst. Statistisches Verfahren zur Überprüfung der rehabilitationsbedingten Veränderungen war die ANOVA mit Messwiederholung und für Dosis-Wirkungszusammenhänge der Pearson-Korrelationskoeffizient.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des WOMAC Scores zeigen signifikante Veränderungen über die Zeit für Patienten mit Hüft-TEP (74,45±37,14 vs. 59,07±24,66; $p<0,05$; $f = 0,45$) und für Patienten mit Knie-TEP (101,86±43,31 vs. 82,0±35,25; $p<0,01$; $f = 0,61$). In weiteren sekundären Outcomes (Kniegelenk- und Hüftgelenkflexion) zeigen sich signifikante Veränderungen ($p<0.05$). Bezogen auf die gesamte Dauer der stationären Rehabilitation von 18,9±3,0 Tagen (Hüft-TEP) bzw. 17,5±2,5 Tagen (Knie-TEP) lag der Gesamtumfang der Bewegungstherapie bei 18,4±8,6 (Hüft-TEP) bzw. 15,5±4,9 Stunden (Knie-TEP). Das mit der Borg-Skala erfasste subjektive Belastungsempfinden ergab für Hüft- und Knie-TEP-Patienten

durchgängig niedrige Belastungsintensitäten (11,1±1,9 bzw. 11,8±1,3). Zusammenhänge zwischen den Veränderungen der Funktionalität und der Therapiedosis konnten nicht aufgezeigt werden.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen deutliche Verbesserungen der Hüft- bzw. Kniefunktion über den Rehabilitationszeitraum, die mit nur unterschwelligen Belastungsintensitäten erzielt wurden. Offen ist, inwieweit weitere Verbesserungen durch eine Heraufsetzung der Trainingsintensität erzielt werden können. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit zur Untersuchung von Dosis-Wirkungs-Aspekten als Grundlage einer effizienten Gestaltung und Steuerung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation nach Knie- oder Hüft-TEP. Insbesondere die Berücksichtigung individueller Ausgangszustände stellt bei der Dosierung von Bewegungstherapie in Zukunft eine Herausforderung dar. In einer an die hier vorgestellte Studie anschließenden randomisiert kontrollierten Interventionsstudie wird die bewegungstherapeutische "Standard-Reha" im Bereich MTT hin zu einer höheren Trainingsintensität modifiziert.

Literatur

Montin, L., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., Lepistö, J. (2008): A systematic review of empirical studies between 1966 and 2005 of patient outcomes of total hip arthroplasty and related factors. Journal of Clinical Nursing, 17/1. 40-45.

Müller, E., Mittag, O., Gülich, M., Uhlmann, A., Jäckel, W. (2009): Systematische Literaturanalyse zu Therapien in der Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenks-Total-Endoprothesen: Methoden, Ergebnisse und Herausforderungen. Die Rehabilitation, 48. 62-72.

Trudelle-Jackson, E., Smith, S. (2004): Effects of a late-phase exercise program after total hip arthroplasty: A randomized controlled trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85/7. 1056-1062.

Passung von Sport- und Bewegungsprogrammen in der Bewegungstherapie - Ein feldexperimentelles Beispiel aus dem Freizeit- und Gesundheitssport

Sudeck, G., Lehnert, K., Conzelmann, A.
Universität Bern

Hintergrund

Für die Gestaltung von Sport- und Bewegungsprogrammen innerhalb der Bewegungstherapie stellt sich die Herausforderung, die individuellen körperlichen und psychischen Voraussetzungen von Rehabilitanden bestmöglich zu berücksichtigen. Der Vorteil einer solchen Patientenorientierung in der Bewegungstherapie ist darin zu sehen, dass sich Möglichkeiten zur Steigerung der Wirksamkeit im Hinblick auf (körperliche) Gesundheitswirkungen, aber auch auf das subjektive Wohlbefinden sowie positive Erlebnisqualitäten beim Sporttreiben bieten. Damit kann eine größere Akzeptanz gegenüber den Sport- und Bewegungsangeboten einhergehen, so dass sich insgesamt günstigere Bedingungen für eine nachhaltige Förderung körperlich-sportlicher Aktivitäten bieten. In der medizinischen Rehabilitationspraxis liegt der Fokus vorwiegend auf körperlichen Voraussetzungen der Rehabilitanden, die den objektiven Bedarf ausmachen und auf die mit einer adäquaten Belastungsgestaltung auf Basis medizinisch-trainingswissenschaftlicher Erkenntnisse eingegangen werden kann. Deutlich weniger systematisch wird bislang auf psychische Voraussetzungen von Rehabilitanden eingegangen, die insbesondere in Form von individuellen Beweggründen für körperlich-sportliche Aktivitäten den subjektiven Bedarf darstellen. In diesem Beitrag wird anhand eines empirischen Beispiels aus dem Freizeit- und Gesundheitssport der Frage nachgegangen, welche Vorteile eine primär auf die individuellen Beweggründe maßgeschneiderte Gestaltung von Sport- und Bewegungsprogrammen im Hinblick auf das subjektive Erleben sportlicher Aktivitäten hat.

Methode

Ausgangspunkt der Entwicklung maßgeschneiderter Sport- und Bewegungsprogramme waren etwa 75-minütige Assessments mit Angestellten der Berner Hochschulen. Diese umfassten ein Leitfadeninterview zu früheren und aktuellen Sportaktivitäten, eine computergestützte Befragung zu sportbezogenen Motiven und Zielen sowie eine motorische Testbatterie. Zur Ausdifferenzierung der Zielgruppe (Diagnostik von "motivbasierten Sporttypen"; Sudeck et al., in Druck) wurden 228 Teilnehmende (Alter: M = 48,2 Jahre, SD = 8,1; 61 % Frauen) clusteranalytisch anhand von Motiv- und Zielbereichen (BMZI mit den Dimensionen Fitness/Gesundheit, Figur/Aussehen, Ablenkung/Katharsis, Aktivierung/Freude, sozialer Kontakt, Ästhetik, Wettkampf/Leistung; Lehnert et al., in Druck) differenziert, um darauf aufbauend Gruppen zu bilden, die zu fünf unterschiedlichen Sportangeboten eingeladen wurden. Die Passung der Sport- und Bewegungsprogramme wurde primär auf die Motive und Ziele sowie des Weiteren auf die motorischen Fähigkeiten der jeweiligen Sporttypen abgestimmt. Innerhalb von zwei 14-wöchigen Interventionsphasen wurden jeweils an drei 60-minütigen Kursterminen Befragungen mittels Handheld-PCs vor, zweimal während und nach der Sportaktivität durchgeführt. Die an diesen Befragungen teilnehmenden 110 Personen wurden u. a. nach ihrem aktuellen Wohlbefinden in den Dimensionen Valenz, Ruhe und po-

sitive Aktivierung (Wilhelm, Schoebi, 2007) befragt. Den Analysen liegen die Daten der ersten Teilnahme einer Person an einer der beiden Interventionsphasen zu Grunde. Pro Teilnehmer/-in wurden die Informationen für bis zu drei erfasste Kurstermine aggregiert. Die Auswertungen erfolgten anhand von t-tests und ANOVAs.

Ergebnisse

Es zeigten sich für Personen, die an einem passenden Sportprogramm teilnahmen, deutliche Verbesserungen des aktuellen Wohlbefindens vom Anfang bis zum Ende der Kurseinheit (Valenz: ES = 1,13; positive Aktivierung: ES = 1,13; Ruhe: ES = 1,02; je $p < 0,05$), die im Vergleich zu meta-analytisch berichteten Effektstärken auf eine gelungene Passung hindeuten. Zwischen den verschiedenen Sport- und Bewegungsprogrammen waren darüber hinaus unterschiedliche Verläufe der Valenz und der Ruhe zu beobachten (Programm x MZP: $\eta^2_{Valenz} = 0,16$, $\eta^2_{Ruhe} = 0,16$, je $p < 0,05$).

Diskussion

Die Ergebnisse geben einen Hinweis darauf, dass motivationale Voraussetzungen eine moderierende Rolle für Wohlbefindenseffekte sportlicher Aktivitäten einnehmen. Neben dem positiven Einfluss der Passung zeigen die programmspezifischen Verläufe des Wohlbefindens, dass das subjektive Erleben jeweils in Abhängigkeit der individuellen Voraussetzungen und des spezifischen Sport- und Bewegungsprogramms zu betrachten ist. Die Ergebnisse bekräftigen somit insgesamt das Potenzial, das in einer systematischen Berücksichtigung von individuellen Beweggründen bei der Konzeption von Sport- und Bewegungsprogrammen liegt. Es ermöglicht die Förderung eines positiven subjektiven Erlebens sportlicher Aktivitäten, worauf die Förderung körperlich-sportlicher Aktivitäten effektiv aufbauen kann. Für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation wären daher über die Berücksichtigung körperlicher Voraussetzungen hinaus Freiräume zu reflektieren, in denen verstärkt auch psychische Voraussetzungen der Rehabilitanden systematisch in die Konzeption von Sport- und Bewegungsprogrammen einfließen können.

Literatur

Lehnert, K., Sudeck, G., Conzelmann, A. (in Druck): BMZI - Berner Motiv- und Zielinventar für den Freizeit- und Gesundheitssport. Diagnostica.

Sudeck, G., Lehnert, K., Conzelmann, A. (in Druck): "Motivbasierte Sporttypen" - Auf dem Weg zur Personorientierung im zielgruppenspezifischen Freizeit- und Gesundheitssport. Zeitschrift für Sportpsychologie.

Wilhelm, P., Schoebi, D. (2007): Assessing mood in daily life. Structural validity, sensitivity of change, and reliability of a short-scale to measure three basic dimensions of mood. European Journal of Psychological Assessment, 23. 258-267.

Welche bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen sind sinnvoll in Rehabilitation und Nachsorge bei Kopfschmerzen? - Ergebnisse eines systematischen Reviews

Schupp, W. (1), Wehrfritz, B. (2), Pfeifer, K. (2)

(1) Abteilung Neurologie und Neuropsychologie, Fachklinik Herzogenaurach,
(2) Institut für Sportwissenschaften und Sport,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Hintergrund

Kopfschmerzen sind ein häufig zu behandelnder Beschwerdekomplex in vielen Indikationsgebieten der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge, sei es als primäre Einweisungsdiagnose, sei es als relevante Nebendiagnose. Neben Medikamenten, Entspannungsverfahren haben bewegungs- und sporttherapeutische Interventionen einen hohen Stellenwert im multimodalen Behandlungskonzept. Allerdings gibt es keine konkreten Empfehlungen zu Art und Inhalt bewegungs-, physio- und/oder sporttherapeutischer Interventionen bei den verschiedenen Kopfschmerzen. Darüberhinaus sind akute Kopfschmerzen auch eine häufige Entschuldigung, warum Patienten während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bewegungs- oder sporttherapeutische Behandlungstermine nicht wahrnehmen. Ist hier Schonung gerechtfertigt? Diese Fragen waren Anlass für ein aktuelles systematisches Review der Literatur zu diesem Themenkomplex im Rahmen einer sportwissenschaftlichen Diplomarbeit, um daraus Empfehlungen für die praktische Arbeit in der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge abzuleiten.

Methodik

Zwischen März und Juni 2009 wurden in relevanten medizinischen und sportwissenschaftlichen Datenbanken nach Studien zu diesem Thema im Veröffentlichungszeitraum von Januar 1990 bis Juli 2009 mit einem standardisierten Schlüsselwort-Algorithmus gesucht. Meta-Analysen und Reviews gab es kaum. Die 149 gefundenen Studien wurden nach methodischen und qualitativen Kriterien der evidenz-basierten Medizin systematisch geordnet und bewertet. Einschlußkriterium war, dass entweder körperliche Aktivität (einschl. Physiotherapie), mindestens eine Sportart oder mindestens eine sportliche Hauptbeanspruchungsform einen systematischen Effekt gegenüber Kopfschmerzempfinden hervorgerufen haben. Interventionen, die keine Details über körperliche Aktivität oder Sport berichteten, wurden ausgeschlossen. Zur inhaltlichen Bewertung der verbliebenen 66 Studien wurden Qualitätskriterien in einem vorformulierten systematischen Bewertungsbogen herangezogen. Damit ließ sich die Qualität der Evidenz in 5 Kategorien einstufen. Das Vorgehen erfolgte analog der DGNR-Leitlinien-Kommission (Platz, Quintern, 2009)

Folgende Kopfschmerzarten wurden berücksichtigt: Migräne, Spannungskopfschmerz, zervikogener Kopfschmerz; darüber hinaus ergab sich noch eine Restkategorie von Kopfschmerzen allgemein.

Ergebnisse

Bei Migräne ergibt sich eine sehr gut belegte Wirksamkeit multidimensionaler sporttherapeutischer bzw. physiotherapeutischer Interventionen (Bronfort et al., 2009). An zweiter Stelle stehen, weniger gut nachgewiesen, allgemeine körperliche Aktivität und aerobes Ausdauertraining. Für die Wirkung von Krafttraining bei Migräne gibt es nur wenige und widersprüchliche Aussagen. Dagegen gibt es bei Spannungskopfschmerzen (Lenssinck et al., 2004) eine hohe Evidenz für die Wirksamkeit von Krafttraining, Tai-Chi, Entspannungsmethoden und Physiotherapie. Allgemeine sportliche Aktivität wirkt bei dieser Kopfschmerzform ebenfalls, die Evidenz hierfür ist jedoch nur von mittlerer Qualität. Sehr wenig und wenig gute Evidenz gibt es zu aerobem Ausdauertraining und kognitiv-mentalem Training bei Spannungskopfschmerz. Für zervikogenen Kopfschmerz (Jull, Stanton 2005) gibt es gute Ergebnisse mit qualitativ hoher Evidenz für physiotherapeutische Methoden, zu bewegungs- und sporttherapeutischen Methoden ist aufgrund der Studienlage keine Aussage möglich.

Zum Risiko, dass unter sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen Kopfschmerzen auftreten oder sich verstärken, ist aufgrund der Studienlage keine evidenzbasierte Aussage möglich. Es gibt lediglich Hinweise, dass Krafttraining zu einer Zunahme der primären Kopfschmerzformen führen kann (Ramadan, 2004).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen scheinen nach einem systematischen Review der aktuellen Literatur sinnvolle Bestandteile eines multimodalen Behandlungskonzeptes in der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge bei primärem Kopfschmerz zu sein. Aus der Literatur lässt sich eine gewisse differenzielle Indikation für unterschiedliche Formen ableiten: Bei Migräne stehen multidisziplinäre Interventionen, auch in Kombination mit Physiotherapie im Vordergrund; bei Spannungskopfschmerz gibt es dagegen die besten Belege für Effekte von Krafttraining einerseits und (körperorientierten) Entspannungsmethoden andererseits. Bei zervikogenem Kopfschmerz hat Physiotherapie den Vorrang. Die Befürchtung, durch bewegungs- oder sporttherapeutische Angebote eine vorbestehende Kopfschmerzproblematik zu verstärken, wird durch die Literatur nicht gestützt; lediglich bei Krafttraining sollte man zurückhaltend sein.

Literatur

Bronfort, G., Nilsson, N., Haas, M., Evans, R.L., Goldsmith, C.H., Assendelft, W.J.J., Bouter, L.M. (2009): Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD001878.

Jull, G.A., Stanton, W.R. (2005): Predictors of responsiveness to physiotherapy management of cervicogenic headache. Cephalagia, 25/2. 101-108.

Lenssinck, M.L., Damen, L., Verhagen, A.P., Berger, M.Y., Passchier, J., Koes, B.W. (2004): The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review. Pain, 112/3. 381-388.

Platz, Th., Quintern, J. (2009): Methodik der Leitlinien-Entwicklung der Leitlinien-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR). Neurologie & Rehabilitation, 15/2. 75-80.

Ramadan, N.W. (2004): Sports-related headache. Current Pain and Headache Reports, 8/4. 301-305.

Motivational-volitionale Interventionen in der Sport- und Bewegungstherapie - Ein Beitrag zur Implementationsforschung in der orthopädischen Rehabilitation

Höner, O. (1), Sudeck, G. (2), Ulitsch, A. (1), Lowis, H. (3), Kosmützky, G. (4)
(1) Eberhard-Karls Universität Tübingen, (2) Universität Bern,
(3) Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster am Stein-Ebernburg, (4) Klinik Berlin, Bad Driburg

Hintergrund

Für die Nachhaltigkeit der Sport- und Bewegungstherapie in der orthopädischen Rehabilitation ist die Bindung an eigenständig durchgeführte Sportaktivitäten im Alltag eine unverzichtbare Vorgabe, um kurzfristig erreichte (physische) Funktionsverbesserungen stabilisierend auszubauen und das weitere psychosoziale Gesundheitspotenzial sportlicher Aktivitäten anzuvisieren (z. B. Pfeifer et al., 2010). Die sportpsychologische Forschung hat für die Förderung von sportlichen Aktivitäten mit dem VIN-CET-Konzept (Höner, Sudeck, 2009) und dem MOVO-Lisa-Konzept (Göhner, Fuchs, 2007) Interventionskonzepte für die Rehabilitation entwickelt und deren Wirksamkeit zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivitäten in wissenschaftlichen Evaluationsstudien aufgezeigt. Zweck einer von der DRV Bund in Auftrag gegeben Implementationsstudie an der DRV-Klinik Berlin in Bad Driburg war die Bewertung der Umsetzbarkeit von motivational-volitionalen Interventionskonzepten in der regulären Rehabilitationspraxis.

Intervention

Auf Basis der beiden oben benannten Interventionskonzepte wurde eine motivational-volitionale Intervention für Rehabilitanden in der stationären orthopädischen Rehabilitation mit spezifischem Blick auf die Bedürfnisse der Rehabilitationsklinik entwickelt. Dazu wurden die bestehenden Klinikressourcen zum Ausgangspunkt der Implementation genommen, um ein weitestgehend kostenneutrales Interventionskonzept zu suchen. Umgesetzt wurde dies im Rahmen eines partizipativen Ansatzes in der Vorbereitung der Implementation. Die Bedürfnisse und Möglichkeiten der orthopädischen Klinikabteilung ließen eine Umsetzung eines motivational-volitionalen Therapiemoduls in drei Gruppensitzungen à 60 Minuten mit geschlossenen Gruppen präferieren. Die Sitzungen sollten in erster Linie von Sporttherapeuten durchgeführt werden, die die Stundeninhalte entlang einer begleitenden Broschüre standardisiert durchführen sollten. Durch eine Schulung, die von einem interdisziplinären Team aus zwei Sportwissenschaftlern, einem Sporttherapeuten mit Erfahrungen in der Umsetzung des VIN-CET-Konzepts sowie einem Psychologen realisiert wurde, wurden die Therapeuten theoretisch fortgebildet und auf die Interventionsumsetzung vorbereitet. Eine Kurzdiagnostik zum Sport- und Bewegungsverhalten zu Beginn der Reha, die von den behandelnden Ärzten durchgeführt wurde, sollte jene Personen für das neue Therapiemodul auslesen, bei denen bereits eine Motivation für körperlich-sportliche Aktivitäten vorhanden war, jedoch Probleme mit der Initiierung und Stabilisierung des Verhaltens bestand.

Evaluation

Die Evaluation zielte global auf die Bewertung der Implementation des neuen Therapiemoduls. Spezifische Evaluationsaspekte bezogen sich auf die Akzeptanz und Qualität der Schulung sowie die Durchführbarkeit der Intervention unter alltagspraktischen Bedingungen. Zur Informationsgewinnung wurden schriftliche Befragungen zur Therapeutenschulung sowie qualitative Interviews mit sechs an der Umsetzung der Maßnahme beteiligten Sport- und Physiotherapeuten durchgeführt. Die Auswertung der Evaluationsbögen zur Therapeutenschulung erfolgte deskriptiv, insofern Antworthäufigkeiten und Mittelwerte auf einer Bewertungsskala von 0 (negativ) bis 6 (positiv) für die Fragebereiche "Bewertung der Referenten", "Bewertung der Schulung" und "Bewertung der Schulungsmaterialen" analysiert wurden. Die Interviewdaten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Die Therapeutenschulung erhielt sehr gute Bewertungen. Die mittleren Bewertungen lagen in allen drei Fragenbereichen mehrheitlich über M = 5.0. Die Ergebnisse der Interviews zur Einführung der Intervention ergaben ein positives Bild. Konzeptionell zeichnete sich die Intervention aus Sicht der Therapeuten durch eine gute Kombinierbarkeit mit anderen Therapiebereichen aus (z. B. Einbezug von praktischen Erfahrungen aus der Sporttherapie). Darüber hinaus waren die Inhalte leicht verständlich aufgearbeitet, so dass inhaltlich ein klares Konzept vermittelt werden konnte. Besonders positiv wurde die Therapeutenschulung erlebt sowie die Bereitstellung zusätzlicher Materialien (Infos für die Gruppenleiter und Patientenbroschüren). Problematisch wurde die Kurzdiagnostik der anvisierten Zielgruppe angesehen, da dem Therapiemodul z. T. Personen mit einer nicht ausreichend ausgeprägten Absicht zur Steigerung sportlicher Aktivitäten zugewiesen wurden.

Diskussion

Eine Bewertung des begleiteten Implementationsprozesses fällt aufgrund der überwiegend guten Rückmeldungen seitens der Klinikmitarbeitenden positiv aus, welche den Wunsch nach einer langfristigen Fortführung äußerten. Für die Weiterführung der Intervention in der regulären Rehabilitationspraxis zeigte sich von Vorteil, dass die bestehenden Klinikressourcen zum Ausgangspunkt der Implementation genommen wurden und eine mittelfristig wenig kostenintensive Umsetzung ermöglicht wurde.

Literatur

Göhner, W., Fuchs, R. (2007): Änderung des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.

Höner, O., Sudeck, G. (2009): Förderung von Sport- und Bewegungsaktivitäten: Evaluation eines Interventionsprogramms in der kardiologischen Rehabilitation. Niedernhausen: Schors.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S., Huber, G. (2010): Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation - Wirkungen, Qualität und Perspektiven. Die Rehabilitation, 49. 224-236.

Prädiktoren postrehabilitativer körperlicher Aktivität bei kardiologischen RehabilitandInnen: Ein Anwendungsbeispiel des HAPA-Modells

Schleicher, S. (1), Schmidt, C. (1), Schleicher, R. (2), Spyra, K. (1), Brünger, M. (1)

(1) Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Quality and Usability Lab, Technische Universität Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Durch körperliche Aktivität lässt sich maßgeblich das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen senken. In der kardiologischen Rehabilitation gehört die Bewegungstherapie zu den vier Behandlungssäulen (Rauch et al., 2007). Langzeit-Trainingsprogramme konnten zeigen können, dass sich die kardiale Mortalität um 31 % senken ließ (Joliffe et al., 2003). Allerdings hält nur ein geringer Teil diese Empfehlungen auch nach Reha-Ende ein. So beträgt die Teilnahmequote an ambulanten Herzgruppen nur 15-40 Prozent (Rauch et al., 2007).

Mit dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handels (HAPA; Schwarzer, 2001) wurde ein Modell zur Beschreibung von Verhaltensänderung entwickelt, das zwischen einer motivationalen Phase, in der eine Absicht zur Ausübung eines Verhaltens entwickelt wird, und einer volitionalen Phase, in der es tatsächlich ausgeführt wird, unterscheidet. Als stärkste Prädiktoren für die Intentionsbildung und daran anschließende sportliche Aktivität haben sich die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, die Ergebniserwartungen und die Wahrnehmung des gesundheitsbezogenen Risikos erwiesen (Sniehotta et al., 2005). Bislang durchgeführte Studien zum HAPA-Modell haben unterschiedliche Patientengruppen untersucht. Anhand der vorliegenden Studie soll der Versuch unternommen werden, die Stabilität der Vorhersage von Intention und tatsächlich andauernd ausgeführter körperlicher Aktivität an einer Stichprobe kardiologischer RehabilitandInnen zu überprüfen.

Methode

Empirische Basis der Sekundäranalysen sind Daten der von der DRV Westfalen geförderten Studie CARO-ZIR - Multizentrische Studie zur Effektivität der kardiologischen Rehabilitation (2007-2008). Eingeschlossen wurden Patienten mit akutem Myocardinfarkt und nach Bypass-Operation. An der Studie haben insgesamt zehn Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen. Insgesamt wurden 621 Patienten (77,5 % Männer, 22,5 % Frauen) eingeschlossen. Der Altersmittelwert lag bei 58,4 Jahren (SD=10,6). Erhebungszeitpunkte waren T1 (Beginn der Rehabilitation), T2 (Ende der Rehabilitation, 88 %) und T3 (6-Monatskatamnese, 72,9 %). Die Variablen zur Vorhersage der Intention wurden zum Zeitpunkt T1 erhoben. Im Einzelnen waren das:

- Aufgabenbezogene Selbstwirksamkeit (1 Item)
- Präaktionale Selbstwirksamkeit (3 Items)
- Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung (3 Items)
- Positive Ergebniserwartungen (3 Items)
- Intention zur sportlichen Betätigung (1 Item)

Die körperliche Aktivität zum Zeitpunkt T3 wurde mit dem Fragebogen von Singer und Wagner (2001) erhoben.

Es wurde ein lineares Strukturgleichungsmodell (SEM) mit dem Programm Amos 18 berechnet. SEM ermöglichen eine Abschätzung, wie gut gemessene Daten mit einem theoretischen Modell zu vereinbaren sind. Zur Prüfung der Modellgüte werden der Comparative Fit Index (CFI), der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) und der Tucker Lewis Index (TLI) angegeben.

Ergebnisse

Selbstwirksamkeit erwies sich als stärkster Prädiktor der Intentionsbildung. Die Korrelation betrug r=0,57 (p<0,001). Ebenfalls hoch korreliert mit der Ausbildung einer Intention waren die positiven Ergebniserwartungen (r=0,49, p<0,001). Zwischen der wahrgenommenen Gesundheitsbedrohung und der Intentionsbildung bestand kein signifikanter Zusammenhang (r=0,02, p=0,606). Alle Prädiktoren zusammen erklärten 63 % der Varianz der Variable Intention.

Zwischen der Intention und der sportlichen Aktivität zum Zeitpunkt T3, ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation, bestand eine Korrelation von r=0,53 (p<0,001). Demzufolge war Intention ein Prädiktor der sportlichen Aktivität und erklärte 28 % der Varianz des Verhaltens.

Anhand des getesteten Modells ließ sich die vorliegende Datenstruktur gut wiedergeben, alle untersuchten Indizes entsprechen einem guten Modell-fit (CFI=0,936; RMSEA=0,065, 90 % CI=0,057-0,074; TLI=0,905).

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen die Befunde aus vorangegangenen Untersuchungen (Sniehotta et al., 2005). Auch in der vorliegenden Studie erwiesen sich die Selbstwirksamkeit und positive Ergebniserwartungen als signifikante Prädiktoren von Intention sowie Intention als Prädiktor zukünftiger sportlicher Aktivität. Allerdings konnte die wahrgenommene Gesundheitsbedrohung nicht als bedeutsamer Prädiktor für die Bildung einer Absicht zur Verhaltensausübung bestätigt werden. Diese Erkenntnisse können für die bessere Anpassung von Rehabilitationsmaßnahmen genutzt werden, bspw. im Sinne der Unterstützung von Selbstwirksamkeitsfördernden Programmen.

Literatur

Joliffe, J.A., Rees, K., Taylor, R.S., Thompson, D., Oldridge, N., Ebrahim, S. (2003): Exercise based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, 4. Chicester, England: Wiley.

Rauch, B., Middeke, M., Bönner, G., Karoff, M., Held, K. (Hrsg.) (2007): Kardiologische Rehabilitation: Standards für die Praxis nach den Leitlinien der DGPR. Thieme: Stuttgart.

Singer, R., Wagner, P. (2001): Überprüfung eines (Kurz-)Fragebogens zur Erfassung der habituellen körperlichen Aktivität. In: Meck, S., Klussmann, P.G. (Hrsg.): Festschrift für Dieter Voigt. 359-388.

Sniehotta, F.F., Scholz, U., Schwarzer, R. (2005): Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. Psychology & Health, 20 (2). 143-160.

Schwarzer, R. (2001): Gesundheitspsychologie In: Wenninger, G. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag. 144-147.

Kognitive Fatigue bei MS-Rehabilitanden nach kognitiver und körperlicher Belastung vs. Ruhebedingung

Claros-Salinas, D., Dittmer, N., Dettmers, C.

Kliniken Schmieder Konstanz und Lurija Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz

Fragestellungen und Ziel

Bei MS-bezogener Fatigue werden üblicherweise die Dimensionen motorischer und kognitiver Fatigue unterschieden. Für Fragestellungen beruflicher Teilhabe sind häufig die Auswirkungen kognitiver Fatigue entscheidender als motorische Symptome, die sich, da meist auf die Gehfähigkeit bezogen, wirksamer kompensieren lassen (Claros-Salinas, 2010).

Kontrovers diskutiert wird, ob Fatiguesymptome spontan, ohne unmittelbares äußeres Korrelat, oder belastungsabhängig auftreten. Ziel unserer Studie war daher, bei Rehabilitanden mit MS und kognitiver Fatigue zu untersuchen, inwieweit sich kognitive Erschöpfungszeichen nach körperlicher oder geistiger Belastung im Vergleich zu einer Ruhebedingung veränderten.

Da kognitive Fatigue als subjektiv berichtete geistige Erschöpfung ebenso erfasst wurde wie Aufmerksamkeitswerte als deren objektives Korrelat, trägt unsere Studie auch zu einer weiteren Klärung der Korrelation von subjektiver und objektiver Fatigue bei (vgl. Claros-Salinas et al., 2010).

Methode

Zur Erfassung der allgemeinen Fatiguebeschwerden wurden die Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC, Penner et al., 2005) sowie das Würzburger Erschöpfungsinventar bei MS (WEIMuS, Flachenecker et al., 2006) eingesetzt.

Um momentane Ausprägungen kognitiver Fatigue zu erfassen, wurden die Probanden gebeten, auf einer 10-stufigen Erschöpfungsskala denjenigen Wert anzukreuzen, der die Stärke der jeweiligen geistigen Erschöpfung am besten beschrieb.

Für die Erhebung von Aufmerksamkeitswerten wurden die Subtests Alertness, selektive Aufmerksamkeit (Go/No go) und geteilte Aufmerksamkeit der Testbatterie TAP-M (Zimmermann, Fimm, 2005) verwendet.

Diese Aufmerksamkeitsmessungen erfolgten an zwei unterschiedlichen Messtagen morgens vor und mittags nach einer kognitiven Belastung (2,5-stündiger Hirnleistungstest) sowie einer körperlichen Belastung (Laufbandtraining bis zur körperlichen Erschöpfung).

An einem dritten Messtag am Wochenende bestanden weder kognitive noch körperliche Belastungsbedingungen, die Aufmerksamkeitsmessungen wurden parallel zu den Messtagen mit Belastung durchgeführt.

Stichprobe

Eingeschlossen wurden 32 MS-Rehabilitanden, die unter kognitiver Fatigue litten (Überschreitung des Schwellenwerts von 22 in der kognitiven Subskala des FSMC).

22 der 32 MS-Rehabilitanden waren weiblich. Der Altersmittelwert lag bei 46,75 Jahren (Spanne 29-64). Als höchsten Schulabschluss hatten 5 Rehabilitanden einen Hauptschulabschluss, 15 einen mittleren Bildungsabschluss und 12 ein Abitur.

Bei 20 Rehabilitanden war die MS-Verlaufsform schubförmig, bei 2 primär chronisch progredient, bei 10 sekundär chronisch progredient.

Ergebnisse

Nach kognitiver wie körperlicher Belastung verschlechterten sich die Reaktionszeiten der Rehabilitandengruppe im Subtest Alertness signifikant, in den Subtests "Go/No Go" und "Geteilte Aufmerksamkeit/auditive Stimuli" tendenziell.

Während der Ruhebedingung zeigte sich hingegen eine tendenzielle Verbesserung von Aufmerksamkeitsleistungen, die allerdings nur beim Subtest "Go/No Go" Signifikanzniveau erreichte.

Subjektiv gaben die Rehabilitanden nach geistiger wie körperlicher Belastung eine signifikante Zunahme ihrer Erschöpfung an, wobei die durch geistige Belastung induzierte Fatigue tendenziell deutlicher ausfiel. Während der Ruhebedingung veränderte sich die Ausprägung der Fatigue-Symptomatik nicht.

Der Zusammenhang objektiver und subjektiver Fatigue-Erhebungen stellte sich unterschiedlich dar:

Die Differenzwerte der Reaktionszeiten im Subtest Alertness korrelierten bei geistiger Belastungsbedingung mit den (Sub)skalenwerten von FSMC und WEIMuS, aber nur tendenziell mit den Werten der Erschöpfungsskala. Die Differenzwerte des Subtests "Go/No Go" korrelierten mit den Differenzwerten der Erschöpfungsskala bei geistiger wie körperlicher Belastung. Für die Differenzwerte des Subtest "Geteilte Aufmerksamkeit/visuelle Stimuli" bestand ein Zusammenhang mit dem FSMC bei der geistigen Belastungsbedingung. Für den Subtest "Geteilte Aufmerksamkeit/auditive Stimuli" waren bei körperlicher Belastung Korrelationen zu FSMC und WEIMuS nachweisbar. Zusätzlich bestand unter der Ruhebedingung ein Zusammenhang zwischen dem Differenzwert dieses Subtests und dem der Erschöpfungsskala.

Diskussion

Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass MS-bezogene kognitive Fatigue belastungsinduziert auftritt und der Zusammenhang subjektiver und objektiver Fatigue-Symptome nicht eindeutig besteht. Daher sollten Erhebungen zur kognitiven Fatigue in mehrfacher Hinsicht differenziert erfolgen:

Die subjektiven Skalen-Angaben sollten durch objektive Messungen intraindividueller Veränderungen von Aufmerksamkeitsleistungen ergänzt werden.

Um die Belastungsabhängigkeit kognitiver Fatigue zu erfassen, können geistige und körperliche Belastungsbedingungen variiert und gegebenenfalls mit einer Ruhebedingung kontrastiert werden.

Literatur

Claros-Salinas, D., Bratzke, D., Greitemann, G., Nickisch, N., Ochs, L., Schröter, H. (2010): Fatigue-related diurnal variations of cognitive performance in multiple sclerosis and stroke patients. J Neurol Sci, 295. 75-81.

Claros-Salinas, D. (2010): MS und Teilhabe am Arbeitsleben. In: Dettmers, C., Bülau, P., Weiller, C. (Hrsg.): Rehabilitation der Multiplen Sklerose. Bad Honnef: Hippocampus Verlag. 255-274.

Flachenecker, P., Müller, G., König, H., Meissner, H., Toyka, K.V., Reickmann, P. (2006): "Fatigue" bei multipler Sklerose: Entwicklung und Validierung des "würzburger Erschöpfungs-Inventars bei Multipler Sklerose" (WEIMuS). Nervenarzt, 77. 165-172.

Penner, I.K., Vogt, A., Raselli, C., Stöcklin, M., Opwis, K., Kappos, L. (2005): The FSMC (Fatigue Scale for Motor and Cognitive functions) - A new patient-reported outcome measure for cognitive and motor fatigue in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis, 11. 66.

Zimmermann, P., Fimm, B. (2005): Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (Version Mobilität), Version 1.0. Herzogenrath: Psytest.

Kommunikationsorientierte forced-use Therapie bei Aphasikern

Küst, J. (1), Dietrich, J. (2), Kelm, D. (2), Karbe, H. (2)

(1) Kliniken Schmieder, Gailingen, (2) NRZ Godeshöhe, Bonn

Hintergrund

Aphasien sind erworbene Sprachstörungen in Folge von Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Dabei können alle expressiven und rezeptiven sprachlichen Modalitäten in unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregraden beeinträchtigt sein. Dies führt meist auch zu deutlichen Störungen des Kommunikationsverhaltens.

Die Aphasietherapie zielt auf die Verbesserung sprachlicher Fähigkeiten und der Kommunikationsfähigkeit ab. Der forced-use- oder auch constraint-induced-movement-Therapieansatz wurde in der motorischen Rehabilitation entwickelt und erprobt.

Erste Untersuchungen setzten diesen Ansatz auch zur Therapie bei chronischen Aphasien (>6-12 Monate) ein (Pulvermüller et al., 2001; Meinzer et al., 2004). Für frühe Stadien der Aphasie existierten jedoch bislang keine evaluierten Therapiekonzepte. Bei immer kürzeren Verweildauern müssen bereits in der stationären Rehabilitation die optimalen Voraussetzungen und Grundlagen für die Weiterversorgung geschaffen werden. Neben dem frühzeitigen Beginn ist auch die Therapieintensität ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Aphasietherapie (Bhogal et al., 2003).

Methode

Gegenstand der vorliegenden kontrollierten und randomisierten Studie war die Evaluierung eines neuen Aphasietherapieverfahrens in der frühen Postakutphase. Die wesentlichen Merkmale dieses Therapieverfahrens sind die hohe Therapieintensität (3-4 h / die) und eine starke Kommunikationsorientierung. Ziel war es, neben der funktionalen Verbesserung auf

sprachsystematischer Ebene auch eine Verbesserung des Kommunikationsverhaltens im Alltag zu erreichen.

An der Studie nahmen 28 Patienten mit Aphasien unterschiedlicher Ausprägungs- und Schweregrade nach einem erstmaligen ischämischem Insult im Stromgebiet der Arteria cerebri media nicht mehr als 3 Monate nach dem schädigenden Ereignis teil. 15 Teilnehmer erhielten im Rahmen der Studie über einen Zeitraum von 6 Wochen 5 Tage/Woche 45 min. sprachtherapeutische, leitlinienkonforme Therapie (Kontrollgruppe). 13 Patienten nahmen 5 Tage/Woche 3 Stunden täglich an einer sprachtherapeutischen Gruppe nach dem forced-use Ansatz (Experimentalgruppe) teil. Vor Beginn der Intervention, nach 2 Wochen sowie zum Abschluss wurde die aphasische Symptomatik standardisiert mittels des Aachener Aphasietests (AAT) und der Aphasie-Checkliste (ACL) erhoben, zu Beginn und zum Ende der Intervention wurden zusätzlich Untersuchungen des Kommunikationsverhaltens durchgeführt.

Ergebnisse

Beide Interventionsgruppen konnten sich signifikant in den Sprachtests und im Kommunikationsverhalten verbessern. Ein Teil der Probanden konnte nach 6 Monaten nachuntersucht werden, auch hier wiesen beide Gruppen nachhaltige Verbesserungen auf. Eine Überlegenheit der forced-use Intervention im Vergleich zur usual care Intervention konnte entgegen der Hypothesen im Gruppenvergleich nicht bestätigt werden. Beide Gruppen wiesen auch gleichermaßen mittlere bis starke Effektstärken auf, zeigten jedoch keine Unterschiede in der Anzahl oder dem Ausmaß der Effektstärken. Auch auf das Kommunikationsverhalten hatte die neue Therapiemethode keine positiveren Effekte als die Kontrollintervention. Eine hohe Intensität der Sprachtherapie führt in einem frühen Störungsstadium somit weder zu schnelleren, noch zu größeren Therapieerfolgen.

Fazit

Die Ergebnisse stehen im Gegensatz zu der eingangs erwähnten Studienlage für vergleichbare Therapieansätze bei chronischen Aphasikern. Die Auswahl der geeigneten Therapiemethode erfordert somit eine Differenzierung entsprechend der Schädigungsdauer. Ähnliche Ergebnisse wurden auch für den Bereich der motorischen Rehabilitation gefunden, wo eine hohe Intensität auch chronische Störungen bessern konnte, jedoch in einem akuten Störungsstadium keine Überlegenheit, sondern tendenziell ein schlechteres Outcome aufwies (Dromerick et al., 2009).

Literatur

Bhogal, S.K., Teasell, R., Speechley, M. (2003): Intensity of aphasia therapy: Impact on recovery. Stroke, 34. 987-993.

Dromerick, A.W., Lang, C.E., Birkenmeier, R.L., Wagner, J.M., Miller, J.P., Videen, T.O., Powers W.J., Wolf, S.L., Edwards, D.F. (2009): Very early constraint-induced movement during stroke rehabilitation (vectors). Neurology, 73 (3). 195-201.

Meinzer, M., Elbert, T., Wienbruch, C., Djundja, D., Barthel, G., Rockstroh, B. (2004): Intensive Language Training Enhances Brain Plasticity in Chronic Aphasia. BMC Biology, Published 25.08.2004. 2-20.

Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., Taub, E. (2001): Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. Stroke, 32. 1621-1626.

Prediction of functional and employment outcome one year after Traumatic Brain Injury: A Structural Equation Modelling approach

Schönberger, M. (1,2,3), Ponsford, J. (2,3,4), Olver, J. (3,5), Ponsford, M. (3), Wirtz, M. (6)

(1) Department of Rehabilitation Psychology, Institute of Psychology, University of Freiburg, Germany, (2) School of Psychology and Psychiatry, Monash University, Melbourne, Australia, (3) Monash-Epworth Rehabilitation Research Centre, Epworth Hospital, Melbourne, Australia, (4) National Trauma Research Institute, Melbourne, Australia, (5) Monash University Melbourne, Australia, (6) University of Education, Freiburg, Germany

Introduction

Traumatic brain injury (TBI) is the leading cause of disability amongst young adults (Langlois et al., 2008). TBI can cause lasting physical, cognitive, and emotional sequelae (Draper, Ponsford, 2008; Jorge, Robinson, 2003) as well as behavioural changes (Kelly et al., 2008). These functional changes are associated with poor employment outcome (Pagulayan, 2008).

In order to improve outcome after TBI, it is important to understand the factors that predict outcome. These factors appear to be related to each other, and their effect on outcome might be mediated by other predictors. However, we are not aware of any study that has tested a comprehensive model predicting outcome after TBI that embraces the complex inter-relationships between the predictor variables. The current study aimed to develop, test and optimise a comprehensive structural equation model predicting functional as well as employment outcome after TBI, based on the existing literature and taking the inter-relationships amongst predictor variables and amongst outcome variables into account.

Methods

Participants were n=949 adolescents and adults (74 % male; median age 25.7 years, range 14-74; median duration of post-traumatic amnesia 17 days, range <1-183) who were admitted to Epworth Hospital, Melbourne for rehabilitation after TBI and who were part of the labour force at the time of injury. For the present study, follow-up data routinely collected one-year post-injury was used.

Functional outcome one year post-injury was measured with the Structured Outcome Questionnaire (SOQ). Participants were asked to indicate whether they had, since the injury, experienced changes in the domains of cognition, behaviour and emotion. Employment outcome was dichotomized into paid work/student vs. other (unemployment, not in labour force, etc.). Demographic and injury-related information was gathered from participants' hospital files.

Results

At follow-up, 56 % of the participants were in paid work or students. On the SOQ, between 25 % and 67 % of the participants reported changes on the different items. Forgetfulness (67 %) and irritability (61 %) were reported most frequently.

A modified structural equation model, displayed in Figure 1, was well supported by the observed data (CFI= .99, RMSEA= .03). As can be seen, both direct and mediating relationships between predictor and outcome variables were found, with injury severity (PTA) being the strongest and most consistent predictor of outcome. Pre-injury psychiatric disorders predicted employment outcome indirectly via its association with post-injury cognitive and mood changes.

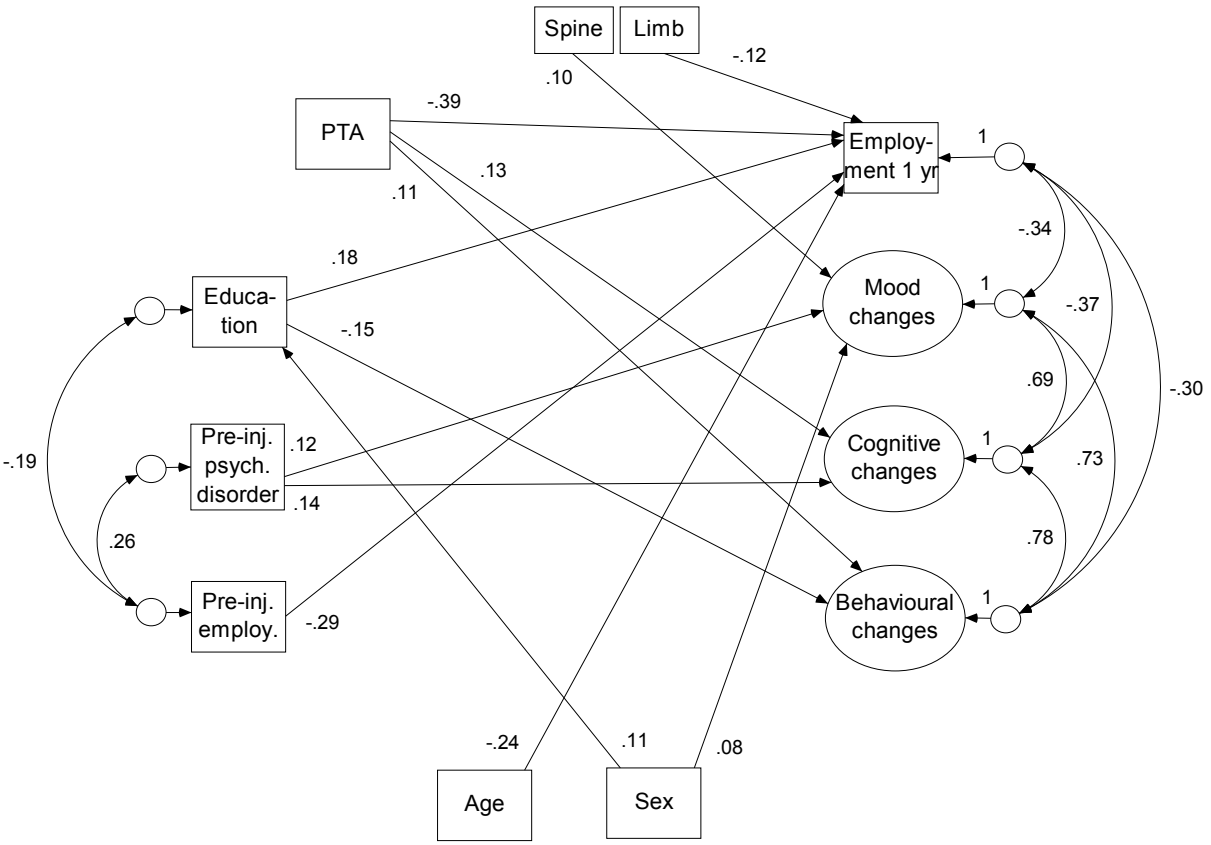


Figure 1: Final, modified model with improved model fit

The observed variables that indicate the mood, cognitive and behavioural change factors were entered into the SEM, but are omitted from this figure. Curved lines represent correlations; straight lines represent regression coefficients. Correlations and standardized regression coefficients are displayed.

Discussion

The SEM developed in this study improves our understanding of the complex interplay between the predictors of outcome after TBI, as well as between the different aspects of outcome. Even though gender, pre-injury psychiatric disorders and spinal injuries were not directly related to post-injury employment, these predictors were related to employment outcome via their association with pre-injury education and employment and with post-injury mood changes. For clinicians, it is especially important to be aware of the association between pre-existing psychiatric disorders and outcome and the importance of specialised in-

terventions for individuals with such conditions. More research is needed on who benefits from which rehabilitative intervention at which point in time. Long-term support offers might be warranted especially for those at risk of poor psychosocial outcome. Further research can build on the model developed in this study and expand it.

References

Draper, K., Ponsford, J. (2008): Cognitive functioning ten years following traumatic brain injury and rehabilitation. Neuropsychology, 22. 618-625.

Jorge, R., Robinson, R.G. (2003): Mood disorders following traumatic brain injury. Int Rev Psychiatry, 15. 317-327.

Kelly, G., Brown, S., Todd, J., Kremer, P. (2008): Challenging behaviour profiles of people with acquired brain injury living in community settings. Brain Injury, 22. 457-470.

Langlois, J.A., Rutland-Brown, W., Wald, M.M. (2006): The epidemiology and impact of traumatic brain injury - A brief overview. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 21. 375-378.

Pagulayan, K.F., Hoffman, J.M., Temkin, N.R., Machamer, J.E., Dikmen, S.S. (2008): Functional Limitations and Depression After Traumatic Brain Injury: Examination of the Temporal Relationship. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 89. 1887-1889.

Patienten mit kommunikativen Einschränkungen nach erworbener Hirnschädigung: Struktur des stationären DRV-Heilverfahrens

Wehking, E. (1), Knaus, S. (1,2), Mach, S. (1,2), Stenneken, P. (2)

(1) Klinik am Rosengarten, Bad Oeynhausen,

(2) Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaften, Universität Bielefeld

Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Bereits im Jahre 2007 waren die Aussichten für eine berufliche Reintegration für Schädelhirntraumapatienten mit neuropsychologischen Defiziten überprüft worden mit dem Ergebnis, dass durchschnittlich 50 % der betroffenen Schädelhirnpatienten in das Arbeitsleben nicht eingegliedert werden konnten. Im Ergebnis wurde bei dieser Patientenpopulation (Durchschnittsalter 36,5 Jahre) bei jedem zweiten Betroffenen eine Erwerbsminderungsrente gewährt ohne prognostisch begründbare Aussicht auf eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Unsere nun durchgeführte Studie im Rahmen einer Master-Arbeit befasst sich mit den Auswirkungen kommunikativer Störungen nach Schädelhirntrauma (SHT) oder Schlaganfallereignissen auf die Teilhabe an der Gesellschaft bzw. die Möglichkeiten der beruflichen Reintegration. Dabei wurden sowohl berufliche, soziale, familiäre als auch psychische Veränderungen analysiert. Vor allem sollte überprüft werden, welche Anforderungen sich hierdurch für eine qualitativ hochwertige Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der DRV ergeben.

Fragestellung

Zu diesem Zwecke wurden insgesamt 41 Patienten nach SHT oder Schlaganfall, welche eine stationäre neurologische Rehabilitationsbehandlung in der Klinik am Rosengarten / Bad Oeynhausen durchlaufen hatten, zusammen mit ihren engsten Angehörigen in Bezug auf

diese Fragestellungen nachuntersucht. Insbesondere sollte hierbei die Frage geklärt werden, inwieweit die Durchführung weiterer stationärer Heilverfahren im chronischen Stadium der erworbenen Hirnschädigung ein geeignetes Mittel darstellt, um die kommunikativen Kompetenzen der betroffenen Patienten mitsamt ihrer beruflichen Reintegration zu verbessern.

Im Vorfeld der Untersuchung wurden 15 Arbeitshypothesen formuliert

Als Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie mussten alle Patienten diverse Einschlusskriterien erfüllen. So musste zwischen der erworbenen Hirnschädigung und der Teilnahme an der Studie wenigstens ein Jahr vergangen sein, um die Veränderungen an der gesellschaftlichen Teilhabe bzw. beruflichen Wiedereingliederung abschätzen zu können. Zudem ergaben sich folgende weitere Einschlusskriterien für die Studie:

- Berufsfähiges Alter unter 50 Jahren
- Nachweis kommunikativer Defizite mindestens in der Form einer Restaphasie/-dysarthrie
- Keine relevanten Vorerkrankungen
- Keine ausgeprägten Störungen des Seh- und Hörvermögens
- Keine gravierenden motorischen Beeinträchtigungen

Wesentliche Ergebnisse

Es ließen sich nun folgende Arbeitshypothesen signifikant bestätigen:

- Je größer der Grad der Depression, desto größer die subjektiv geschilderten sprachlichen Einschränkungen
- Je größer der Grad der Depression, desto schlechter / negativer die Teilhabe an der Gesellschaft
- Je größer der Grad der Depression, desto mehr negative Veränderungen der Beschäftigungssituation
- Je größer die kommunikativen Einschränkungen, desto mehr negative Veränderungen der Beschäftigungssituation
- Je größer die neuropsychologischen Defizite, desto schlechter / negativer die Teilhabe an der Gesellschaft
- Je größer die neuropsychologischen Defizite, desto mehr negative Veränderungen der Beschäftigungssituation

Überraschenderweise war die vorformulierte Hypothese in Bezug auf eine Korrelation intensiver ambulanter Sprachtherapie zur Kommunikationsfähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft nicht zu bestätigen.

Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse belegen, dass ein substanzielles Schädelhirntrauma sowie ein Schlaganfallereignis die Leistungsfähigkeit des Betroffenen im Erwerbsleben ernsthaft gefährden. In der von uns untersuchten Patientenstichprobe zeigte sich der Erwerbsstatus bei den Schädelhirnpatienten tendenziell noch schlechter ausgeprägt als bei der Gruppe der Hirninfarktpatienten, trotz des durchschnittlich wesentlich höheren Lebensalters der Insultpatienten. Die bei allen Patienten vorliegende Kommunikationsstörung in der Form einer Restaphasie/-dysarthrie hat sich zusätzlich negativ auf eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung der Patienten ausgewirkt.

Andererseits haben unsere Untersuchungen gezeigt, dass eine intensive ambulante Sprachtherapie für sich allein nicht geeignet ist, die Kommunikationsfähigkeit sowie die Teilhabe an der Gesellschaft zu verbessern. Bis auf Einzelfälle war bei den von uns untersuchten Patienten kein ambulantes neuropsychologisches Training durchgeführt worden. Als Grund hierfür wurde der Umstand angegeben, dass diese Behandlungsform von der gesetzlichen Krankenversicherung im ambulanten Rahmen nicht finanziert wird.

Im Ergebnis entwickelten sich bei 70 % der Patientengruppe signifikante depressive Störungen, welche von den Betroffenen als maßgeblich einschränkend in Bezug auf ihr sprachliches Ausdrucksvermögen sowie auch auf die Teilhabe an der Gesellschaft/Beschäftigungssituation empfunden wurden.

Schlussfolgerungen

Auf der Grundlage der von uns erhobenen Studienergebnisse wurde eine Umstrukturierung des stationären Heilverfahrens in der Klinik am Rosengarten für Patientengruppen mit erworbenen Hirnschädigungen vorgenommen, da die Studienergebnisse nach unserer Überzeugung nachweisen, dass kognitive Trainingsverfahren allein nicht geeignet sind, die Leistungsfähigkeit der Betroffenen im Erwerbsleben wesentlich zu verbessern.

Insofern erfolgt in unserer Klinik nunmehr zunächst die ärztliche Indikationsstellung zur Einleitung einer antidepressiven Medikation. Darüber hinaus durchlaufen die Rehabilitanden ein strukturiertes kognitives Therapieprogramm einerseits unter Einschluss eines neuropsychologischen und neurolinguistischen Trainings, andererseits unter Einschluss von Psychoedukation, sozialem Kompetenztraining, Vermittlung kognitiver Modelle zur Emotionsentstehung sowie Gruppensitzungen zur Selbstwertbestimmung einschließlich des Trainings funktionaler Denkmuster.

Es werden nach einem Erstgespräch unmittelbar nach der Patientenanreise während der nachfolgenden 3 Wochen insgesamt 9 Therapieeinheiten à 60 Minuten durchgeführt. Als Hypothese haben wir formuliert, dass eine Verbesserung der depressiven Störsymptomatik einschließlich der sozialen Kompetenzen die notwendige Voraussetzung für einen Erfolg kognitiver Trainingsverfahren in der Neuropsychologie und Neurolinguistik darstellt. Inwieweit sich diese Hypothese bestätigen lässt und inwieweit sich die Wiedereingliederung der Rehabilitanden in das Berufs- bzw. Erwerbsleben hierdurch verbessern lässt, müsste im Rahmen einer Nachuntersuchung überprüft werden.

Neurologisches Assessment der Kliniken Schmieder für die Phasen C und D

Starrost, K. (1), Claros-Salinas, D. (2), Dettmers, C. (2), Kaiser, M. (1), Küst, J.(3), Greitemann, G. (2)

(1) Kliniken Schmieder Allensbach, (2) Kliniken Schmieder Konstanz und Lurija Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz, (3) Kliniken Schmieder Gailingen

Fragestellung

Das Neurologische Assessment der Kliniken Schmieder (AKS) soll eine umfassende und alltagsorientierte Darstellung der Eingangs- und Entlassungsbefunde von Patienten der Phasen C und D ermöglichen. Das Assessment für die Phase C besteht aus dem Functional Independence Measure (FIM, Hall, 1997), dem Functional Assessment Measure (FAM, Turner-Stokes et al., 1999) und weiteren Items aus dem Bereich Motorik, die funktionale Verbesserungen in quantifizierbarer Form darstellen sollen (vgl. Hobart et al., 2001).

Pilotuntersuchungen mit diesem Assessment bei Patienten der Phase D haben bei vielen Items einen deutlichen Deckeneffekt gezeigt. Deshalb wurden in das Assessment für die Phase D, neben einzelnen Items aus FIM und FAM, Items aus dem Mayo-Portland-Adaptability-Inventory und messende Verfahren aus Motorik, Kognition und Sprache integriert. Wegen der besonderen Bedeutung der Selbstbeurteilung wurde der SF 36 komplett in das Assessment aufgenommen. Für Patienten in unserer Berufstherapie wurde zusätzlich eine berufsorientierte Selbstbeurteilungsskala (Profilvergleich "Anforderungen und Leistungsfähigkeit" von Guthke, Claros-Salinas und Regenbrecht) integriert.

Es ist geplant, nach einer Probephase die Anzahl der Items zu reduzieren.

Methode

Die Assessments C und D sind vollständig in das Klinik Informations System (KIS) integriert. Im gleichen Modul, in dem die Therapeuten Eingangsbefunde und Therapieverläufe dokumentieren, werden auch die Werte des Assessments eingetragen.

Wir haben für das Assessment C eine differenziertere Auswertung erarbeitet, bei der die Anzahl der Items, in denen es eine Änderung des Werts gab, bezogen wird auf die Anzahl der Items, die tatsächlich getestet wurden und die bei Aufnahme nicht bereits den Wert 7 (nicht beeinträchtigt) hatten. Zusätzlich wurde das Ausmaß der Veränderungen berechnet, das pro Item einen Wert von 1 bis 6 erreichen kann. Neben den Veränderungen der Rohwerte wurden Effektgrößen (Standard Response Mean, SRM) für alle Items berechnet.

Darüber hinaus werden die Ergebnisse von Rasch-Analysen (Bond, Fox, 2007) des Assessments vorgestellt (Modell-Fit, Reliabilität, Trennungsindices, Test auf Eindimensionalität).

Ergebnisse

Die Daten von ca. 3.500 Assessments von Phase C-Patienten werden vorgestellt, wobei auch der Einfluss von Faktoren wie Ätiologie, Dauer der Erkrankung und Therapieintensität analysiert wird. Insgesamt zeigten sich bei den meisten Patienten deutliche Verbesserungen. Diese sind sowohl bei der Betrachtung einzelner Items wie auch in zusammenfassenden Darstellungen abbildbar.

Für das Assessment der Phase D werden die ersten Ergebnisse aus einzelnen Leistungsbereichen und Selbstbeurteilungsverfahren vorgestellt. Außerdem wird eine optimierte Fassung des Assessment präsentiert, das um redundante, nicht responsive oder nicht praktikable Items gekürzt wurde.

Literatur

Bond, T.G., Fox, C.M. (2007): Applying the Rasch Model. Fundamental Measurement in the Human Sciences. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.

Hall, K.M. (1997): The Functional Assessment Measure (FAM). Journal of Rehabilitation Outcomes, 1/3. 63-65.

Hobart, J.C., Lamping, D.L., Freeman, J.A., Langdon, D.W., McLellan, D.L., Greenwood, R.J., Thompson, A.J. (2001): Evidence-based measurement. Which disability scale for neurologic rehabilitation? Neurology, 57. 639-644.

Turner-Stokes, L., Nyein, K., Turner-Stokes, T., Gatehouse, C. (1999): The UK FIM+FAM: development and evaluation. Functional Assessment Measure. Clinical Rehabilitation. 13/4. 277-287.

Wie repräsentativ sind randomisierte kontrollierte Studien mit Patienten nach Schlaganfall?

Richter, D. (1), Saal, S. (2), Lorenz, S. (2), Schubert, M. (2), Becker, C. (2), Müller, T. (1), Zierz, S. (1), Behrens, J. (2)

(1) Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinik Halle, (2) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Fragestellung

In der Rehabilitationsforschung werden randomisierte, kontrollierte klinische Studien (RCTs) oftmals als "Goldstandard" zur Prüfung von Therapieeffekten verstanden (Faller, 2000). Dennoch ist davon auszugehen, dass in RCTs bereits bei der Rekrutierung das zu Grunde liegende Patientenkollektiv eine Selektion aufgrund patientenseitiger Merkmale erfährt und infolgedessen die Studienergebnisse nur bedingt repräsentativ sind (Lee et al., 2001). Über einen möglichen Einfluss von Alter, Geschlecht sowie Morbidität bei der Teilnahme an RCTs besteht aktuell kein Konsens (Peterson et al., 2004; Kasner et al., 2009). Daher wird - am Beispiel der RCT Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement "Schlaganfall in Sachsen-Anhalt" (PaReSiS, BMBF-gefördert) bei Patienten mit Schlaganfall in der subakuten Phase - gefragt, inwiefern Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Umfang des neu-

rologischen Defizits bereits zum Zeitpunkt der Rekrutierung zu Selektionsverzerrungen führen. Zudem wird reflektiert, welche Folgen sich daraus für die Repräsentativität von Studienergebnissen ergeben.

Methodik

Im Rahmen einer Zwischenauswertung wurden die Daten der Teilnehmer und Nichtteilnehmer der randomisierten kontrollierten multizentrischen Studie PaReSiS, die sich der Frage nach Interventionseffekten eines Case Managements in der Langzeitnachsorge widmet, hinsichtlich der Diagnose, soziodemografische Daten und dem Ausmaß des neurologischen Defizits (NIHSS) betrachtet. Zudem wurden Gründe der Nichtteilnahme ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 909 Patienten im Zeitraum von 06/2009 bis 10/2010 mit Verdacht auf ein zerebrovaskuläres Ereignis identifiziert werden. Davon entsprachen 445 Patienten den Einschlusskriterien (Einschlusskriterien: Alter > 18 J.; erstmaliger mit bildgebenden Verfahren diagnostizierter Schlaganfall (ICD 10: I61 und I63); Hauptwohnsitz in Sachsen-Anhalt, Sachsen, Tühringen; Verständnis der deutschen Sprache). 63,5 % dieser Patienten erklärten sich zur Studienteilnahme bereit. Die Hauptgründe für eine Ablehnung waren mit 39 % fehlendes Teilnahmeinteresse und 33,3 % fehlende Einwilligungsfähigkeit (Betreuung ungeklärt).

Das mittlere Alter aller potenziellen Teilnehmer betrug 71,7 Jahre (SD=12,7). Das mittlere Alter der Teilnehmer (69,5 J.; SD=12,6) und Nichtteilnehmer (75,5 J.; SD=12,0) unterschied sich um 6 Jahre. Die multivariate Analyse zeigt, dass - wenn alle anderen Variablen konstant gehalten werden - die Teilnahmebereitschaft mit dem Alter sinkt: bei Schlaganfallbetroffenen zwischen 75-81 Jahren ist diese nur halb so hoch (OR: 0,5) und bei Personen, die 82 Jahre und älter sind, nur etwas mehr als ein Drittel so hoch (OR: 0,37) wie bei Personen im erwerbsfähigen Alter (18-65 J.; p=0,004).

Das Geschlechtsverhältnis der potenziellen Teilnehmer ist nahezu ausgewogen (männlich 46,6 %; weiblich 53,4 %). Die Teilnahmebereitschaft liegt aber bei den Frauen mit 55,5 % signifikant unter dem der Männer (72,1 %, p=0,016).

Im NIHSS zeigte sich für alle potenziellen Teilnehmer im Mittel ein Punktwert von 5,7. Die Studienteilnehmer sind mit einem Durchschnittswert von 4,4 (SD=4,9) nachweislich weniger stark betroffen als die Nichtteilnehmer (M=8,3, SD=7,2).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Teilnehmer der Studie unterschieden sich in allen erfassten Merkmalen deutlich von der Gesamtpopulation aller potentiellen Teilnehmer. Demnach sind Frauen als auch Teilnehmer im höheren Alter in der Studienstichprobe unterrepräsentiert. Auch lässt sich ein Einfluss der Schwere der Erkrankung auf die Teilnahmebereitschaft erkennen. Diese Ergebnisse bestätigen den Einfluss von Alter, Geschlecht und Schweregrad auf die Teilnahmebereitschaft für den hier betrachteten Personenkreis in Studien (Peterson et al., 2004).

Hinsichtlich künftiger Studien bei Schlaganfallpatienten ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse anhand potentieller Selektionsmechanismen unabhängig der Einschlusskriterien kritisch zu reflektieren.

Literatur

Faller, H. (2000): Möglichkeiten und Grenzen experimenteller Designs in der Rehabilitationsforschung. DRV-Schriften, Bd. 20. 205-206.

Kasner, S., Del Giudice, A., Rosenberg, S., Sheen, M., Luciano, J., Cucchiara, B., Messe, S., Sansing, L., Baren, J. (2009): Who will participate in acute stroke trials? Neurology, 72/19. 1682-1688.

Lee, B., Alexander, K., Hammill, B., Pasquali, S., Peterson, E. (2001): Representation of elderly persons and woman in published randomized trials of acute coronary syndromes. JAMA, 286/6. 708-713.

Peterson, E., Lytle, B., Biswas, M., Coombs, L. (2004): Willingness to participate in cardiac trials. American Journal of Geriatric Cardiology, 13/1. 11-15.

Das multimodale Neglectsyndrom während der stationären Rehabilitation und im Langzeitverlauf

Völzke, V. (1,2,3), Reil, J. (1), Turek, A. (1), Wiebecke, J. (1), Mandrella, W. (1), Ischebeck, W. (1,3), Petershofer, A. (1,3)

(1) HELIOS Klinik Holthausen, Hattingen, (2) Ruhr-Universität Bochum, (3) Universität Witten/Herdecke

Hintergrund

Das multimodale Neglectsyndrom beeinflusst den Rehabilitationsverlauf in bedeutsamer Weise. Kerkhoff, Kuhn (2008) schätzen, dass etwa 30-50 % der rechtshemisphärisch geschädigten Personen 3 Monate nach der Läsion, also in der chronischen Phase, einen Neglect aufweisen. Neben der Vernachlässigungssymptomatik ist das häufig damit verbundene Defizit in der Störungseinsicht bedeutsam. Nach Kerkhoff, Kuhn geht die mangelnde Krankheitseinsicht fast immer mit dem Neglectsyndrom einher (ebd.). Die Angaben über die Häufigkeit von Defiziten der Störungseinsicht (Anosognosie) bei gleichzeitig bestehendem Neglect variieren jedoch von 29 % bis 73 % (Pedersen et al., 1997). Das Neglectsyndrom ist assoziiert mit schlechteren motorischen und kognitiven Fertigkeiten, einem deutlich schlechteren Bewältigen von Alltagsaktivitäten, einer längeren Rehabilitationsdauer und einer geringeren Rate von Selbstständigkeit im Alltag. Ein zusätzliches Vorliegen von Anosognosie trägt weiter zu einer schlechteren Rehabilitationsprognose bei (Jehkonen et al., 2006).

Fragestellung und Methode

Eine früh einsetzbare und effektive Neglecttherapie ist daher extrem wichtig. Wir möchten unsere Erfahrungen mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen (Explorationstraining, optokinetische Stimulation, Aufmerksamkeitstraining, repetitive periphere Magnetstimulation, Nackenmuskelvibrationstherapie, Prismaadaptationstherapie mit und ohne Sichtschutz) vorstellen und Ergebnisse einer Überprüfung der Effektivität (Prä-Post-Kontrollgruppen-Design) in einer frühen Phase der Rehabilitation anhand der Literatur und anhand eigener Datenauswertungen kritisch analysieren. Hierbei liegen eigene Datensätze von über 120 Patienten mit einem multimodalen Neglectsyndrom aus den letzten Jahren vor.

Ergebnisse

Eine bessere Wirksamkeit spezifisch neuropsychologischer Therapieansätze (s. o.) lässt sich gegenüber einer rein verbalen Aufmerksamkeitstrainingsgruppe varianzanalytisch sicher aufzeigen. Bei einer genauen Analyse der Altersstruktur der Patienten zeigt sich, dass sowohl Patienten im mittleren, als auch Patienten im höheren Lebensalter von einer gezielten Therapie während der Rehabilitationsphase profitieren (t-Test zur Messwiederholung).

Im Langzeitverlauf (ca. 2 Jahre nach dem Ereignis) zeigt sich bei einer selektiven Stichprobe (n=13) von noch berufstätigen Patienten (Durchschnittsalter 51,4 Jahre) eine deutliche Verbesserung der Vernachlässigungssymptomatik im Behavioral Inattention Test (BIT). Die Durchschnittswerte im BIT erreichen im Mittel ein Normalniveau. Es verbleiben aber leichte visuokonstruktive Defizite bei den entsprechenden Untertests des BIT und deutliche Defizite bei der Kopie der Rey-Osterrieth-Figur. Hinzukommen Hinweise auf räumliche Orientierungs- und Gedächtnisdefizite. Bei keinem Patienten in dieser Stichprobe gelang die Reintegration in den Beruf. Alle Patienten waren auf Unterstützung durch Angehörige oder professionelle Helfer angewiesen. Lediglich ein Patient erhielt eine ambulante neuropsychologische Therapie. Alle Patienten wurden ärztlich betreut und erhielten Physio- bzw. Ergotherapie. Eine stationäre bzw. teilstationäre erneute Rehabilitationsbehandlung wurde bei vier Patienten durchgeführt. Die Möglichkeiten der Teilhabe (Fries et al., 2007) waren bei allen Patienten erheblich eingeschränkt und erfordern intensive und neuropsychologisch orientierte Konzepte.

Literatur

Fries, W., Lössl, H., Wagenhäuser, S. (2007): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation - für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Jehkonen, M., Laihosalo, M., Kettunen, J. (2006): Anosognosia after stroke: assessment, occurence, subtypes and impact on functional outcome reviewed. Acta Neurologica Scandinavica, 144. 293-306.

Kerkhoff, G., Kuhn, C. (2008): Therapie des Neglects. In: Gauggel, S., Hermann M. (Ed.): Handbuch der Psychologie - Handbuch der Neuro- und Biopsychologie. Bd. 8. Göttingen u. a.: Hogrefe. 726-732.

Pedersen, P.M., Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Raaschou, H.O., Olsen, T.S. (1997): Hemineglect in acute stroke - incidence and prognostic implications. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 76. 122-127.

Teilhabe in der ambulanten wohnortnahen Neurorehabilitation

Pöppl, D. (1), Deck, R. (2), Fries, W. (3,4), Pott, C. (4), Fischer, S. (4), Risse, G. (1), Reuther, P. (1,3)

(1) Neurologische Therapie RheinAhr - Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge, Ahrweiler, (2) Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck, (3) BV ANR - Bundesverband ambulante-teilstationäre Neurorehabilitation e.V., München, (4) Praxis Prof. Fries - Zentrum für ambulante neurologische und neuropsychologische Rehabilitation, München

Hintergrund und Fragestellungen

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist seit 2001 in der deutschen Sozialgesetzgebung fest verankert und schreibt Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung als oberste Zielsetzung vor. Bis heute haben konzeptionelle Mängel in der Definition und Erklärung des Konstrukts die Entwicklung allgemein akzeptierter und methodologisch geeigneter Instrumente zur Messung von Teilhabe verhindert. Darüber hinaus gibt es in der deutschen Neurorehabilitation einen Mangel im Einsatz bereits existierender Instrumente die vorgeben Teilhabe zu messen (Fries et al., 2007). Daher wurde eine Multicenterstudie in sechs ambulanten neurologischen Rehabilitationszentren durchgeführt, worin die beiden aktuell vielversprechendsten deutschsprachigen Teilhabe-Instrumente eingesetzt wurden. Die Ergebnisse wurden mit Ergebnissen einer stationären Stichprobe (n = 175) verglichen.

Methode

In sechs ambulanten neurologischen Rehazentren wurden konsekutiv n = 146 Patienten zu 3 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende und 4-Monats-Katamnese) schriftlich befragt. Zusätzlich erfolgten Expertenratings zu Reha-Beginn und -Ende. Die eigenen Daten wurden mit einer Stichprobe stationärer Patienten verglichen, die zu zwei Messzeitpunkten befragt wurden (Reha-Beginn und 4-Monats-Katamnese). Als zentrale Zielgröße wurde Teilhabe mittels des Mayo-Portland Adaptability Inventory (MPAI) von Malec et al. (2005) und dem Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) von Deck et al. (2007a; 2007b) erfasst. Als weitere Effektparameter wurden Schmerzen, Copingstil, Leistungsfähigkeit in Alltag und Beruf, subjektive Defizite, Vitalität, psychisches Wohlbefinden und allgemeiner Gesundheitszustand berücksichtigt. Die Daten wurden mit herkömmlichen inferenzstatistischen Methoden analysiert.

Ergebnisse

Die zentrale Outcomevariable Teilhabe, gemessen mit dem IMET, zeigt eine signifikante Verbesserung von Reha-Beginn bis Reha-Ende ($d = 0{,}34$, $p < 0{,}001$) und von Reha-Beginn bis zur Katamnese ($d = 0{,}17$, $p = 0{,}033$). Bei den MPAI-Daten ergaben sich eine Vielzahl fehlender Werte; eine differenzierte Auswertung steht hier noch aus. Die IMET-Daten der Expertenratings zeigen sehr große positive Effekte von Reha-Beginn bis Reha-Ende ($d=1{,}00$, $p < 0{,}001$). Insgesamt ergaben sich positive Effekte für die Mehrzahl der erfassten Variablen für den Zeitraum Beginn bis Ende der Reha. Mit Ausnahme von Teilhabe, subjektive Defizite und Schmerzen reduzieren sich von Reha-Ende bis zur Katamnese diese Effek-

te wieder signifikant. Bei den ambulanten Patienten ergeben sich größere Effektstärken hinsichtlich der Skalen Leistungsfähigkeit in Freizeit und Alltag, Vitalität, psychisches Wohlbefinden und vor allem Teilhabe, gemessen mit IMET. Bei den stationären Patienten ergeben sich auf den Skalen Coping, Schmerzen und subjektive Defizite größere Effekte.

Diskussion und Schlussfolgerungen

- IMET ist in der Lage Teilhabe global, ICF-definiert und ökonomisch bei neurologischen Patienten zu erfassen
- Explizit Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Neurorehabilitation wirkt sich im Ergebnis in erster Linie positiv auf Teilhabe und Aspekte der Lebensqualität aus
- Im Vergleich erscheint zur Verbesserung der Teilhabe ein ambulantes wohnortnahes Rehasetting geeigneter als ein stationäres wohnortfernes
- Die Nachhaltigkeit der Teilhabeergebnisse zeigt bei ambulanter Neurorehabilitation in der 4-Monats-Katamnese positive Ergebnisse, die aber über einen längeren Katamnesezeitraum verfolgt und im Hinblick auf nachgehende Maßnahmen weiter differenziert werden müssen

Literatur

Deck, R., Mittag, O., Much-Borowski, C., Hüppe, A., Raspe, H. (2007a): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-‒ orienerten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76. 113‒120.

Deck, R. (2007b): Veränderungen von Teilhabestörungen nach Reha. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 78. 229-236.

Fries, W., Lössl, H., Wagenhäuser, S. (Hrsg.) (2007): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation ‒ für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme.

Malec, J.F. (2005): The Mayo Portland Adaptability Inventory. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury, URL: http://www.tbims.org/combi/mpai. Retrieved: January 26, 2010.

BoReM-N - Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie

Menzel-Begemann, A. (1), Hemmersbach, A. (2)

(1) Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld,

(2) Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gemGmbH in Kooperation mit dem Neurologischen Rehabilitationszentrum "Godeshöhe" Bonn - Bad Godesberg

Hintergrund

"Return to work" - in dieser Wortwendung vereinen sich verschiedene Perspektiven der am Rehabilitationsprozess Beteiligten. Erstens kommt darin der Wunsch der Betroffenen zum Ausdruck, zurück an den Arbeitsplatz kehren zu wollen. Zweitens steht dahinter die Forderung der Rentenversicherungsträger, rehabilitative Leistungen so auszurichten, dass eine Reintegration gefördert wird. Damit wird drittens auf ein zentrales (nicht nur) wissenschaftlich zu betrachtendes Erfolgskriterium verwiesen. Um diese Wünsche und Forderungen maßgeblich zu unterstützen, muss die medizinische Rehabilitation über eine berufsbezogene Ausrichtung in die Reihe der Beteiligten integriert und eine bessere Verzahnung mit der beruflichen Rehabilitation erreicht werden. Für den Bereich der Neurologie bietet das BoReM–N-Projekt der Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gemGmbH einen neuen qualitativen Diagnose- und Therapieansatz.

Die Entwicklung von berufsbezogenen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation wird seit gut einem Jahrzehnt intensiv gefördert. Ziel dieser Maßnahmen muss sein, jeweils frühzeitig den Bedarf an berufsbezogener Unterstützung zu erkennen, die berufliche Leistungsfähigkeit so genau wie möglich vorherzusagen "und die Betroffenen [zu] befähigen, so schnell wie möglich eigene, möglichst realistische Vorstellungen von ihrer Zukunft zu entwickeln" (Karbe, Küst, 2006, 128). Insbesondere die Frühzeitigkeit wird in der wissenschaftlichen Diskussion immer wieder hervorgehoben (Bürger, 2006): Sie stellt sicher, dass unmittelbare und nachfolgende Maßnahmen schneller und zielgerichteter zugewiesen werden und den Betroffenen die größtmögliche Zeitspanne eingeräumt wird, sich nach einem Krankheitsereignis auf die Rückkehr in den Alltag vorzubereiten. Der gesamte Rehabilitationsprozess sollte daher einer berufsbezogenen Ausrichtung unterzogen werden. Insbesondere ein psychoedukativ begleitetes Vorgehen in arbeitsnahen Kontexten ist hierbei hervorzuheben. Mit zunehmendem Alltagsbezug kann besser gewährleistet werden, dass die in der Rehabilitation erarbeiteten Strategien auch in den Augen der Betroffenen für den Beruf hilfreich sind und demnach im Arbeitsalltag Anwendung finden. Daneben wird die Auseinandersetzung mit berufsrelevanten Defiziten besser an vertrauten Abläufen und Materialien und weniger durch abstrakte Aufgaben, wie sie insbesondere aus der Neuropsychologie bekannt sind, angebahnt. So kann eine größere Akzeptanz für die Behandlung beim Betroffenen und eine bessere prognostische Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit erreicht werden. Das Rehabilitationspotenzial kann insgesamt effektiver ausgeschöpft werden und die Erfolge der Rehabilitationsphase fließen besser in die Reintegrationsphase ein.

Methode/Fragestellung

Kernstück des Reha-Moduls sind dreistündige Arbeitssimulationen, bei denen motorische, kognitive und sprachliche Leistungen nicht isoliert und funktionsorientiert, sondern aktivitätsorientiert und berufsnah beobachtet werden. Die Patienten erhalten Arbeitsaufträge, die sich auf die individuellen Arbeitsanforderungen beziehen und den Umgang mit berufstypischen Inhalten und Materialien fordern. Hierbei soll ihnen ermöglicht werden zu erfahren, ob und welche funktionellen Einschränkungen sich auf den Berufskontext auswirken. Nach einer Durchführung innerhalb der ersten Aufenthaltswoche dient dieses Aktivitäten-Modul einer initialen Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Es bietet damit die Grundlage für eine frühe Leistungsrückmeldung an den Rentenversicherungsträger, der dadurch ebenfalls frühzeitig nachsorgende Schritte einleiten kann. Der weitere Einsatz der Aktivitäten-Module erfolgt unter therapeutischer Perspektive und wird begleitet von einer intensiven, berufsorientierten Patientenschulung. Hierbei geht es neben Wissensvermittlung insbesondere um die Förderung der Wahrnehmung berufsrelevanter Stärken und Schwächen, dem Erarbeiten von Strategien zum Umgang mit Schwierigkeiten und der Unterstützung bei der Entwicklung realistischer Zielvorstellungen.

Der Einsatz des Reha-Moduls wird ab Sommer 2010 im Rahmen eines multizentrischen, randomisierten Kontrollgruppen-Designs mit konsekutiver Datenerhebung zu fünf Messzeitpunkten bis 15 Monate nach der Rehabilitation evaluiert. Neben der Erfassung patientenbezogener Maße wie subjektive Gesundheit, Lebensqualität oder der Nutzen der Reha-Maßnahme, gilt als zentrale Fragestellung zu beantworten, ob das auf die berufliche Wiedereingliederung ausgerichtete Reha-Modul (BoReM-N) in der Lage ist, die Reintegrationsrate signifikant gegenüber der Kontrollgruppe zu steigern.

Schlussbemerkungen

Das Projekt soll wissenschaftlich fundiert nachweisen, dass die berufliche Orientierung in der Behandlung neurologisch Erkrankter die Reintegrationsquote steigern bzw. Wiedereingliederungsverläufe begünstigen und damit die Effektivität medizinischer Rehabilitation erhöhen kann. Des weiteren soll der Nutzen einer stärker aktivitätenbezogenen Diagnostik und Therapie belegt werden, der sich zum einen aus einer optimierten sozialmedizinischen Einschätzung ergibt, die eine frühzeitigere Nachsorge-Einleitung erlaubt. So werden organisatorische Schnittstellen auf Seiten der Leistungserbringer überbrückt und die in der Reha erarbeiteten Inhalte und Strategien können von den Leistungsnehmern zeitnäher in die Nachsorge eingebracht und ausgebaut werden. Zum anderen wird den Betroffenen durch den Aktivitätsbezug der Zweck der Behandlung und die Alltagsrelevanz erfahrener Defizite begreiflicher, wodurch Krankheitseinsicht und das Erkennen des (Be-)Handlungsbedarfs als wichtige Förderfaktoren für eine erfolgreiche und nachhaltige Rehabilitation begünstigt werden. Zusammenfassend werden somit günstigere organisatorische als auch personenbezogene Voraussetzungen für die berufliche Reintegration geschaffen.

Das Konzept und die Inhalte sollen zunächst vorgestellt und die Erfahrungen der ersten drei Monate berichtet werden.

Literatur

Bürger, W. (2006): Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.). Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation - Assessments, Interventionen, Ergebnisse. Lengerich: Pabst. 47-55.

Karbe, H., Küst, J. (2006): Behinderung und Arbeit - ein zentrales Aufgabenfeld der Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.). Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation - Assessments, Interventionen, Ergebnisse. Lengerich: Pabst. 126-128.

Nachsorge und Therapieregime bei Schlaganfallpatienten in Deutschland, Italien, Schweden, der Schweiz und Tschechien

Zimmermann, M. (1), Behrens, J. (2), Weber, A. (2)

(1) Universität Bremen, (2) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Das Teilprojekt C5 "Rehabilitation und Pflege zwischen Transformation und Weiterentwicklung - Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation und Pflege im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien" des SFB 580 untersucht gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken im internationalen Vergleich (Zimmermann, 2007) insbesondere nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. Hierzu werden verschiedene Datenquellen wie Routinedaten der Rentenversicherungsträger, offene und standardisierte Experten- und Klienteninterviews (Zimmermann et al., 2006) und Scientific Use Files wie z. B. des Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (share) genutzt. Share wurde erstmals 2004 als repräsentative Befragung der Bevölkerung im Alter 50+ in elf europäischen Ländern erhoben, die zweite Befragungswelle mit über 30.000 Befragten erfolgte in insgesamt 14 europäischen Ländern und Israel von Herbst 2006 bis Frühjahr 2007. Die Datensätze beider Befragungswellen sind verfügbar und ergeben eine bevölkerungsorientierte Datenquelle, die im folgenden Fall für die Auskunft zum Versorgungsverlauf nach einem Schlaganfall genutzt wird.

Unter den StudienteilnehmerInnen Deutschlands, Italiens, Schwedens, der Schweiz und Tschechiens sind in der Befragungswelle von 2006 insgesamt n=447 von einem Schlaganfall betroffene Befragte versammelt. Ihr Durchschnittsalter variiert von 70,4 Jahren (Tschechien) bis 74,9 Jahren (Schweden; $p<0,001$). Ihre Funktionseinschränkungen im Bereich der alltäglichen Tätigkeiten reichen bei sechs abgefragten Items von zwei (Schweiz und Tschechien) bis zu über vier in Italien und Deutschland ($p<0,001$). Trotz der nicht geringen Einschränkungen erhielten nur drei Betroffene in den vergangenen Jahren stationäre und ebenfalls nur drei Betroffene ambulante Rehabilitationsmaßnahmen. Dagegen erhielten weitaus mehr Betroffene kontinuierliche Hilfen im Haushalt (n=38) oder im Bereich der persönlichen Pflege (n=33). Eine Regression auf Hilfen und Rehabilitation zeigt bei einem vorwärts schrittweisen Vorgehen, dass die Zahl der Einschränkungen im ADL-Score die besten Prädiktoren für den Erhalt von Haushaltshilfen und Hilfen im Bereich der persönlichen Assistenz bei der Selbstpflege sind, nicht jedoch für kontinuierlich Therapiefortsetzung und/oder ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

Trotz geringer Häufigkeit des Schlaganfallereignisses in den einzelnen Ländersamples verdeutlicht share, dass

- die Zahl der von einem Schlaganfall Betroffenen in bevölkerungsorientierten Samples nicht der epidemiologischen Bedeutung entspricht,
- weniger Alter und Geschlecht, sondern Funktionseinschränkungen zu der erfolgreichen Zuweisung von Assistenzhilfen führen. Dennoch bleibt die Rate der Hilfen und erst recht

der Rehabilitationsmaßnahmen deutlich hinter den erwarteten Prävalenzen zurück, orientiert an den tatsächlich hohen Funktionsverlusten im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Ergebnisse zeigen trotz eingeschränkter Aussagekraft aufgrund möglicher Verzerrungen bei der Stichprobenbildung, dass nicht nur national (Schlote et al., 2008), sondern auch international eine rehabilitative Reaktion auf Funktionseinschränkungen nach Schlaganfall von Zurückhaltung bestimmt ist. Trotz nachgewiesener Therapieerfolge (Oulette et al., 2004) auch im Langzeitverlauf, ist das konkrete Zuweisungs- und Bewilligungsverhalten in den einzelnen Ländern auf Unterversorgung zu überprüfen.

Literatur

Ouelette, M.M., LeBrasseur, N.K., Bean J.F., Phillips, E., Stein, J., Frontera, W.R., Fielding, R.A. (2004): High-Intensity Resistance Training Improves Muscle Strength, Self-Reported Function, and Diasability in Long-Term Stroke Survivors. Stroke, 35. 1404-1409.

Schlote, A., Poppendick, U., Möller, C., Wessel, K., Wunderlich, M., Wallesch, C.-W. (2008): Kenntnis von Unterstützungsangeboten nach erstem Schlaganfall. Die Rehabilitation, 47. 136-144.

Zimmermann, M., Behrens, J., Höhne, A., Schaepe, C., Schmidt, A., Schubert, M. (2006): "Aber in der Regel muss ich mir das alles selber suchen und organisieren" - Rehabilitationserleben und Nachsorge nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. DRV-Schriften, Bd. 64. 380-382.

Zimmermann, M. (2007): Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz - Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung. Dissertation, Universität Halle, Medizinische Fakultät.

Gesundheitszustand von Patienten mit Schlaganfall nach Akutereignis und abgeschlossener stationärer/ambulanter Rehabilitation

Lorenz, S. (1), Schubert, M. (1), Becker, C. (1), Behrens, J. (1), Richter, D. (2), Saal, S. (1)

(1) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (2) Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Halle

Einleitung, Hintergrund, Fragestellung

Der Schlaganfall war im Jahr 2009 die fünfthäufigste Todesursache in Deutschland. Durch die fortschreitende Entwicklung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten nimmt die Zahl der überlebenden Personen zu (Foerch et al., 2008). Jedoch sind die Folgen eines Schlaganfalls häufig komplex.

Auf Grundlage einer Zwischenauswertung von Befragungsdaten des Projektes "Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement ‚Schlaganfall in Sachsen Anhalt'" (PaReSiS) wird gefragt, in welchem Umfang sich das neurologische Defizit, die kognitive Leistungsfähigkeit und die Depressivität der Personengruppe nach angeschlossener Rehabilitation im Vergleich zum Status während der Akutversorgung darstellt.

Methode

Im Rahmen der BMBF-geförderten Studie wurden zum Zeitpunkt der Akutversorgung in zwei Studienzentren (stroke units) Schlaganfallpatienten eingeschlossen (Ausschlusskriterien: Rezidiv, NIHSS Wert >25). Dabei liegen von 175 Schlaganfallbetroffenen (79 Frauen und 96 Männer) Befragungsdaten zu zwei Erhebungszeitpunkten (t_0: in der Akutklinik; t_1: zu Hause nach Entlassung aus der Klinik bzw. Rehabilitationsklinik) zur Auswertung vor. Der Zeitpunkt t_1 liegt im Mittel 49 Tage nach t_0. Personen bei denen nicht zu beiden Messzeitpunkten Daten vorliegen (z. B. in Folge dropout durch Tod oder Rückzug der Teilnahmebereitschaft), bleiben hier unberücksichtigt.

Im Rahmen des Rehabilitationsassessments wurde die Schwere des Schlaganfalls (NIHSS) und die Komorbidität zum Ereigniszeitpunkt erfasst sowie zu beiden Messzeitpunkten die kognitive Funktionsfähigkeit (MMSE) und Depressivität (GDS-Kurzform) untersucht.

Ergebnisse

Das Alter der Studienteilnehmer beträgt im Durchschnitt 68,0 Jahre (SD 12,2), wobei Frauen mit 71,6 Jahren (SD 12,7) sechs Jahre älter sind als Männer mit 65,1 Jahren (SD 11,6).

Bei Schlaganfallbetroffenen handelt es sich meist um einen mehrfach gesundheitlich belasteten Personenkreis. Zum Zeitpunkt des Schlaganfalls bestand bei mehr als der Hälfte der Personen (60 %) eine Hypertonie, welche auch als häufigste Komorbidität des Schlaganfalls gilt (Soares et al., 2010). Darüber hinaus litten je ein Drittel der Personen an einer Erkrankung des Bewegungsapparates (37 %), an Diabetes mellitus (33 %) oder an einer Durchblutungsstörung des Herzen (32 %).

Das Ausmaß des neurologischen Defizits durch Schlaganfall liegt bei den Patienten, gemessen mit dem NIHSS (Skala: 0-42) zum Zeitpunkt t_0, bei einem Durchschnittswert von 3,0 (SD 2,9). Im Geschlechtervergleich wird deutlich, dass die männlichen Teilnehmer im Durchschnitt etwas bessere NIHSS Werte aufweisen (Männer: MW 2,7, SD 2,7; Frauen: MW 3,3; SD 3,2).

Der Umfang kognitiver Einschränkungen, wird über den MMSE abgebildet (Skala 1-30) und liegt zum Zeitpunkt des Akutaufenthaltes im Durchschnitt bei 26,5. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t_1) sind die Einschränkungen mit einem MMSE-Mittelwert von 27,2 etwas geringer. Zugleich gibt es bei einem Viertel der Personen (t_0: 26 %; t_1: 23 %) Hinweise auf leichte kognitive Beeinträchtigungen (MMSE< 25 Punkte).

Hinsichtlich einer Neigung zur Depressivität (über GDS: Skala 0-15) liegen die Teilnehmer zum klinischen Befragungszeitpunkt (t_0) im Mittel bei 3,5 (SD 3,1) im "normalen" Bereich. Poststationär (zu t_1) beträgt der MW 3,0 (SD 2,9). Bei beiden Befragungszeitpunkten ist der MW des GDS-Wertes bei den Männer mit einem Niveau von $p<0,05$ signifikant niedriger (t_0 = 2,7 vs. 4,4; t_1 = 2,6 vs. 3,6).

Diskussion, Ausblick

Die ausgewerteten Skalen/Tests beschreiben den Schweregrad und die Ausdehnung der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch einen Schlaganfall. In der Auswertung bewegen sich alle Skalen in einem Bereich mit relativ geringer Einschränkung. Erklärbar ist dies zum einen durch die Ausschlusskriterien der Studie zum anderen konnte in einer Non Responder Analyse (Beckmann, 2010) aufgezeigt werden, dass hochaltrige Frauen weniger bereit wa-

ren, an der Studie teilzunehmen. Daher finden sich unter den Teilnehmern weniger ältere und schwer betroffene Personen. Perspektivisch wird zu prüfen sein, inwieweit der psychische Status der Patienten in der Nachsorgephase (Katamnese: ein Jahr nach t_1) stabil bleibt.

Literatur

Beckmann, H.S. (2010): Gesundheitsverläufe von Schlaganfallpatienten in der postakuten Phase. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bremen.

Foerch, C., Misselwitz, B., Sitzer, M., Steinmetz, H., Neumann-Haefelin, T. (2008): Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050. Deutsches Ärzteblatt. Heft 26/27 Jg. 105.

Soares, I, Abecasis, P., Ferro, J.M. (2010): Outcome of first-ever acute ischemic stroke in the elderly. Archives of gerontology and geriatrics August 3 (2010).

Einsatz segelbasierter Physiotherapie in der ambulanten Rehabilitation von Schlaganfall-Betroffenen zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Groll, C.

Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim, Holzminden, Göttingen

Einleitung

Der Schlaganfall führt bei den Betroffen nicht nur zu funktionellen Einschränkungen, sondern auch zu einer geminderten Lebensqualität (Haacke et al., 2006). Daher rückt diese als wesentliches Merkmal zunehmend in den Fokus. Weitere schwerwiegenden Folge der Behinderungen sind verminderte Aktivitäten und verminderte soziale Kontakte (Parker et al., 1997). Da die Teilnahme an Freizeitaktivitäten und Lebensqualität in einem engen Zusammenhang stehen, könnten sportliche Aktivitäten wie beispielsweise das Segeln in der Therapie genutzt werden. Da Segeln ein sehr komplexer Sport ist, müssen alle vorhandenen (Rest-)Funktio-nen genutzt werden. Außerdem wird die Rumpfmuskulatur trainiert, die Voraussetzung für zahlreiche Alltagsaktivitäten ist (Sekulic et al., 2006). Darüber hinaus finden motorische Lernprozesse statt, die alle einen externen Fokus haben. Dadurch kann der motorische Lerneffekt deutlich gesteigert werden (McNevin et al., 2000). Weiterhin wird beim Segeln auch das Feedback zu den Bewegungen ausschließlich mit externem Fokus gegeben. Zum einen erhält der Patient direktes Feedback durch die Reaktionen des Bootes und der Segel, zum anderen gibt der Therapeut Feedback. Neben diesen indirekten Einflüssen auf die Lebensqualität steigert Segeln das Selbstbewusstsein und die Zufriedenheit der Teilnehmenden (Kuhn, 2001).

In der vorliegenden Arbeit sollte daher der Einfluss segelbasierter Physiotherapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität Schlaganfall-Betroffener untersucht werden.

Methodik

Die Probanden mussten folgende Einschlusskriterien erfüllen: 18 - 80 Jahre, Zustand nach Schlaganfall vor mindestens einem Jahr, Hemiparese/-plegie, Fähigkeit des freien Sitzens und der Transfer Rollstuhl-Boden mit Hilfe möglich. Sie wurden von der Studie ausge-

schlossen, wenn weitere neurologische Erkrankungen, kognitive Einschränkungen, Neglekt, Hemianopsie, Apraxie, Aphasie oder eine Pusher-Symptomatik vorlagen.

Die Probanden segelten innerhalb von zwei Wochen zehn mal zwei Stunden mit einer Physiotherapeutin, die auch erfahrene Seglerin ist, auf einem Binnengewässer. Während des Segelns mussten die Teilnehmenden die anstehenden Aufgaben bewältigen, wie beispielsweise steuern und Segel bedienen. Außerdem gibt die Physiotherapeutin Instruktionen und Hilfestellungen, wie die betroffenen Extremitäten eingebunden werden können.

Es wurde eine Triangulationsstudie durchgeführt, wobei die Lebensqualität aus Sicht der Betroffenen mittels Leitfadeninterview erhoben und mit einer Kombination aus Deutungsmusteranalyse und Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurde. Weiterhin wurde die Lebensqualität quantitativ mittels Stroke Impact Scale untersucht. Neben dem Pre- und dem Post-Test wurde eine follow-up Messung sechs Wochen nach der letzten Intervention durchgeführt.

Ergebnisse

Die quantitativen Daten zeigten eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität, was die qualitativen Daten bestätigten. Insbesondere in der Fremd- und Selbstwahrnehmung sowie dem Selbstwertgefühl und dem Empowerment wurden deutliche Veränderungen beschrieben. Die Betroffenen konnten durch die Ausübung des Segelsports aus der Patienten-Rolle heraus in die Rolle eines sportlich-aktiven Seglers finden. Es war weiterhin ein verstärkter Einsatz der betroffenen Hand festzustellen, da die Teilnehmenden gelernt hatten, alle vorhandenen Ressourcen zu nutzen.

Diskussion

Ein physiotherapeutischer Ansatz, der auf einer sportlichen Freizeitaktivität wie dem Segeln basiert, kann in vielfacher Hinsicht zu einer gesteigerten Lebensqualität von Schlaganfall-Betroffenen beitragen. Die Veränderungen waren in den Kategorien Identität (Selbst- und Fremdwahrnehmung, Rollenausübung), Selbstwert, Empowerment, Handfunktion und Gang sowie Freizeitaktivitäten und sozialer Kontakte besonders deutlich. Somit findet die Verbesserung der Lebensqualität in allen Komponenten der ICF statt.

Die segelbasierte Physiotherapie ist ein Beispiel dafür, wie freizeitbasierte Therapieansätze sinnvoll in die Rehabilitation von Langzeitpatienten eingebunden werden können.

Literatur

Haacke, C., Althaus, A., Spottke, A., Siebert, U., Back, T., Dodel, R. (2006): Long-term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements. Stroke; a Journal of Cerebral Circulation, 37. 193-198.

Kuhn, R.E. (2001): Sailing as a transformational experience. Dissertation Abstracts Int: Section B: the Sciences and Engineering, 64. 2213.

McNevin, N.H., Wulf, G., Carlson, C. (2000): Effects of attentional focus, self-control, and dyad training on motor learning: implications for physical rehabilitation. Physical Therapy, 80. 373-385.

Parker, C.J., Gladman, J.R.F., Drummond, A.E.R. (1997): The role of leisure in stroke rehabilitation. Disability and Rehabilitation, 19.1-5.

Sekulic, D., Medved, V., Rausavljevi, N. (2006): EMG analysis of muscle load during simulation of characteristic postures in dinghy sailing. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 46. 20-27.

Evaluation der Videotherapie bei Patienten mit Schlaganfall - Eine fMRT-Untersuchung

Nedelko, V. (1,5), Hassa, T. (1), Tüscher, O. (3), Hamzei, F. (3), Weiller, C. (3), Liepert, J. (1), Schoenfeld, M.A. (1,4), Dettmers, C. (2,5)

(1) Kliniken Schmieder Allensbach (2) Kliniken Schmieder Konstanz,
(3) Neurologische Universitätsklinik Freiburg,
(4) Neurologische Universität Magedeburg, (5) Universität Konstanz

Einleitung

Spätestens seit der Entdeckung der Spiegelneurone wird Bewegungsbeobachtung als Neuromodulator in der neurologischen Rehabilitation propagiert (Binkofski et al., 2004; Buccino et al., 2006; Pomeroy et al., 2005). Erste Ansätze zur Nutzung des Spiegelneuronensystems (SNS) für zusätzliche therapeutische Effekte z. B. bei Schlaganfallpatienten erfolgten u. a. im Rahmen der Videotherapie - einem Therapieverfahren, bei dem die konzentrierte Beobachtung von alltagsrelevanten Bewegungen mit deren aktivem Üben abgewechselt wird (Ertelt et al., 2007). Das Ziel dieser Studie war es, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Nutzen und Wirkungsweise eines sechswöchigen heimbasierten Videotrainings auf motorische Fertigkeiten anhand verschiedener multidimensionaler Variablen zu gewinnen sowie die zugrundeliegenden zentralen Reorganisationsprozesse mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) zu untersuchen.

Methoden

An der vorliegenden zweifach kontrollierten klinischen Längsschnittstudie nahmen insgesamt 56 SchlaganfallpatientenInnen mit einer behandlungsbedürftigen Handparese teil, von denen 39 Datensätze in die fMRT-Auswertung einflossen. Die PatientInnen wurden randomisiert einer von drei Gruppen zugewiesen. Die TeilnehmerInnen der Video-Gruppe übten 6 Wochen lang täglich ca. 1 Stunde anhand von Videos. In der Text-Gruppe erfolgte die Instruktion der Übungen schriftlich anhand einer Stichwortliste. Eine Kontrollgruppe von Patienten, die sog. "usual care"-Gruppe, führte kein spezifisches Training durch. Vor und nach dem Training wurden die Patienten mittels standardisierter motorischer Tests und Skalen zur Selbst- und Fremdbeurteilung der Qualität und Quantität der Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall, der Motorik und der Bewegungsvorstellung untersucht, sowie ein fMRT durchgeführt. Bei der fMRT-Untersuchung bekamen die ProbandInnen Hand-Objekt-Interaktionen dargeboten, die sie entweder in Form von statischen Bildern angeschaut haben, oder als Bewegungsvideos beobachtet (OBS) und sich vorgestellt (IMA) haben. Die drei Bedingungen wurden in 16 Sekunden langen Blöcken in Abwechslung mit einem Fixationskreuz als baseline-Bedingung pseudorandomisiert dargeboten. Die Daten wurden an einem 1,5 Tesla-Gerät von Philipps erhoben und mit SPM5 ausgewertet. Die Ergebnisse wer-

den im Folgenden unkorrigiert ab einer Clustergröße von mehr als 10 Voxeln dargestellt, wobei die Daten so normalisiert wurden, dass links immer die läsionierte Hemisphäre war.

Ergebnisse

Beide übende Verfahren (Video- und Textgruppe) haben sich als wirksamer gegenüber der Kontrollgruppe ohne besondere Intervention erwiesen, sowohl nach den subjektiven Angaben der PatientInnen in den beiden Fragebögen (**M**otor **A**ctivity **L**og, MAL und **S**troke **I**mpact **S**cale, SIS), als auch nach dem (objektiven) motorischen Test, dem **N**ine **H**ole **P**eg **T**est (NHPT). Die SIS spricht sogar für die bessere Wirksamkeit des Videotrainigs im Vergleich zur Textgruppe.

Im fMRT zeigten die drei Gruppen ein relativ ähnliches Aktivierungsmuster bei der PRE- und POST-Messung während der Bewegungsbeobachtung und der Bewegungsvorstellung. Auffällig sind dabei die Aktivitätszunahmen im superioren parietalen Kortex (SPL) bei Bewegungsbeobachtung und in den prämotorischen Arealen (PM und SMA) und im Cerebellum bei Bewegungsvorstellung nach dem Training bei der Videogruppe. Die Berechnung der Aktivierungsunterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten zeigt in der "usual-care"-Gruppe keinerlei Veränderungen und in der Text-Gruppe eine Aktivitätsabnahme im kontraläsionalen präfrontalen Cortex (PFC). In der Videogruppe hingegen waren zahlreiche Aktivitätszunahmen und -abnahmen zu beobachten, die sich auch in der direkten Kontrastierung der Video-Gruppe mit der "usual-care"-, bzw. mit der Text-Gruppe widerspiegelten.

Schlussfolgerung

Die Evaluation der Videotherapie auf Verhaltensebene deutet auf eine bessere Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des Videotrainings im Gegensatz zu den beiden anderen untersuchten Therapieverfahren. Im fMRT zeigten sich in der Videogruppe trainingsinduzierte (vor versus nach Training) Veränderungen in einem Netzwerk aus visuellen, somatosensiblen und motorischen Arealen und Kontrollstrukturen, die in der Textgruppe deutlich weniger ausgeprägt und in der "usual-care"-Gruppe nicht zu beobachten waren.

Literatur

Binkofski, F., Ertelt, D., Dettmers, C., Buccino, G. (2004): Das Spiegelneuronensystem und seine Rolle in der neurologischen Rehabilitation. Neurologie und Rehabilitation, 3. 113-120.

Buccino, G.A., Solodkin, A., Small, S.L. (2006): Functions of the mirror neuron system: implications for neurorehabilitation. Cognitive and Behavioral Neurology, 19/1. 55-63.

Ertelt, D., Small, S., Solodkin, A., Dettmers, C., MyNamara, A., Binkofski, F., Buccino, G. (2007): Action observation has a positive impact on rehabilitation of motor deficits after stroke. Neuroimage, 36. 164-173.

Pomeroy, V.M., Clark, C.A., Miller, J.S., Baron, J.C., Markus, H.S., Tallis, R.C. (2005): The potential for utilizing the "mirror neurone system" to enhance recovery of the severely affected upper limb early after stroke: A review and hypothesis. Neurorehabilitation and Neural Repair, 19/1. 4-13.

Auswirkungen von Kraftausdauertraining auf die Gehstrecke von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK)

Mauch, E. (1), Serowy, A. (1), Jadczak, A. (1), Götte, L. (1), Kleinöder, H. (2), Montiel, G. (1), May, E. (3), Schmitz, S. (1), Bjarnason-Wehrens, B. (1)

(1) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln,
(2) Institut für Trainingswissenschaft und Sportinformatik, Deutsche Sporthochschule Köln
(3) Kardiologisch-Angiologische Gemeinschaftspraxis Köln

Einleitung

Das Gehtraining wird in Leitlinien als optimale Trainingstherapie bei pAVK-Patienten empfohlen (Hirsch et al., 2006). Wenige Untersuchungen haben den Effekt alternativer bzw. zusätzlicher Trainingskonzepte bei pAVK-Patienten untersucht. Untersuchungen haben einen positiven Einfluss eines alleinigen langfristigen Kraftausdauertrainings auf die schmerzfreie Gehstrecke demonstriert (McGuigan et al., 2001).
Studienziel war es, den Einfluss von kombiniertem Kraftausdauer- und standardisiertem Gehtraining im Vergleich zu Gehtraining auf die maximale schmerzfreie Gehstrecke und die funktionelle Kapazität von Patienten mit pAVK zu überprüfen.

Methode

Die Untersuchungsgruppe (17 pAVK-Patienten Stadium II, mittleres Alter 66,9±6,9 Jahre, 14 Männer, 3 Frauen) wurde anhand einer Cluster-Randomisierung in zwei Interventionsgruppen eingeteilt. Die Gruppe II war mit 62,9±7,3 Jahren signifikant (p=0,026) jünger als die Gruppe I mit 70,4±4,2 Jahren. Die Gruppen unterschieden sich hinsichtlich der angiologischen Diagnosen nicht. Beide Gruppen nahmen an einer 12-wöchigen Trainingsintervention mit zwei Mal die Woche 90 Minuten Training teil. Patienten der Interventionsgruppe I (n=9, 2 Patienten Drop Out) nahmen an einem kombinierten Kraftausdauertraining mit Biofeedback (60min) und standardisiertem Gehtraining (30 Min.) teil. Patienten der Interventionsgruppe II (n=8) absolvierten ein standardisiertes Gehtraining (30 Min.) mit zusätzlich leichter funktioneller Gymnastik (60 Min.). Vor Beginn (T1) und nach Abschluss (T2) des Trainings wurde die maximale schmerzfreie Gehstecke mittels Laufbandtest (12 % Steigung bei 3 km/h) sowie die funktionelle Kapazität mittels 6-Minuten-Gehtest bestimmt. Für die statistische Analyse wurde eine mehrfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung angewandt.

Ergebnisse

In der Gesamtgruppe kam es zu einer signifikanten Verlängerung der mittels Laufband gemessenen mittleren maximalen Gehstrecke (MG) um 30 % (von 148,6±133,8m zu 193,6±137,4m, p=0,002). Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede (Faktor Gruppe; p=0,098). In beiden Gruppen wurde die MG signifikant verlängert (Faktor Zeit; p=0,004). In der Gruppe I wurde die MG von 91,4±19m auf 142,4±48,6m um 56 %, in der Gruppe II von 229±186,8m auf 265,2±193,3m um 16 % verlängert. Es wurde keine Wechselwirkung zwischen den Gruppen festgestellt (Faktor Gruppe/Zeit; p=0,535). In der

Gesamtgruppe wurde die Maximale 6-Minuten-Gehstrecke (6MWD) von 379,6±96,4m auf 393,1±103,7m (p=0,268) um 4 % verlängert. Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede (Faktor Gruppe; p=0,107). In beiden Gruppen wurde die 6MWD nicht signifikant verlängert (Faktor Zeit; p=0,280). In der Gruppe I wurde die 6MWD von 341,7±96,3m auf 349,6±99,1m um 2 %, in der Gruppe II von 423,8±81,8m auf 444±91m um 5 % verlängert. Es wurde keine Wechselwirkung zwischen den Gruppen festgestellt (Faktor Gruppe/ Zeit; p=0,621).

Diskussion und Ausblick

Bei der dargestellten Untersuchung handelte es sich um eine Pilotstudie. Das Kraftausdauertraining wurde von den Patienten gut toleriert. Durch beide Trainingsinterventionen kam es zu einer signfikanten Verlängerung der MG. Der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant. Die Ergebnisse zeigen jedoch prozentual eine deutlichere Verbesserung der MG durch das kombinierte Training. Die funktionelle Kapazität, ermittelt durch den 6 Minuten Gehtest, wurde nicht verändert. Die Schwächen der Untersuchung sind die Clusterrandomisierung und die kleine Patientenzahl. Die Ergebnisse ermutigen jedoch, dieses Thema in einer größer angelegten randomsierten, kontrollierten Studie aufzunehmen und zu untersuchen.

Literatur

Hirsch, A.T., Haskal, Z.J., Hertzer, N.R., Bakal, C.W., Creager, M.A., Halperin, J.L., Hiratzka, L.F., Murphy, W.R.C., Olin, J.W., Puschett, J.B., Rosenfield, K.A., Sacks, D., Stanley, J.C., Taylor, L.M. Jr, White, C.J., White, J., White, RA., Antman, E.M., Smith, S.C. Jr, Adams, C.D., Anderson, J.L., Faxon, D.P., Fuster, V., Gibbons, R.J., Halperin, J.L., Hiratzka, L.F., Hunt, S.A., Jacobs, A.K., Nishimura, R., Ornato, J.P., Page, R.L., Riegel, B. (2006): ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic). J Am Coll Cardiol, 47. 1239-1312.

McGuigan, M.R., Bronks, R., Newton, R.U., Sharman, M.J., Graham, J.C., Cody, D.V., Kraemer, W.J. (2001): Resistance training in patients with peripheral arterial disease: effects on myosin isoforms, fiber type distribution, and capillary supply to skeletal muscle. Biological Sciences, 56A (7). B302-B310.

Geschlechtsspezifische Effekte eines funktionalen Trainings versus Standard-Anschlussrehabilitation auf Kraft und maximale Leistungsfähigkeit bei sehr alten Patienten frühzeitig nach Bypass-*Operation*

Busch, C. (1), Willemsen, D. (1), Placke, J. (2), Bjarnason-Wehrens, B. (2)

(1) Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde, (2) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Fragestellung

Frauen und Männer unterscheiden sich bezüglich der körperlichen Voraussetzungen zu Beginn einer Anschlussrehabilitation (AHB) (Ades et al., 2006). Ziel der Studie war ein Vergleich geschlechtsspezifischer Effekte eines täglichen, funktionalen Trainings vs. Standard-AHB auf Kraft und maximale Leistungsfähigkeit bei sehr alten Patienten, früh nach einer Bypass-Operation (ACB).

Methode

In dieser prospektiven, randomisierten und kontrollierten Studie wurden 121 Patienten ≥ 75 Jahre (Durchschnittsalter 78,6±3,2 Jahre) einer Interventionsgruppe (IG, zusätzlich zur Standard-AHB tägliches Kraft- und Gleichgewichtstraining) oder einer Kontrollgruppe (KG, Standard-AHB) zugeordnet. 14 Patienten brachen aus Gründen, die nicht auf die AHB zurückzuführen waren, ab. Demnach konnten die Ergebnisse von 107 Patienten analysiert werden. IG (n=51, m/w; 34/17), KG (n=56, m/w; 40/16). Alle Patienten verblieben im Durchschnitt 20,7±2,3 Tage in der stationären AHB, die durchschnittlich 13,1±5,1Tage postoperativ begann. Das Krafttraining bestand aus 4 Übungen (Einsatztraining von 8-12 Wiederholungen, bei 60 % des 1 Repetition Maximums). Ein symptomlimitierter kardiopulmonaler Belastungstest und eine isometrische Kraftmessung wurden zu Beginn und am Ende der AHB durchgeführt. Für die statistische Analyse wurde ANOVA genutzt.

Ergebnis

Zu Beginn der AHB war die VO_2-peak und die Muskelkraft des Quadriceps bei Frauen signifikant geringer als bei männlichen Patienten (p(Geschlecht)<0,001). Beide Gruppen und Geschlechter verbesserten das VO2-peak signifikant durch die AHB (p<0,001): IG Männer von 11,2±1,9 auf 13,9±2,9ml/min/kg; IG Frauen von 9,1±2,0 auf 11,6±2,1ml/min/kg; KG Männer von 11,7±2,7 auf 13,9±2,9ml/min/kg; KG Frauen von 9,8±2,0 auf 11,1±3,2 ml/min/kg. Gleiche Ergebnisse zeigten sich für Watt/kg (p(Zeit)<0,001): IG Männer von 0,49±0,15 auf 0,70±0,20Watt/kg; IG Frauen von 0,45±0,15 auf 0,65±0,36Watt/kg; KG Männer 0,57±0,19 auf 0,71±0,19Watt/kg; KG Frauen von 0,50±0,13 auf 0,59±0,14Watt/kg. Es konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede für die Effekte der AHB auf die Leistungsfähigkeit beobachtet werden (Interaktion VO2 peak IG: p=0,705; KG: p=0,301, Interaktion Watt/kg IG: p=0,851; KG p=0,116). Durch die AHB konnte weder die IG (p=0,059) noch die KG (p=0,117) die Kraft signifikant steigern: IG Männer von 361,9±121,3 auf 429,0±131,0Nm; IG Frauen von 217,9±74,8 auf 216,8±83,9Nm; KG Männer 315,0±107,5 auf 402,8±158,4Nm; KG Frauen von 239,2±80,7 auf 220,3±71,2Nm. In der IG war die Interaktion nicht signifikant (p=0,051), hingegen war sie es bei der KG (p<0,05).

Diskussion und Schlussfolgerung

Bei sehr alten Patienten nach ACB-Operation beginnen Frauen die AHB mit einer geringeren Leistungsfähigkeit und geringeren Muskelkraft als männliche Patienten. Als Resultat der AHB konnten beide Gruppen die maximale Leistungsfähigkeit, ohne Unterschied zwischen den Geschlechtern, verbessern. Demgegenüber wurde die Muskelkraft nur bei Männern verbessert, nicht aber bei Frauen. Dieses Ergebnis könnte durch die intrinsische Motivation während der Testdurchführung erklärt werden (Hollmann, Strüder, 2009).

Literatur

Ades, P.A., Savage, P.D., Brawner, C.A., Lyon, C.E., Ehrman, J.K., Bunn, J.Y., Keteyian, S.J. (2006): Aerobic capacity in patients entering cardiac rehabilitation. Circulation, 13; 113 (23). 2706-2712.

Hollmann, W., Strüder, H.K. (Hrsg.) (2009): Sportmedizin. Stuttgart, New York: Schattauer.

Ambulante kardiologische Langzeitrehabilitation: Wer nimmt teil? - Retrospektive Kohortenstudie

Piso, B., Tüchler, H.

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien

Hintergrund

In Österreich werden seit wenigen Jahren ausschließlich ambulant durchgeführte, 6-12-monatige kardiologische (Phase III) Rehabilitationsprogramme angeboten. Deren Ziel ist die Stabilisierung der in der vorangegangenen vierwöchigen, meist stationären Anschlussrehabilitation (Phase II) erzielten Effekte. Weiter soll der Lebensstil der Patienten langfristig positiv verändert werden, um eine Progression der bestehenden Erkrankung zur verhindern bzw. neue Erkrankungen zu vermeiden. Während nach einem akuten kardiologischen Ereignis - je nach Indikation - noch bis zu 50 % der Patienten eine Phase II Rehabilitation absolvieren (ca. 19.000 Patienten jährlich), wird die Phase III nur mehr von weniger als 10 % der Phase II Patienten beansprucht (ca. 1.500 Patienten jährlich). Welche Patienten dieses Angebot nutzen, wurde kaum beschrieben. Im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie der Phase III (Gyimesi et al., 2010; Piso et al., 2010) wurden Unterschiede zwischen den Patientenpopulationen festgestellt.

Methode

Retrospektive Kohortenstudie von 1.239 Patienten mit Phase III (+PIII) und 1.620 Patienten ohne Phase III (-PIII)). Es wurden Personenstammdaten, Befunddaten sowie Abrechnungsdaten aus unterschiedlichen Datenquellen (Befunde/ Entlassungsbriefe von ambulanten/ stationären Rehabilitationsaufenthalten, Folgekostenrechnungsdaten, Minimum Basic Dataset) zusammengeführt und vor der Analyse pseudonymisiert. Die Auswertung wurde in einem Pilotzentrum entwickelt und auf weitere sechs Zentren angewendet.

Ergebnis

Am Ende der Phase II unterschieden sich die Gruppen in einigen Charakteristika: der Anteil an Patienten mit ambulanter Phase II lag in den PIII-Gruppen bei 0,4 % und 0,1 %, in den +PIII-Gruppen jedoch bei 10.6 % und 86.9 %. Berufsstand und Erwerbstatus zeigten ebenfalls signifikante Gruppenunterschiede. Klinische Parameter waren gleichartig verteilt, ausgenommen systolischer Blutdruck und HDL Cholesterin (in +PIII etwas höher als in -PIII). Das Mortalitätsrisiko der +PIII war bereits am Beginn der Phase III geringer als jenes der -PIII und ebenso geringer als nach der Populationsmortalität zu erwarten wäre. Wir beobachteten in den -PIII etwas mehr Krankenhausaufenthalte und eine meist höhere Inanspruchnahme an niedergelassenen Allgemeinmedizinern als in den +PIII.

Diskussion

Die Studienergebnisse geben Hinweise darauf, dass sich +PIII-Patienten schon zu Beginn des Beobachtungszeitraumes (Ende Phase II bzw. Anfang Phase III) markant von -PIII-Patienten unterscheiden. Tendenziell bessere Langzeitwerte nach Phase III könnten daher auf der (Selbst-)Selektion gesundheitsbewussterer oder weniger belasteter Patienten zur Phase III-Teilnahme beruhen. Aufgrund des nicht randomisierten Studiendesigns ist die Abschätzung des kausalen Effektes der Phase III nicht möglich.

Schlussfolgerungen

Zukünftige prospektive Studien sollten Überlegungen zu Patientenpräferenzen und Zuweisungskriterien berücksichtigen, um die Phase III Teilnehmer besser beschreiben, und deren indikationsabhängigen Nutzen aus der Phase III beurteilen zu können. Nur dann können Patienten gezielter zu Langzeitrehabilitationsmaßnahmen zugewiesen und Programmdauer und -intensität dem unterschiedlichen Bedarf (und den unterschiedlichen Bedürfnissen) der Patienten besser angepasst werden.

Literatur

Gyimesi, M., Piso, B., Tüchler, H. (2010): Ambulante Kardiologische Rehabilitation. Teil 3a: Retrospektive Kohortenstudie (mit/ohne Phase III Rehabilitation) - explorative Analyse und Entwickelung eines Auswertungskonzepts. HTA-Projektbericht 31a. Verfügbar unter http://eprints.hta.lbg.ac.at/875/.

Piso, B., Gyimesi, M., Tüchler, H. (2010): Ambulante Kardiologische Rehabilitation. Teil 3b: Retrospektive Kohortenstudie (mit/ohne Phase III Rehabilitation) - Anwendung des Auswertungskonzepts. HTA-Projektbericht 31b. Verfügbar unter http://eprints.hta.lbg.ac.at/876/.

Ein Vergleich von bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden hinsichtlich relevanter Outcomekriterien: Zwischenergebnisse einer laufenden Erhebung

Karoff, J. (1), Kittel, J. (1), Huber, D. (3), Karoff, M. (1,2,3)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney, (2) Klinik Königsfeld, Ennepetal, (3) Universität Witten/Herdecke

Hintergrund

Seit Jahren steigt die Zahl der Herzklappenoperationen in Deutschland (1998: 14.286 Fälle; 2009: 23.556, vgl. Bruckenberger, 1999, 2010) und damit wächst der rehabilitative Versorgungsbedarf. Für diese Patientengruppe liegen nur wenige wissenschaftliche Daten über die individuellen Voraussetzungen, die Art der Durchführung und die Effektivität der medizinischen Rehabilitation vor. Über eine Vergleichsuntersuchung von bypass- und herzklappenoperierten Rehabilitanden sollen Informationen über die gegenwärtige Behandlungspraxis gewonnen und Hinweise auf den Gestaltungsbedarf der rehabilitativen Versorgung abgeleitet werden.

Methodik

Die untersuchte Stichprobe rekrutiert sich aus der Grundgesamtheit der bypass- (B) oder herzklappenoperierten (HK) Rehabilitanden der Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen aus den Jahren 2009 und 2010. Zusätzlich erfolgt der Einschluss von Rehabilitanden mit Zustand nach Kombinationseingriff (K) - d. h. Bypass- und Herzklappenoperation -, deren Vorkommen am Erhebungsort relativ gering ist. Die Datenerhebung erfolgt zu Beginn (t1) und am Ende der Rehabilitation (t2) sowie sechs Monate nach Rehabilitationsabschluss (t3). Zielkriterien sind die Lebensqualität resp. der Gesundheitszustand sowie die Zufriedenheit mit der Rehabilitation. Ermittelt werden u. a. die subjektiven Erwartungen bzw. die Bewertung der Rehabilitation, der Gesundheitsstatus und Komplikationen, rehabilitative Leistungen und bio-psycho-soziale Daten. Datenerhebungen finden seit November 2009 bis Januar 2012 statt. Die Untersuchung wird vom Verein für Rehabilitationsforschung Norderney gefördert.

Zwischenergebnisse

Bis Oktober 2010 konnten insgesamt 321 Rehabilitanden für den ersten Messzeitpunkt rekrutiert werden (B: 190, HK: 115, K: 16). Die Gruppe der Herzklappenoperierten weist den mit Abstand höchsten Frauenanteil von rund 32 % auf (B + K jeweils: 18 %). Hinsichtlich der Altersverteilung zeigen Bypassoperierte die größte Homogenität (ø 58,3 Jahre ± 9,1), bei Herzklappenoperierten liegt die deutlichste Altersstreuung vor - mit sowohl dem jüngsten (23 Jahre) als auch dem ältesten (89 Jahre) Studienteilnehmer (ø 58,7 Jahre ± 15,3). Patienten mit Kombinationseingriff sind mit dem höchsten Durchschnittsalter assoziiert (ø 66,1 Jahre ± 13,9).

Bei den Erwartungen an die Rehabilitation zeichnet sich ein deutlicher Trend ab: das Merkmal der Bypassoperation geht auf allen vier Dimensionen des FREM-17 mit den höchsten Ausprägungen einher (Wohlbefinden/Erholung: 70 %; Diagnose/Therapie: 88 %; Krankheitsbewältigung: 73 %; Beruf/Rente: 54 %; jeweils normierte Gruppenmittelwerte), während bei

den kombinationsoperierten Patienten durchgängig die geringsten Erwartungen vorliegen (K: 61 %; 85 %; 52 %; 26 %); (HK: 63 %; 87 %; 66 %; 51 %).

Die Bewertung des Gesundheitszustandes auf der Basis der visuellen Analogskala (VAS) des EuroQol zeigt für alle drei Gruppen einen positiven Trend innerhalb der Rehabilitationsphase. Zum Messzeitpunkt t3 fallen die bypass- und kombinationsoperierten Rehabilitanden allerdings wieder hinter das zum Rehabilitationsende erreichte Niveau zurück. Nur die Gruppe der Herzklappenoperierten berichtet zum dritten Messzeitpunkt eine weitere durchschnittliche Steigerung des Gesundheitszustandes. Auf der Basis des bis März 2011 erwarteten Rücklaufs an t3-Erhebungen wird u. a. gezeigt werden können, ob dieser positive Trend auch für die große Teilgruppe der Herzklappenoperierten mit hohem Lebensalter systematisch ist.

Diskussion

Die hier jeweils nur angedeutete Heterogenität sowohl zwischen den drei Untersuchungsgruppen als auch innerhalb der Gruppe der Herzklappenoperierten unterstreicht die Relevanz der angestellten Vergleichsuntersuchung. Bereits an der bemerkenswerten Altersstreuung und einer uneinheitlichen Komplikationslage der herzklappenoperierten Rehabilitanden deutet sich der Bedarf an elaborierten, patientenbezogenen Rehabilitationsangeboten an. Die ersten Zwischenergebnisse zur VAS-Skala lassen darüber hinaus den vorläufigen Schluss zu, dass nach Bypass- bzw. Kombinationsoperation nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung weitere Interventionen zur Nachhaltigkeit der Rehabilitation geboten sind, während die in der Regel nicht mit Lebensstilfaktoren assoziierte Herzklappenerkrankung eine krankheitsspezifische, gezielte Rehabilitation zur Krankheitsbewältigung erforderlich zu machen scheint.

Literatur

Bruckenberger, E. (1999): Herzbericht 1998 mit Transplantationschirurgie. Hannover. 27.
Bruckenberger, E. (2010): Herzbericht 2009. Hannover. 61.

Wirken Tabakentwöhnungsprogramme in der kardiologischen Rehabilitation? - Ergebnisse der CARO-QMS-Studie

Stamm-Balderjahn, S., Schleicher, S.

Abteilung Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Ein wesentlicher Risikofaktor für eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei Patienten, die an einer koronaren Herzerkrankung (KHK) leiden, ist das Rauchen. So haben Patienten, die nach einem erlittenen Herzinfarkt weiter rauchen - verglichen mit nicht rauchenden Patienten - ein 50 % höheres Risiko für ein weiteres koronares Ereignis (Rea et al., 2002). Wenn KHK-Patienten aufhören zu rauchen, reduziert sich für sie das Risiko zu sterben um 36 %. Des Weiteren ist die Rate an nicht tödlichen Myokardinfarkten nach einem Rauchstopp signifikant erniedrigt (Critchley, Capewell, 2004). In einer randomisierten kontrollierten Studie untersuchten Mohiuddin et al. (2007) ein Interventionsprogramm zur Tabakentwöhnung, das regelmäßige Beratungen, Verhaltenstherapie und Psychoedukation umfasste. Die Zielgruppe waren regelmäßige Raucher mit kardiovaskulärer Erkrankung. Es fand sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Mortalität zugunsten der Interventionsgruppe. Anhand der Studie Cardiac Rehabilitation Outcome - Quality Management Survey - (CARO-QMS), die von der DRV Bund gefördert wurde, soll die Wirksamkeit von Tabakentwöhnungsprogrammen bei kardiologischen Rehabilitanden untersucht werden.

Methode

An der multizentrischen Längsschnittstudie haben 999 Patienten (82,2 % männlich, 17,8 % weiblich) aus 18 Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen. Einschlusskriterien waren eine gesicherte KHK mit und ohne Bypass-OP. Neben der Erhebung der Prozessdaten und der Erfassung der klinisch-therapeutischen Leistungen (KTL) in den jeweiligen Einrichtungen erfolgte eine schriftliche Patientenbefragung jeweils zu Beginn der Rehabilitation (n = 919, Response = 92 %), am Ende (n = 871, Response = 87 %) sowie sechs Monate (n = 798, Response = 80 %) und zwölf Monate (n = 654, Response = 65,5 %, Stand Oktober 2010) nach Reha.

Ergebnisse

Zu Beginn der Reha gaben 126 (13,7 %) der Rehabilitanden an, dass sie zu diesem Zeitpunkt geraucht haben. Die Raucherquote bei den Männern betrug 13,2 %, bei den Frauen 16,1 %. Am Tabakentwöhnungsprogramm (KTL-Code F055, Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Tabakentwöhnung) während der Rehabilitation nahmen 76 (60,3 %) Rehabilitanden teil, 40 (31,8 %) bekamen diese Leistung nicht verordnet, von 10 Rehabilitanden (7,9 %) lag kein KTL-Bogen vor, da für diese Rehabilitanden die DRV nicht Leistungsträgerin war. Während des Rehabilitationsaufenthalts erhielt niemand eine medikamentöse Therapie. Die Anwendung von Nikotinersatzpräparaten wurde lediglich in der Phase-III-Rehabilitation erhoben.

Von den 126 Rehabilitanden, die zu Beginn der Reha rauchten, haben 102 den Fragebogen auch am Ende der Reha ausgefüllt. Von diesen 102 waren 60 (58,8 %) Rehabilitanden weiterhin Raucher und 42 (41,2 %) haben während der Reha das Rauchen aufgegeben. 62 Rehabilitanden hatten am Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen, 35 nahmen nicht daran teil und für 5 Rehabilitanden lag kein KTL-Bogen vor. Von den teilnehmenden Rehabilitanden gaben 24 das Rauchen auf, 38 rauchten weiterhin. Von den nicht am Programm teilnehmenden Rehabilitanden wurden 15 zu Nichtrauchern und 20 rauchten auch am Ende der Reha. Damit lag die Nichtraucherquote für die teilnehmenden Rehabilitanden bei 38,7 %, für die nicht teilnehmenden bei 42,9 %. Die Unterschiede zwischen der Gruppe der Rehabilitanden, die am Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen hat und der Gruppe, die nicht teilgenommen hat, sind nicht signifikant ($p=0.69$). Auch die Anzahl und damit die Dauer der therapeutischen Leistung zur Tabakentwöhnung hatten zwar tendenziell einen positiven, aber keinen signifikanten Einfluss auf das Verhalten von rauchenden Rehabilitanden ($p>0.05$). Durchschnittlich hatte jeder Rehabilitand 140 Minuten (Range: 30-420 min) an der Maßnahme zur Tabakentwöhnung teilgenommen. Diejenigen, die das Rauchen aufgaben ($n = 24$), nahmen durchschnittlich 170 Minuten teil, diejenigen, die weiterhin rauchten ($n = 38$), durchschnittlich 130 Minuten. Erst ab einer Dauer von 225 Minuten konnte ein wirksamer Effekt festgestellt werden.

Schlussfolgerungen

Eine generelle Wirksamkeit des während des Rehabilitationsaufenthalts durchgeführten Tabakentwöhnungsprogramms (KTL-Code F055) konnte nicht nachgewiesen werden. Allerdings kann ab einer Dauer von 225 Minuten eine Wirkung erwartet werden.

Literatur

Critchley, J., Capewell, S. (2004): Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev, 1.

Mohiuddin, S.M., Mooss, A.N., Hunter, C.B., Grollmes, T.L., Cloutier, D.A., Hilleman, D.E. (2007): Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. Chest, 131. 446-452.

Rea, T.D., Heckbert, S.R., Kaplan, R.C., Smith, N.L., Lemaitre, R.N., Psaty, B.M. (2002): Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. Ann Intern Med, 137. 494-500.

Bedeutung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz für die kardiologische Rehabilitation

Langer, T. (1), Schwaab, B. (2), Weinbrenner, S. (1), Ollenschläger, G. (1)

(1) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, (2) Klinik Höhenried gGmbH der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, Bernried am Starnberger See

Hintergrund und Zielsetzung

Im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) von BÄK, KBV und AWMF beim Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wurde zwischen 2007 und 2010 durch eine multiprofessionelle, von insgesamt 10 medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der AkdÄ besetzte Autorengruppe die NVL Chronische Herzinsuffizienz (CHI) erstellt. In der Leitlinie wird auch zum Stellenwert der kardiologischen Rehabilitation Stellung genommen. An dieser Stelle sollen Methoden und Ergebnisse der Leitlinienentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der rehabilitativen Versorgung diskutiert werden

Methoden

Zu Beginn der Leitlinienarbeit wurden evidenzbasierte Leitlinien zur CHI recherchiert, hieraus die Empfehlungen zur Rehabilitation zusammengestellt und ergänzend eine systematische Recherche zu Studien über CHI-Rehabilitation durchgeführt (Medline/Pubmed, Cochrane Library, PEDro). Auf der Grundlage der Rechercheergebnisse wurden Empfehlungen zur kardiologischen Rehabilitation formuliert und in einem formalen Konsensusprozess abgestimmt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden bei der Leitlinienrecherche vier Dokumente gefunden, die Angaben zur Rehabilitation enthielten und als Quelldokumente für die NVL-Entwicklung genutzt. Im Rahmen der Studienrecherche wurden sechs Studien zu rehabilitativen Fragen identifiziert, die in der NVL zitiert werden (Austin et al., 2005; Holubarsch et al., 2007; Radzewitz et al., 2002; Rauch et al., 2005; Schwaab et al., 2007; Reibis et al., 2006).

Unter Berücksichtigung dieser Evidenz konsentierte die Leitliniengruppe insgesamt drei Empfehlungen zur Rehabilitation, bei einer Gesamtmenge von 127 Empfehlungen in der NVL. Die Empfehlungen der NVL zur Rehabilitation berücksichtigen die Beurteilung des medizinischen Nutzens der einzelnen Komponenten der kardialen Rehabilitation (Training, Schulung, psychosoziale Betreuung, Optimierung der medikamentösen Therapie). Randomisierte Studien, die den medizinischen Nutzen einer in Deutschland üblichen Rehabilitationsmaßnahme (als Kombination unterschiedlicher Therapieansätze) bei chronischer Herzinsuffizienz untersucht haben, konnten nicht identifiziert werden. Die positive Beurteilung der einzelnen Komponenten erklärt die Vergabe eines mittleren Empfehlungsgrades (B) für die

Indikationen zur Rehabilitation trotz der fehlenden direkten Evidenz für die Kombinationstherapie als solche.

Schlussfolgerung

In der NVL CHI wurden erstmals in einer deutschen Leitlinie zur chronischen Herzinsuffizienz Empfehlungen zur Rehabilitation entwickelt. Eine kardiologische Rehabilitationsmaßnahme wird bei NYHA II-III sowie bei klinisch stabilisierten Patienten nach Dekompensation empfohlen, wenn als Ursache der Herzinsuffizienz eine koronare Herzkrankheit und/oder eine hypertensive Herzkrankheit vorliegt. Sie wird insbesondere dann als sinnvoll erachtet, wenn die Optimierung der Herzinsuffizienzmedikation häufiger Kontrollen bedarf, die körperliche Trainingstherapie noch initiiert und anfänglich überwacht werden muss, ein besonderer Bedarf an Schulungen und/oder Lebensstilinterventionen besteht, Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und/oder bei der psychischen Stabilisierung notwendig ist oder die Aussicht auf Stabilisierung bzw. Verbesserung der sozialen und/oder insbesondere der beruflichen Teilhabe besteht. Neben den Indikationen werden in der NVL CHI auch die notwendigen Inhalte der Rehabilitationsmaßnahmen und das Entlassungsmanagement adressiert. In zukünftigen, möglichst randomisierten Studien sollte untersucht werden, welche Endpunkte durch eine kardiale Rehabilitation bei CHI verbessert werden können, wie groß die jeweiligen Effekte sind und welche Patientengruppen besonders profitieren.

Literatur

Austin, J., Williams, R., Ross, L., Moseley, L., Hutchison, S. (2005): Randomised controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. Eur J Heart Fail, 7: 411-417.

Holubarsch, C.J.F., Brantner, A., Schandelmeyer, A., Frankenstein, L., Zugck, C. (2007): Influence of a structured, multimodal, stationary rehabilitation intervention on NT-proBNP values in patients with congestive heart failure NYHA II - III - a multicenter six-months-study. Eur Heart J, 28 Suppl. 412.

Radzewitz, A., Miche, E., Herrmann, G., Nowak, M., Montanus, U., Adam, U., Stockmann, Y., Barth, M. (2002): Exercise and muscle strength training and their effect on quality of life in patients with chronic heart failure. Eur J Heart Fail, 4. 627-634.

Rauch, B., Schneider, S., Gitt, A., Liebhart, C., Jünger, C., Winkler, R., Schiele, R., Senges, J. (2005): Short-term cardiac rehabilitation after myocardial infarction-results from the acute coronary syndrom registry (ACOS). Eur Heart J, Suppl. P3033.

Reibis, R., Dovifat, C., Dissmann, R., Ehrlich, B., Schulz, S., Stolze, K., Wegscheider, K., Völler, H. (2006): Implementation of evidence-based therapy in patients with systolic heart failure from 1998-2000. Clin Res Cardiol, 95. 154-161.

Schwaab, B., Waldmann, A., Katalinic, A., Poppe, B., Sheikhzadeh, A., Raspe, H. (2007): One year follow-up after acute coronary artery disease - immediate hospital discharge versus cardiac rehabilitation. Circulation, 1160 Suppl 16:II. 802.

Kurzfristige Effektivität des interdisziplinären psycho-kardiologischen Behandlungskonzepts für kardiologische Rehabilitanden mit erhöhter psychischer Belastung

Seekatz, B. (1), Brüser, J. (2), Vogel, H. (1), Müller-Holthusen, T. (2), Schubmann, R. (2)
(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg,
(2) Dr. Becker Klinik Möhnesee

Hintergrund

Im Vergleich zur Normalbevölkerung besteht bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen; am häufigsten sind affektive Störungen und Angststörungen (Härter et al., 2002). Psychische Komorbidität bei kardiologischen Rehabilitanden ist mit einem ungünstigeren Outcome wie geringerer Lebensqualität, ungünstigerem Genesungsprozess und höherer Mortalität assoziiert (Sirois, Burg, 2003). Psychotherapeutische Behandlungen nach kardialen Ereignissen zeigen überwiegend positive Effekte (Linden et al., 2007). Eine multimodale psycho-kardiologische Zusatzversorgung für psychisch belastete Herzpatienten wird empfohlen (Herrmann-Lingen, 2001; Seekatz et al., 2010), jedoch ist unklar wie diese in der Praxis umgesetzt werden soll und welche Wirksamkeit eine solche Zusatzversorgung in der stationären kardiologischen Rehabilitation hat (Allan et al., 2007).

Ziel des Projekts ist die Prüfung der Effektivität einer ergänzenden interdisziplinären psycho-kardiologischen Versorgung für psychisch belastete Patienten in der stationären kardiologischen Rehabilitation. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die kurzfristige Wirksamkeit zu Rehabilitationsende.

Methode

Das psycho-kardiologische Behandlungskonzept setzt sich aus bedarfsabhängiger Einzelpsychotherapie und psychopharmakologischer Versorgung, indikativen und psycho-kardiologischen Gruppen sowie Informationsvorträgen zur psychischen Belastung bei Herzpatienten zusammen, die in Kooperation der kardiologischen und psychosomatischen Abteilungen der Klinik Möhnesee angeboten werden.

Die Evaluation erfolgt in einem unizentrischen Kontrollgruppendesign mit Zeitstichproben zu drei Messzeitpunkten (Rehabilitationsbeginn und -ende sowie 6-Monats-Katamnese). Probanden mit kardiologischer Hauptindikation (AHB, med. Heilverfahren) nehmen zu Reha-Beginn an einem Screening teil und werden bei erhöhter psychischer Belastung (PHQ-9>9, Panik 5/5, GAD>10) konsekutiv rekrutiert und der Interventions- oder Kontrollgruppe (IG, KG) zugewiesen. Die kardiologische Rehabilitation as usual stellt die Kontrollbedingung dar, das ergänzende psycho-kardiologische Behandlungskonzept der Klinik die Interventionsbedingung. Primäres Zielkriterium ist die psychische Belastung (Depression, Panik, Angst: PHQ, GAD), sekundäre Zielkriterien sind Lebensqualität (MacNew) und Reha-Zufriedenheit.

Die Prüfung der Hauptfragestellung erfolgt durch Varianzanalyse mit Messwiederholung und t-Tests für unabhängige Stichproben.

Die Stichprobe besteht derzeit aus 249 Rehabilitanden (KG: 146, IG: 103); die vollständige Stichprobe wird in 11/2010 vorliegen. Der Frauenanteil beträgt 36 %. Das durchschnittliche

Alter liegt bei 67 Jahren, 68 % sind Rentner. Zu Reha-Beginn finden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (IG, KG) in den soziodemografischen Daten, jedoch bestehen Unterschiede in der Krankheitsschwere zu Reha-Beginn zugunsten der IG (geringerer NYHA-Status) und eine höhere psychische Belastung in der IG (mehr psychische Vorerkrankungen; mehr Patienten mit Panik; niedrigere emotionale Lebensqualität).

Ergebnisse

Von den Patienten der Interventionsgruppe nahmen 51 % an psycho-kardiologischen Gruppen teil, 30 % an indikativen Gruppen zu Depression oder Angst. 55 % der Patienten bekamen zusätzliche Einzelgespräche (M=2,4); in der KG waren dies nur 25 % (M=1,6). Das Vortragsangebot (Depression, Stress) wurde in der IG um das Thema Angst erweitert und allen Patienten angeboten.

Im Längsschnitt zeigt sich eine Verbesserung der Patienten in KG und IG in den primären Zielkriterien mit mittleren bis großen Effekten (Gesamtstichprobe: Depression d=1,17, Panik d=0,57, Angst d=0,82). Auch die Lebensqualität wird deutlich positiver beurteilt als zu Reha-Beginn (d=1,20).

Es bestehen zu Reha-Ende keine Intergruppenunterschiede bezüglich der primären Zielkriterien, d. h. KG und IG unterscheiden sich nicht in der Verringerung von Depression, Angst und Panik. Auch für die Lebensqualität zeigen sich keine Unterschiede zwischen KG und IG. Patienten der IG bewerten den Rehabilitationsaufenthalt in Bezug auf die Bewältigung psychischer Probleme als erfolgreicher (p=0,005; d=0,37). In den übrigen Beurteilungen der Reha-Zufriedenheit (Gesamturteil, Ergebnis, Umgang mit krankheitsbedingten Problemen) gibt es keine bedeutsamen Unterschiede.

Schlussfolgerungen

Während der stationären Rehabilitation verringerte sich die psychische Belastung der Patienten. Zu Reha-Ende kann kein Vorteil für die Patienten mit erweiterter psycho-kardiologischer Behandlung gefunden werden. Dies entspricht den Ergebnissen einer vergleichbaren Interventionsstudie in der kardiologischen Rehabilitation (Barth et al., 2005). Da Effekte von psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung verstärkt langfristig zu erwarten sind, kann die abschließende Bewertung der psycho-kardiologischen Versorgung erst auf Grundlage der Ergebnisse der Katamnese erfolgen.

Literatur

Allan, R., Scheidt, S., Smith, C. (2007): Coronary heart disease: cardiac psychology. In: Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., West, R. (Eds.): Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge: University Press. 648-653.

Barth, J., Härter, M., Paul, J., Bengel, J. (2005): Behandlung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit und komorbider Depression in der Rehabilitation. Psychother Psych Med, 55. 416-424.

Härter, M. (2002): Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Die Rehabilitation, 41. 357-366.

Herrmann-Lingen, C. (2001): Angst und Depressivität bei Herzpatienten - wie erkennen, wie behandeln? Herz, 26. 326-334.

Linden, W., Phillips, M. J., Leclerc, J. (2007): Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. Eur Heart J, 28. 2972-2984.

Seekatz, B., Brüser, J., Vogel, H., Schubmann, R., Müller-Holthusen, T. (2010): Erfassung psychischer Komorbidität in der kardiologischen Rehabilitation: Übereinstimmung von Screeningfragebogen und klinischem Urteil. DRV-Schriften, Bd. 88. 430-431.

Sirois, B. C., Burg, M.M. (2003): Negative emotion and coronary heart disease. A review. Behavior Modification, 27. 83-102.

Ergebnisse des KARENA-Nachsorgeprojekts (Kardiologische Reha-Nachsorge)

Keck, M. (1), Nübling, R. (2), Schmidt, J. (2)

(1) Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz,
(2) GfQG, Karlsruhe

Hintergrund

Nachsorgeprogramme unterschiedlichen Inhalts und Umfangs (z. B. IRENA, telefonische Nachsorge, Internetforen) gewinnen zunehmend an Bedeutung zur Verstetigung von Rehabilitationsergebnissen nach stationären oder ganztags ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen. Die Effekte dieser Nachsorgeprogramme können derzeit allerdings noch nicht exakt bewertet werden. In den bisherigen Evaluationen zeigen sich jedoch geringe bis moderate Effektstärken.

Vorgestellt wird hier eine aus zwei Refresher-Veranstaltungen bestehende KARENA-Maßnahme für kardiologische Rehabilitationspatienten. Die Nachsorgetermine liegen drei und sechs Monate nach der stationären/ambulanten Rehabilitation. Noch während der stationären Phase werden im Abschlussgespräch die Adressen von potenziell interessierten Patienten aufgenommen. Diese Patienten werden dann nach einem viertel und nach einem halben Jahr zu einer Nachsorgeveranstaltung eingeladen. Inhaltlich erfolgen hierbei Informationen über medizinische Themen, Umsetzung eines adäquaten Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie sowie psychosoziale Probleme, wie Entspannungsfähigkeit und berufliche Reintegration. Neben jeweils zwei Vorträgen haben die TeilnehmerInnen Gelegenheit, im Einzelgespräch - nach Möglichkeit auch mit ihren Partnern bzw. Partnerinnen - mit Ärzten, Psychologen, Ernährungsberatern und Bewegungstherapeuten individuelle Problemlagen zu erörtern und Lösungswege zu erarbeiten.

Methodik

Postalische Nachbefragung von KARENA-Teilnehmern (1 Jahr nach Entlassung aus der Klinik) mittels eines 3-seitigen Kurzfragebogens. Vorgestellt werden vorläufige Ergebnisse basierend auf n = 99 Teilnehmern. Die Ergebnisse werden mit methodisch äquivalent erhobenen Katamnesedaten von kardiologischen Rehabiltanden verglichen, die keine Nachsorgemaßnahme erhalten hatten (n = 134).

Ergebnisse

Zwischen den Vergleichsgruppen zeigen sich keine Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter und Beschwerdenbelastetheit (Art und Umfang der gesundheitlichen Probleme). Die KARENA-Stichprobe besteht aus 89,9 % Männern und 10,1 % Frauen. In der Regel erfolgte die Entlassung noch arbeitsunfähig (74,7 %). 34,3 % der KARENA-Teilnehmer nahmen an einer Nachsorgeveranstaltung und 65,7 % an beiden Veranstaltungen teil. 55,7 % der Befragten haben in der Nachbefragung den Eindruck, dass das KARENA-Nachsorgeprogramm eine wirksame Hilfe dabei ist, nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt nicht wieder schnell in alte, ungesunde Verhaltensweisen zurück zu verfallen. 40,2 % sind teilweise dieser Meinung, nur 4,1 % äußern sich negativ. 75,5 % sehen einen deutlichen oder großen persönlichen Nutzen des Nachsorgeprogramms.

Tabelle 1 verdeutlicht, dass die KARENA-Teilnehmer in den meisten überprüften Kriterien bessere bzw. günstigere Ergebnisse zeigen als die Vergleichspatienten. Für beide Gruppen zeigen sich im Vorher-Nachher-Vergleich (1 Jahr vor versus 1 Jahr nach der stationären Reha) Verringerungen der Krankenhausaufenthalte (Anzahl der Wochen; hierbei ist der Unterschied aber nur für die KARENA-Teilnehmer statistisch bedeutsam). Bei beiden Gruppen können hingegen keine Reduktionseffekte bei AU-Zeiten und bei Arztbesuchen beobachtet werden.

	KARENA-Teilnehmer	Vergleichsgruppe ohne Nachsorge	
Zufrieden mit dem Rehabilitationsergebnis	93,9 % (99)	78,7 % (131)	p = 0,001 Chi^2 = 10,5; df =1
Positive Veränderung des Gesundheitsverhalten (lebe gesünder)	78,8 % (99)	67,7 % (133)	p = 0,061 Chi^2 = 3,51; df =1
Besserung des Gesundheitszustandes	75,0 % (96)	65,1 % (132)	p = 0,111 Chi^2 = 2,53; df =1
Besserung der Beschwerden	70,8 % (96)	56,9 % (130)	p = 0,032 Chi^2 = 4,58; df =1
Besserung der Lebensqualität	60,0 % (95)	47,7 % (130)	p = 0,068 Chi^2 = 3,34; df =1
Positive Effekte der Reha dauern eher langfristig an	63,3 % (98)	53,8 % (130)	p = 0,154 Chi^2 = 2,03; df =1
Die Reha ist von deutlichem bzw. großem Nutzen	90,9 % (99)	71,0 % (131)	p = 0,000 Chi^2 = 13,8; df =1
Antrag auf vorzeitige Berentung nach Reha	14,0 % (93)	23,7 % (118)	p = 0,076 Chi^2 = 3,16; df =1

Tab. 1: Ergebnisse der Nachbefragung (12 Monate nach stationärer Maßnahme)

Diskussion und Ausblick

Die dargestellten Ergebnisse sind im Trend erfolgversprechend, müssen aber auch hinsichtlich eines möglichen Bias diskutiert werden, da Teilnehmer an poststationären Maßnahmen im allgemeinen eher eine positive Selektion darstellen. Alles in allem weisen die Daten auf die Wichtigkeit poststationärer Nachschulungsprogramme hin. Derartige Maßnahmen sollten deshalb vermehrt in das Rehabilitationsgeschehen Eingang finden.

Herzgruppen in Rheinland-Pfalz - Ergebnisse einer Befragung von Herzgruppen-Leitern

Keck, M. (1), Ritter, P. (1), Krönig, B. (1), Stahlheber, R. (1), Nübling, R. (2), Schmidt, J. (2)

(1) Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen Rheinland-Pfalz e.V., Koblenz, (2) GfQG, Karlsruhe

Hintergrund

Ambulante Herzgruppen spielen in der kardiologischen Rehabilitationskette eine bedeutende Rolle. Gegenwärtig sind beim Landesverband Rheinland-Pfalz 329 Herzgruppen mit knapp 6.000 Teilnehmern registriert. Bei 132 Trägern bzw. Standorten sind 334 Übungsleiter und 592 Herzgruppenärzte tätig. Zur Qualitätssicherung hat der Landesverband in den vergangenen Jahren systematische Vor-Ort-Visitationen durch erfahrene Herzgruppenärzte (Schmidt et al., 2009) und eine Teilnehmerbefragung (Schmidt et al., 2008) durchgeführt. Da die Motivation und fachliche Qualifikation der Herzgruppen-Leiter gewichtige Faktoren in der Herzgruppenarbeit darstellen, wurde im ersten Quartal 2010 eine zusätzliche Befragung von Herzgruppen-Leitern durchgeführt.

Methodik

Durchgeführt wurde eine freiwillige, anonymisierte schriftliche Befragung, in die alle Träger bzw. Standorte einbezogen wurden. Zur Befragung der Übungsleiter (ÜL) und Ärzte (HGA) wurde ein 4-seitiger Fragebogen, zur Befragung der Herzgruppen-Verantwortlichen (HGV) ein etwas längerer Fragebogen verwendet. Der Bogen für die HGV umfasste 5 Abschnitte (A. Angaben zur Person, B. Angaben zum Trägerverein und zur Struktur der Herzgruppenbetreuung, C. Fragen für Übungsleiter/-innen, D. Fragen für Herzgruppenärzte/-ärztinnen, E. Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten). Die jeweiligen HGV erhielten vom Landesverband eine entsprechende Anzahl von Fragebögen einschließlich eines Informationsblatts zugeschickt, verbunden mit der Bitte, diese an die Übungsleiter und Ärzte auszuhändigen und die ausgefüllten Bögen an den Landesverband zurückzusenden.

Ergebnisse

Es liegen ausgefüllte Fragebogen von n = 67 HGV und von weiteren n = 271 ÜL und HGA vor. Der Rücklauf liegt für die HGV bei 50,8 %, für die ÜL bei 44,9 % (150 von 334) und für die HGA bei 28,9 % (170 von 592); die Rücklaufquoten können insgesamt als gut bezeichnet werden.

Demografische Merkmale: Das Durchschnittsalter der HGV liegt bei 57,0 Jahren (SD = 10,9 J.), der Frauenanteil beträgt 52,2 %. Das Durchschnittsalter der ÜL liegt bei 51,1 Jahren (SD = 10,7 J.), der Frauenanteil liegt bei 76,9 %. Das Durchschnittsalter der HGA liegt bei 51,2 Jahren (SD = 10,7 J.). 69,6 % der befragten HGA sind Männer.

Qualifikation, Dauer der Tätigkeit und Beweggründe für die Arbeit: 94 % der ÜL verfügen über die Qualifikation "Sport in Herzgruppen", 63 % sind ‚Übungsleiter und Fachübungsleiter Breitensport'. 77,3 % sind schon über 5 Jahre als ÜL tätig. Als wesentliche Gründe für ihre Tätigkeit nennen die ÜL: Interesse an der Herzgruppenarbeit (80 %), Kontakt zu Menschen (75 %), gesellschaftlich sinnvolle Tätigkeit (60 %) und Freude an Tätigkeit in einem Verein (53 %). 44 % der HGA sind Allgemeinmediziner, 11 % sind Internisten mit Schwerpunkt Kar-

diologie. 75,4 % sind schon über 5 Jahre als HGA tätig. Als wesentliche Gründe für ihre Tätigkeit nennen die HGA: Interesse an der Herzgruppenarbeit (68 %), gesellschaftlich sinnvolle Tätigkeit (54 %), Kontakt zu Menschen (44 %) und fachliche Gründe (35 %). 76,1 % der HGV üben diese Funktion bereits über 5 Jahre im Trägerverein aus, die Mehrheit ist zugleich als ÜL tätig.

Trägermerkmale und Struktur der Herzgruppenbetreuung (Angaben der HGV): Die HGV sind in großer Mehrheit in Mehrsparten(sport-)vereinen (89,6 %) tätig, im Durchschnitt gibt es pro Trägerverein 2,2 Herzgruppen, 4,7 HGA und 2,5 ÜL und 49,1 HG-Teilnehmer (davon sind etwa 71 % Mitglied im Verein). Pro Herzgruppe finden im Schnitt 43,0 Übungsveranstaltungen statt. 87,9 % der HGV sind der Ansicht, dass mit dem derzeit vorhandenen Personal der Übungsbetrieb in den Herzgruppen sicher gestellt werden kann. Nur 51,6 % der HGV bekunden, dass der Übungsbetrieb der Herzgruppen kostendeckend durchgeführt werden könne. Nur 3,2 % der befragten HGV geben allerdings an, dass ihr Trägerverein darüber nachdenken würde, den HG-Übungsbetrieb unter den derzeitigen Rahmenbedingungen einzustellen. 87,7 % sind mit ihrer Tätigkeit als HGV sehr zufrieden bzw. zufrieden.

Zufriedenheit der ÜL und HGA: 93,3 % der ÜL sind alles in allem mit ihrer Tätigkeit sehr zufrieden (37,2 %) bzw. zufrieden (56,1 %). 98 % sind der Meinung, dass die Zusammenarbeit mit den HGA weitgehend (32,7 %) bzw. eindeutig (65,3%) funktioniere. 69,5 % der ÜL sind mit ihrer Honorierung sehr zufrieden (13,9 %) bzw. zufrieden (55,6 %). Insgesamt 55,1 % bewerten die Tätigkeit als ÜL als "attraktiv", weitere 11,6 % als "sehr attraktiv". Ein sehr ähnliches Resultat zeigt sich bei den HGA. Hier bewerten 46,1 % ihre Tätigkeit als "attraktiv", weitere 6 % als "sehr attraktiv".

Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten: Vorrangige Problempunkte, welche die Arbeit der Herzgruppen längerfristig gefährden könnten, sind das derzeitige Abrechnungssystem der Kostenträger (40 % Nennungen), die Motivation der HGA (32 %) und der Mangel an qualifizierten HGA. Weitere Punkte betreffen Probleme mit der Finanzierung beim Trägerverein (20 %) und der Mangel an qualifizierten ÜL (20 %).

Diskussion

Die an der Befragung teilnehmenden Herzgruppen-Leiter zeigen in der Gesamtschau ein sehr hohes Maß an Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit und mit der wechselseitigen Zusammenarbeit. Zugleich zeigen sich aber auch einige Problembereiche, welche die Herzgruppenarbeit längerfristig gefährden könnte. Diesen Aspekten sollte gezielt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Literatur

Schmidt, J., Nübling, R., Keck, M., Ritter, P., Krönig, B., Stahlheber, R. (2008): Herzgruppen in Rheinland-Pfalz - Erste Ergebnisse einer Teilnehmerbefragung. DRV-Schriften, Bd. 83. 381-383.

Schmidt, J., Nübling, R., Kriz, D., Keck, M., Ritter, P. (2009): Qualitätsmerkmale von Herzgruppen in Rheinland-Pfalz - Ergebnisse wiederholter Überprüfungen durch den Landesverband. Prävention und Rehabilitation, 21. 51-60.

Strukturierte Schulungen nach einer kardiologischen Rehabilitation - Evaluation aus Sicht der Teilnehmer

Kamke, W. (1), Hechtner, J. (2), Schenk, H. (3)

(1) MediClin Reha-Zentrum Spreewald, Burg,

(2) MediClin Reha-Zentrum Rhein-Ruhr, Essen, (3) AOK Brandenburg, Teltow

Einleitung

Im Rahmen eines Vertrages der Integrierten Versorgung erfolgten nach einer Anschlussheilbehandlung wegen einer koronaren Herzerkrankung, angelehnt an das KARENA-Programm, drei eintägige Nachschulungskurse im Abstand von drei Monaten. Die Kurse beinhalteten ein individuelles Arztgespräch, zwei aktive Trainingseinheiten (Gruppengymnastik, Ergometertraining) sowie wechselnde Gesundheitsschulungen (Diät, Psychologie, Umgang mit Risikofaktoren und Medikamenten) und Entspannungstraining. In das Programm wurden Hausärzte und Kardiologen mit einbezogen, so dass die aktuelle Therapie anhand der mitgebrachten Laborwerte und der Medikation bewertet und ggf. Empfehlungen zur Weiterbetreuung für den Hausarzt mitgegeben wurden, wenn die Risikofaktoren nicht entsprechend der vorliegenden Leistungen eingestellt sind. Geprüft wurden Umsetzung, Akzeptanz und Beurteilung der Nachsorgemaßnahme. Grundlage bildeten die demographischen Parameter der Patienten und die Ergebnisse einer schriftlichen Patientenbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens. Im Zeitraum vom 01.09.2007 bis 30.08.2008 traten 84 Teilnehmer dem IV-Programm bei. Das mittlere Alter betrug 71,7 Jahre. Es handelte sich um Versicherte der AOK, die alle im Rentenalter waren. Der Fragebogen umfasste 13 Fragen mit Auswahlmöglichkeiten. Die Rücklaufquote betrug 66,7 %.

Ergebnisse

Die vier Schulungsmodule wurden von den Patienten auf einer Skala von 1-5 wie folgt bewertet: Bewegung 1,6, Schulung zu Medikamenten 2,1, Ernährungsschulung 1,6, Psychologie 1,9.

Alle Patienten gaben an, Fragen und krankheitsbezogene Probleme ansprechen zu können und die Fragen beantwortet zu bekommen. 97,8 % der Befragten erhielten Empfehlungen zur Lebensweise und Anpassung der medikamentösen Therapie. Die Empfehlung der Reha-Klinik zur medikamentösen Behandlung wurde zu 91 % vom Hausarzt berücksichtigt. 95,7 % (44) gaben an, ausführlich über ihr persönliches aktuelles Risikoprofil aufgeklärt zu werden. Im Rahmen eines Wissenstest wurden sieben Fragen zu Risikofaktoren evaluiert, wobei zu 85 % die Fragen als richtig beantwortet wurden. Antworten zur Umsetzung der Empfehlung der Lebensweise zeigten, dass 95 % ihre Medikamente regelmäßig einnehmen, sich 80 % körperlich bewegen (Spazierengehen) sowie 2/3 ihre Ernährung geändert haben. An einer Herzsportgruppe nehmen nur 8,7 % der Patienten teil. In der abschließenden Beurteilung wurden die Schulungen vom Inhalt mit 1,7, von der Organisation mit 1,8 und von der Betreuung mit 1,4 bewertet. Alle Patienten wären wieder bereit, an so einer Nachschulung teilzunehmen.

Schlussfolgerungen

Bisher wurden die Nachsorgeprogramme insbesondere bei Patienten der Deutschen Rentenversicherung und in Ballungsräumen durchgeführt. Unsere Ergebnisse zeigen, dass ein eintägiges Nachschulungsprogramm auch bei Patienten im fortgeschrittenen Alter und in einem ländlichen Gebiet umsetzbar ist und weitere Anreisestrecken akzeptiert werden. Die Schulung trägt zur positiven Lebensstiländerungen, Wissensverbesserung und Motivation der Patienten bei und verbessert die Medikamentencompliance. Die Zusammenarbeit zwischen Rehabiliationzentrum, niedergelassenem Kardiologen und Hausarzt kann damit optimiert werden. Allen Patienten sollten entsprechende Nachsorgemodule nach einer stationären Anschlussheilbehandlung angeboten werden.

Akzelerometerdaten beim Golfen - Ist die Intensität während des Golfspielens ausreichend, um die Ausdauerleistungsfähigkeit bei Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen zu verbessern?

Gruber, W. (1), Brückner, C. (2), Fischer, S. (2), Radke, B. (2), Kahlert, D. (3) Brand, R. (3)

(1) AHG - Allgemeine Hospitalgesellschaft Düsseldorf, (2) AHG Klinik Wolletzsee Angermünde, (3) Exzellenzbereich Kognitionswissenschaften, Universität Potsdam

Einleitung

Regelmäßigem Golfen kann eine kardioprotektive Wirkung zugeschrieben werden (Ainsworth et al., 1993; Boldt et al., 2000; Parkkari et al., 2004). Bei einer Golfrunde werden in der Regel 6,5-10 km zurückgelegt (9 bzw. 18 Löcher) auf unterschiedlich langen Spielbahnen (i. d. R 80-580 Meter). Dabei werden ca. 1.000-1.500 Kcal (18 Loch-Runde) verbraucht. Die körperliche Belastungsintensität beim Golfspiel ist insgesamt als gering bis moderat (ca. 3-6 METs) zu bezeichnen (Ainsworth et al., 1993), wobei die Energiebereitstellung primär über den Fettstoffwechsel erfolgt.

Untersuchungen im Hinblick auf mögliche Trainingseffekte bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen liegen kaum vor. Es ist jedoch zu vermuten, dass die Intensität beim Golfspiel bei Herzpatienten die Schwelle erreicht, die zur Auslösung von positiven Adaptionen auf das kardio-pulmonale System notwendig sind (Unverdorben et al., 2000). Im Rahmen der Studie "Golf in der Stationären Rehabilitation bei kardialen Erkrankungen" wurde daher die Frage nach den Belastungsintensitäten und -umfängen beim Golfspiel mittels Akzelerometrie untersucht.

Methode

Insgesamt konnten bei n=8 Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen (6m/2f) im Alter von 43 bis 45 Jahren (46,5±5,4 Jahre, 171,3±7,2 cm, 80,4±16,8 kg) Daten erhoben werden. Alle Patienten waren in einem stabilen Zustand und hatten eine körperliche Leistungsfähigkeit von $\geq$ 1 Watt/kg Körpergewicht. Die körperliche Aktivität (Belastungsumfang (Schritte), Kalorienverbrauch, Belastungsintensität) während der Golfeinheiten wurde mittels Beschleunigungssensoren (Akzelerometer, Actigraph GT1M, Fa. ActiGraph, Pensacola, USA) erfasst. Diese Geräte liefern vergleichweise valide und reliable Daten (Kahlert, Brand, 2010). Die Akzelerometer wurden während drei unterschiedlicher Trainingseinheiten eingesetzt. Dabei wurde das Gerät an einem elastischen Gürtel auf Hüfthöhe getragen. Die Beschleunigungsdaten wurden in 60-Sekunden-Intervallen aufgezeichnet. Die Dauer der Trainingseinheiten war jeweils 120 Minuten und setzte sich aus Aufwärmen und Spiel bzw. Technik zusammen (1. und 2. Trainingseinheit Spiel [TES]: 5-Loch Runde, 3. Trainingseinheit Technik [TET]: verschiedene Schläge).

Ergebnis

Während der Trainingseinheiten (120 Minuten) wurden im Mittel 5.168,6±1.384,9 Schritte zurückgelegt. Die verbrachte Zeit mit moderat-intensiver Aktivität betrug 35,3±10,9 Minuten, der individuelle Energieverbrauch betrug durchschnittlich 232,5±86,6 Kcal. In der restlichen Zeit lag die Intensität im niedrigen Bereich. Der Vergleich der einzelnen Trainingseinheiten zeigte, dass die Anzahl der Schritte bei den Trainingseinheiten Spiel (TES1: 6.095,7±1.505,8 Schritte; TES2: 5.964,8±1.092,5 Schritte) höher war als bei der Trainingseinheit Technik (3841,7±315,7 Schritte). Der Zeitraum moderat-intensiver Aktivität in den Trainingseinheiten TES1 und TES2 betrug 37,7±13,8 min bzw. 44,5±3,5 min und in TET 26,7±4,0 min. Der Energieverbrauch während moderat-intensiver Aktivität lag bei 306,9±83,9 Kcal in TES1 bzw. 299,6±4,8 Kcal in TES2 und bei TET bei 153,5±38,5 Kcal.

Diskussion und Schlussfolgerung

Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung zeigt, dass die verbrachte Zeit im Bereich der moderat-intensiven Aktivitäten ausreichend ist, um eine kardio-protektive Wirkung im Hinblick auf die Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erzielen. Gesundheitlich positive Effekte sind daher bei regelmäßiger Ausübung der Sportart zu erwarten. Ferner werden Fähigkeiten wie Koordination, Gleichgewicht, Orientierungsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit beim Golf verbessert (Parkkari et al., 2004). Diese Fähigkeiten werden durch die Beschleunigungsmesser nicht erfasst. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist das gemeinsame Sporttreiben mit Anderen. Die untersuchten Patienten waren Anfänger im Golfen und hatten im Rahmen der stationären Reha-Maßnahme zum ersten Mal die Sportart Golf ausgeübt. Alle Patienten, die bislang an dem Golfprogramm teilgenommen haben, waren von der Sportart Golf begeistert und möchten diese gerne zuhause weiterführen. Die Sportart Golf kann dazu beitragen, dass die Betroffenen (wieder) Freude an der Bewegung finden und zur Ausübung von körperlichen Aktivitäten nach der Rehabilitationsmaßnahme sowie eines gesundheitsorientierten Lebensstils motiviert werden können.

Literatur

Ainsworth, B.A., Haskell, W., Leon, A., Jacobs, D.R., Montoye, H.J., Sallis, J.A., Paffenberger, R.S. (1993): Compendium of Physical Activities: classifying of energy costs of human physical activities. Med Sci Sports Exerc, 25. 71-80.

Boldt, F., Ferrauti, A., Wolff, R. (2000): Sportmedizinische Aspekte des Golfsports. Stellungnahme der Sektion Breiten-, Freizeit- und Alterssport der DGSP. Dt Z Sportmed, 51. 67-70.

Kahlert, D., Brand, R. (2010): Befragungsdaten und Akzelerometerdaten im Vergleich. Ein Beitrag zur Validierung des MoMo-Aktivitätsfragebogens für Kinder und Jugendliche. Dt Z Sportmed. in press.

Parkkari, J., Natri, A., Kannus, P., Mänttäri, A., Laukkanen, R., Haapaslo, H., Nenonen, A., Pasanen, M., Oja, P., Vuori, I. (2004): A Controlled Trail of the Health Benefits of Regular Walking on a Golf Course. Am J Med 109. 102-108.

Unverdorben, M., Kolb, M., Bauer, I., Brune, M., Benes, K., Nowaki, P.E., Vallbracht, C. (2000): Cardiovascular load of competitive golf in cardiac patients and healthy controls. Med Sci Sports Exerc, 32. 1674-1678.

Welchen Einfluss hat Herzangst auf die körperliche Aktivität von kardiologischen RehabilitandInnen? Ergebnisse der CARO-QMS Studie

Schleicher, S., Stamm-Balderjahn, S.

Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Herzangst wird als erhöhte Selbstaufmerksamkeit gegenüber der Funktion des Herzens definiert, die mit einer gesteigerten Ängstlichkeit und der Vermeidung körperlicher Aktivität einhergeht (Eifert et al., 2000). Während Herzangst in früheren Arbeiten hauptsächlich für Patienten mit psychischen Erkrankungen untersucht wurde, liegen inzwischen auch Erkenntnisse zum Auftreten von Herzangst bei kardiologischen Erkrankungen vor. So ist beispielsweise bekannt, dass Herzangst im zeitlichen Verlauf nach kardiologischen Interventionen abnimmt (Hoyer et al., 2008). Herzangst umfasst die drei Faktoren Selbstaufmerksamkeit, Furcht und Vermeidung. Die Frage nach den Auswirkungen der genannten Faktoren von Herzangst auf das Gesundheitsverhalten wurde bislang kaum untersucht. Eine nahe liegende negative Konsequenz, die sich beispielsweise aus dem angstbedingten Vermeidungsverhalten der Patienten ergibt, ist die reduzierte körperliche Aktivität aufgrund der befürchteten Folgen, wie z. B. die Furcht, durch sportliche Aktivität einen erneuten Herzinfarkt zu erleiden.

Anhand der vorliegenden Untersuchung soll daher die Frage beantwortet werden, welchen Einfluss Vermeidung als ein Teilaspekt von Herzangst auf die sportliche Aktivität der RehabilitandInnen in der Phase-III-Rehabilitation (12-Monatskatamnese) hat.

Stichprobe und Methode

Empirische Basis der Analysen sind die Daten der von der DRV Bund geförderten, multizentrischen Beobachtungsstudie Cardiac Rehabilitation Outcome - Quality Management Survey (2008-2010). Eingeschlossen wurden Patienten mit koronarer Herzerkrankung und nach Bypass-Operation. Insgesamt haben 999 Patienten (82,2 % Männer, 17,8 % Frauen) an der Untersuchung teilgenommen. Für den Zeitpunkt T4 (12-Monatskatamnese) liegen Daten von 638 Patienten vor (MW Alter: 59,59; SD: 10,6). Zur Erfassung der Herzangst wurde die deutsche Übersetzung des Cardiac Anxiety Questionnaire, der Herzangstfragebogen (HAF), genutzt. Die körperliche Aktivität wurden mit einem Fragebogen von Singer und Wagner (2001) erfasst und ein Indexwert berechnet.

Zunächst wurde überprüft, ob zwischen den beiden Variablen körperliche Aktivität und Vermeidungsverhalten ein Zusammenhang besteht. Die RehabilitandInnen wurden anschließend bezüglich ihrer Vermeidungswerte in drei Gruppen eingeteilt (gering, mittel, hoch). Da keine Normalverteilung der Messwerte für die abhängige Variable körperliche Aktivität gegeben war und die Gruppen sich stark in ihrer Größe unterschieden, wurde ein nonparametrischer Test (Kruskall-Wallis-Test) für die drei Gruppen a) hohe Vermeidungswerte (n=354), b) mittlere Vermeidungswerte (n=249) und c) geringe Vermeidungswerte (n=38) durchgeführt.

Ergebnisse

Es besteht eine hochsignifikante negative Korrelation von Vermeidungswerten und körperlicher Aktivität ($r=-.446$; $p<.001$), das heißt je höher die Vermeidungswerte, desto geringer die körperliche Aktivität.

Auch beim Vergleich der drei Gruppen zeigte sich ein hoch signifikanter Effekt ($\chi^2_{df2}=79{,}7$; $p<.000$); die RehabilitandInnen unterschieden sich in Bezug auf ihre körperliche Aktivität 12 Monate nach Ende der Rehabilitation. Die Gruppe mit den geringsten Vermeidungswerten wies die höchste körperliche Aktivität auf (MW=53,1), bei der Gruppe mit den mittleren Werten ließ sich bereits ein geringerer Wert für die körperliche Aktivität zeigen (MW=43,8) und bei der Gruppe mit den hohen Vermeidungswerten nahmen die Indexwerte für die körperliche Aktivität noch einmal ab (MW=35,4).

Diskussion

Der augenscheinliche Zusammenhang zwischen hohen Vermeidungswerten und körperlicher Aktivität bestätigte sich in der vorliegenden Untersuchung. Um negative Konsequenzen für das sekundärpräventive Gesundheitsverhalten zu verhindern, sollten zunächst ein Screening und daran anschließend eine Aufklärung über die positiven Effekte körperlicher Aktivität erfolgen.

Literatur

Eifert, G.H., Thompson, R.N., Zvolensky, M.J., Edwards, K., Frazer, N., Haddad, J., Davig, J. (2000): The Cardiac Anxiety Questionnaire: development and preliminary validity. Behavior Research and Therapy, 38. 1039-1058.

Hoyer, J., Eifert, G.H., Einsle, F. Zimmermann, K., Krauss, S., Knaut, M., Matschke, K., Köllner, V. (2008): Cardiac anxiety before and after cardiac surgery. Journal of Psychosomatic Research, 64. 291-297.

Singer, R., Wagner, P. (2001): Überprüfung eines (Kurz-)Fragebogens zur Erfassung der habituellen körperlichen Aktivität. In: Meck, S., Klussmann, P.G. (Hrsg.): Festschrift für Dieter Voigt. 359-388.

Das Herzbuch - Begleitet Patienten nach akutem Koronarsyndrom zur Verbesserung ihres Krankheitswissens und der Compliance

Sandor, B. (1), Hofmann, S. (2), Wüsten, B. (3), Hölschermann, H. (1)

(1) Hochtaunuskliniken, Bad Homburg, Medizinische Klinik I, Kardiologie, Angiologie, Medizinische Intensivtherapie, (2) Willy Pitzer Verwaltungsgesellschaft, (3) Abteilung Kardiologische Rehabilitation, Klinik am Südpark, Klinik der Pitzer-Gruppe

Hintergrund

Die langfristig erfolgreiche Behandlung des akuten Koronarsyndroms (ACS) ist abhängig von verschiedenen Faktoren - angefangen von der schnellen Entscheidung des Patienten zur Behandlung bis hin zu einem gesunden Lebensstil. In allen Phasen der chronischen Erkrankung hat das Wissen "wann rufe ich wie möglichst schnell den Notarzt" (Dracup et al., 2008) und die Compliance "lebenslange Medikation, gesunder Lebensstil" (European Society of Cardiology, 2008) einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf. Der Compliance und in der Weiterentwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung kommt im heutigen Versorgungsalltag in Deutschland zu wenig Bedeutung zu; vor allem, wenn man sich die Kosten, die durch mangelnde Compliance entstehen - sie werden in Deutschland auf 10 Milliarden Euro geschätzt - vor Augen führt. Der HTA-Bericht, in dem über diese Zahl berichtet wird, vermittelte einen Überblick über Maßnahmen, die einen positiven Effekt auf die Compliance in der Arzneimitteltherapie hatten; die beschriebenen Maßnahmen sind sehr zeit- und personalintensiven Maßnahmen, was die Implementierung in die Regelversorgung leicht verhindert (Gorenoi et al., 2007).

Methodik

Ziel des Projekts ist es, die Potenziale der komplexen sektorenübergreifenden Akutversorgung und Rehabilitation bei ACS mit einem möglichst geringen Aufwand für die nachhaltige Information der Patienten zu nutzen und mit dem Herzbuch zu unterstützen. Folgende Maßnahmen werden mit dem Projekt sektorenübergreifend eingeführt:

- Gegenseitiger Austausch der Akutversorgung und Rehabilitation über Inhalte und Ziele der jeweiligen Behandlung des ACS.
- Schon während der akutmedizinischen Versorgung wird explizit auf die Bedeutung des gesunden Lebensstils (hierbei sind alle Maßnahmen der medikamentösen langfristigen Behandlung und der Risikofaktoren gemeint) hingewiesen und die Bedeutung und Wertschätzung der Rehabilitation hervorgehoben.
- Das Herzbuch, das für das Projekt als sektorenübergreifendes Herzbuch zusammengestellt wurde, bietet den Patienten evidenzbasierte und relevante Information zu ihrer Erkrankung und zum gesunden Lebensstil.
- Das Herzbuch unterstützt die bereits vorhandene komplexe Information und Patientenschulung in der Rehabilitation in Form eines schriftlichen Nachschlagwerks.
- Die Auswirkungen zum Umgang mit den persönlichen Risikofaktoren werden den Patienten mit dem Instrument arriba (Donner-Banzhoff et al., 2007) im Arzt-Patienten-Gespräch in der Reha-Klinik veranschaulicht.

Die Maßnahmen für das Projekt wurden so ausgewählt, dass sie einfach und praktikabel im Versorgungsalltag zu integrieren sind, dass sie, vor allem auch in Anbetracht der Personalsituation im Gesundheitswesen, wenig personalintensiv sind, dass sie patientenorientiert, evidenzbasiert und relevant sind.

Ergebnisse, Stand der Untersuchung

Das Projekt wird derzeit in einer kontrollierten Studie evaluiert. Studienende wird voraussichtlich im April 2011 sein. Primäre Endpunkte der Studie sind:

- Das Krankheitswissen, abgefragt mit dem Fragebogen zum Krankheitswissen der nationalen Patientenleitlinie
- Medikamenten - Compliance, abgefragt mit dem Moritzky-Fragebogen

In der praktischen Umsetzung des Projekts und der Studie zeigen sich Schwierigkeiten in der sektorenübergreifenden Informationsübermittlung, obwohl die teilnehmenden Kliniken langjährige Erfahrung in der Zusammenarbeit im Bereich der Anschlussheilbehandlung haben.

Schlussfolgerung

Mit dem Ziel der zunehmenden Patientenorientierung können im Projekt bisher nicht erkannte Defizite ausgeräumt werden. Das Herzbuch wird von den Patienten gut angenommen, ein Punkt der Kritik ist die Verständlichkeit in einzelnen Abschnitten. Wird das Herzbuch in die Regelversorgung übernommen, wird es regelmäßig im Hinblick auf Anregungen von Patienten und fachlicher Veränderungen überarbeitet werden.

Literatur

Donner-Banzhoff, N., Keller, H., Sadowski, E.M., Krones, T., Baum, E., Sönnichsen, A., Popert, U. (2007): Individualisierte Risikoprognose für die Herz-Kreislauf-Prävention: ein Werkstattbericht. In: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Donner-Banzhoff, N.: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Dt. Ärzteverlag, Köln (2. Auflage). 295-304.

Dracup, K., McKinley, S., Doering, L., Riegel, B., Meischke, H. (2008): Acute Coronary Syndrome: What Do Patients Know? Arch Intern Med, 168 (10). 1049-1054.

European Society of Cardiology (2008): Scheduled and Ongoing Surveys, EUROASPIRE III Euro Heart Survey on Secondary and Primary Prevention of Coronary Heart Disease; http://www.escardio.org/knowledge/ehs/survey/scheduled-surveys/Euroaspire_III.htm.

Gorenoi, V., Schönermark, M.P., Hagen, V. (2007): Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie im Hinblick auf den Therapieerfolg. DIMDI, Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 65.

Geschlechtsspezifische Effekte eines täglichen, funktionalen Trainings versus Standard-Anschlussrehabilitation (AHB) auf Gleichgewichtsfähigkeit bei sehr alten Patienten frühzeitig nach Bypass-Operation (ACB)

Busch, C. (1), Willemsen, D. (1), Placke, J. (2), Bjarnason-Wehrens, B. (2)

(1) Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde, (2) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Fragestellung

Für die Erhaltung der Unabhängigkeit ist die funktionelle Kapazität, insbesondere das Gleichgewicht, bei sehr alten Patienten von großer Bedeutung (Bjarnason-Wehrens et al., 2007). Ziel der Studie war ein Vergleich geschlechtsspezifischer Effekte eines täglichen, funktionalen Trainings versus Standard-AHB auf die Gleichgewichtsfähigkeit bei sehr alten Patienten, früh nach einer ACB-Operation.

Methode

In dieser prospektiven, randomisierten und kontrollierten Studie wurden 121 Patienten ≥75 Jahre (Durchschnittsalter 78,6±3,2 Jahre) einer Interventionsgruppe (IG, zusätzlich zur Standard-AHB tägliches Kraft- und Gleichgewichtstraining) oder einer Kontrollgruppe (KG, Standard-AHB) zugeordnet. 14 Patienten brachen die Studie ab. Demnach konnten die Ergebnisse von 107 Patienten analysiert werden. IG (n=51, m/w; 34/17), KG (n=56, m/w; 40/16). Alle Patienten verblieben im Durchschnitt 20,7±2,3 Tage in der stationären AHB, die durchschnittlich 13,1±5,1Tage postoperativ begann. Das Krafttraining bestand aus 4 Übungen (Einsatztraining von 8-12 Wiederholungen, bei 60 % des 1 Repetition Maximums), das Gleichgewichtstraining bestand aus 20 Min. Koordinationsübungen. Die Gleichgewichtsfähigkeit wurde mittels Posturomed (Granacher et al., 2006) und timed up and go (TUG) gemessen zu Beginn (t1) und am Ende (t2) der AHB. Für die statistische Analyse wurde ANOVA und Cohen's d (d) genutzt (Cohen, 1992).

Ergebnis

Zu Beginn der AHB hatten Frauen in beiden Gruppen beim TUG signifikant geringere Werte (p(Geschlecht)<0,05). Beide Gruppen und Geschlechter verbesserten die TUG-Zeiten signifikant durch die AHB (p<0,05), TUG: IG Männer von 9,9±2,5 auf 7,9±1,7s, Δ 2,0±1,8s; IG Frauen von 11,6±3,9 auf 9,2±2,0s, Δ 2,4±2,7s; Interaktion p=0.505; KG Männer von 10,0±3,2 auf 8,7±3,2s, Δ 1.3±3.4s; KG Frauen von 11,7±2,9 auf 10,4±3,1s, Δ 1,2±2,9s; Interaktion p=0.981. IG zeigte eine mittlere Effektstärke in beiden Geschlechtern im Vergleich zur KG d=0.3. In beiden Gruppe verbesserten sich Frauen wie Männer (p>0.05; Interaktion). Bei der Posturomedmessung verbesserten sich in der IG beide Geschlechter signifikant über die Zeit (p<0,001): Frauen wiesen signifikant schwächere Werte auf (p<0,05) und zeigten eine signifikant stärkere Verbesserung als die Männer (p<0,05): IG Männer von 247,2±112,7 auf 205,3±88,5mm, Δ 41,9±58,5mm; IG Frauen von 405,5±231,2 auf 256,9±77,6mm, Δ 148,6,9±223.8mm. In der KG zeigte sich keine signifikante Verbesserung (p=0,09), Frauen und Männer unterschieden sich nicht signifikant (p=0,726) und zeigten keine unterschiedliche Verbesserung (Interaktion: p=0,950): KG Männer von 236,1±102,8

auf 211,5±78,6mm, Δ 24,6±74,7mm; KG Frauen von 243,6±118,8 auf 220,7±51,6mm, Δ 22,9±123,2mm. Während sich im Vergleich bei den Männern ein mittlerer Effekt zugunsten der IG zeigte (d= 0,3), war bei den Frauen ein starker Effekt (d=0,7) zu beobachten.

Diskussion und Schlussfolgerung

Bei sehr alten Patienten nach ACB-Operation zeigen in der Gleichgewichtsfähigkeit Frauen schwächere Leistung als Männer. Als Resultat der AHB konnten sich beide Gruppen beim TUG signifikant, ohne Unterschied zwischen den Geschlechtern, verbessern. Die starke Steigerung der IG Frauen beim Posturomed ist zum Teil mit der besonders schwachen Leistung bei t1 zu erklären.

Literatur

Bjarnason-Wehrens, B., Held, K., Hoberg, E., Karoff, M., Rauch, B. (2007): Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen (DLL-KardReha). Clinical research in cardiology supplements, 3.

Cohen, J. (1992): A power primer. Psychological Bulletin, 112. 155-159.

Granacher, U., Gollhofer, A., Strass, D., (2006): Training induced adaptations in characteristics of postural reflexes in elderly men. Gait Posture, 24. 459-466.

Geschlechterspezifische Effekte einer zusätzlichen funktionalen Trainingsintervention während der Anschlussrehabilitation (AHB) auf die funktionale Kapazität von Patienten (>75 Jahre) nach Bypass-Operation (ACB)

Placke, J. (1), Busch, C. (2), Willemsen, D. (2), Bjarnason-Wehrens, B. (1)

(1) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln,
(2) Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde

Hintergrund und Fragestellung

Der demographische Wandel und die Fortschritte der Kardiochirurgie führen dazu, dass immer ältere, operierte Patienten die kardiologische Rehabilitation mit dem Ziel aufnehmen, die häusliche Eigenständigkeit aufrecht zu erhalten (Bruckenberger, 2008; Eder et al., 2010). Studienziel war es, die funktionale Kapazität und die Beinkraft durch gezieltes, tägliches, funktionales Training im Vergleich zur Standard-AHB zu verbessern.

Methode

In der Studie konnten n=107 Patienten >75 Jahre in eine Interventionsgruppe (IG) (n=51; m/w:34/17; 78,5±3,4 Jahre) und eine Kontrollgruppe (KG) (n=56; m/w:40/16; 78,5±3,0 Jahre) eingeschlossen und randomisiert werden. Die KG nahm an der Standardtherapie teil, die IG führte zusätzlich täglich je 20min Gleichgewichts- und Krafttraining durch (9,4±2,1 bzw. 10,6±2,4 Einheiten, 4 Übungen mit je 8-12 Wiederholungen bei 60 % des 1 Repetition Maximum). Die funktionale Kapazität und die Beinkraft wurden mittels sechs Minuten Gehtest (6MWT) (Salzmann, 2009) bzw. isometrischer Beinkraftmessung erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte mittels ANOVA.

Ergebnis

Die Rehabilitation führte bei Frauen und Männern gleichermaßen zu signifikanten Verbesserungen beim 6MWT (p<0,001). Die minimal clinical important differnce (MICD) von >54m konnte nur in der IG überschritten werden. Frauen beider Gruppen zeigten zu beiden Zeitpunkten signifikant niedrigere Werte als Männer (p-Geschlecht). Die Beinkraft wurde nur von den Männern verbessert.

6MWT	IGm (n=33) (MW± S)	IGw (n= 17) (MW± S)	KGm (n=37) (MW± S)	KGw (n= 16) (MW± S)
T1	318,7±71,9m	257,6±80,9m	316,9±82,3m	279,4±58,4m
T2	391,5±73,8m	312,9±73,7m	366,3±84,9m	313,6±63,2m
Δ (Zeit)	72,8m (22,8 %)	55,3m (21,5 %)	49,4m (15,6 %)	34,2m (12,2 %)
Zeit (p)	**p<0,001**		**p<0,001**	
Geschlecht (p)	**p<0,001**		**p<0,05**	
Interaktion (p)	p=0,286		P=0,336	
Beinkraft	IGm (n=33)	IGw (n=16)	KGm (n=37)	KGw (n=16)
T1 in Nm	361,9±121,3	217,9±74,8	315,0±107,5	239,2±80,7
T2 in Nm	429,0±131,0	216,8±83,9	402,8±158,4	220,3±71,2
Δ (Zeit)	67,1Nm (18,5 %)	-1,1Nm (-0,5 %)	87,8Nm (27,9 %)	-18,9Nm (-7,9 %)
Zeit (p)	p=0,059		p=0,117	
Geschlecht (p)	**p<0,001**		**p<0,001**	
Interaktion (p)	p=0,051		**p=0,017**	

Tab. 1: Geschlechtsspezifische Veränderungen von 6MWT und Beinkraft (IGm=IG männlich, IGw=IG weiblich, KGm=KG männlich, KGw=KG weiblich; m=Meter, Nm=Newtonmeter, MW=Mittelwert, S=Standardabweichung, p(Zeit)=Veränderung von T1 zu T2, p(Geschlecht)=Unterschied zwischen den Geschlechtern, p(Interaktion)=unterschiedliche Entwicklung der Werte, p>0,05, signifikant)

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Rehabilitation sehr alter Männer und Frauen kurz nach der Bypass-Operation ist erfolgreich. Durch das zusätzliche Training wurde eine Steigerung der funktionalen Kapazität gemessen an der 6 Minuten Gehstrecke erzielt. Das MICD von >54m konnte nur in der IG von beiden Geschlechtern überschritten werden. Die Kraftmessung zeigte eine marginale Verschlechterung der Beinkraft bei den Frauen. Die Männer beider Gruppen hingegen können auch in der Beinkraft deutliche Zuwächse verzeichnen.

Literatur

Bruckenberger, E. (2008): Herzbericht. www.herzbericht.de.

Eder, B., Hofmann, P., Von Duvillard, S.P., Brandt, D., Schmid, J.-P., Pokan, R., Wonisch, M. (2010): Early 4-week cardiac rehabilitation exercise training in elderly patients after heart surgery. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 30. 85-92.

Salzman, S.H. (2009): The 6-Min Walk Test: Clinical and Research Role, Technique, Coding, and Reimbursement. Chest, 135 (5). 1345-1352.

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Lebensqualität nach einer onkologischen Rehabilitation

Farin-Glattacker, E., Nagl, M.
Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Einleitung

Bei Krebspatienten ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient von besonderer Bedeutung, da die Patienten aufgrund der prognostischen Unsicherheit und des lebensbedrohlichen Charakters der Erkrankung erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Rodin et al., 2009; Baile et al., 2005). Mit unserer Studie (Farin et al., eingereicht) sollen folgende zwei Hypothesen untersucht werden: 1) Einzelne Aspekte der Patient-Arzt-Beziehung in der onkologischen Rehabilitation weisen auch nach Adjustierung verschiedener möglicher Confounder einen statistisch und klinisch signifikanten Zusammenhang zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (LQ) nach einer Rehabilitation auf. 2) Dieser Einfluss der Patient-Arzt-Beziehung ist kurzfristig (d. h. direkt nach der Rehabilitation) geringer als mittelfristig (6 Monate nach der Rehabilitation). Die Daten wurden erhoben im Rahmen des Projekts "Patientenorientierte Veränderungsmessung", gefördert vom BMBF im Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung".

Methodik

N=329 Brustkrebspatientinnen, die eine stationäre Rehabilitation durchführen, wurden bei Reha-Beginn, Reha-Ende und 6 Monate nach der Rehabilitation mit Fragebögen befragt. Zur Erfassung der LQ wurden der SF-12 und der FACT-B eingesetzt, zur Erfassung der Arzt-Patient-Beziehung die PICS-Skalen, der VIA-Fragebogen (Vertrauen in den Arzt) und eine kurze Skala zur allgemeinen Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung (kurz: PatZuf, 3 Items: Der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll. Der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt. Der Arzt hat die für mich richtigen Therapien veranlasst.). Im Rahmen der Datenanalysen wurden multiple Imputationen und hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt. Im ersten Schritt wurden die LQ-Eingangswerte in das Modell aufgenommen, dann sechs soziodemographische Variablen (u. a. Alter, Einkommen, Schulabschluss), im dritten Schritt vier medizinische Confounder (u. a. Karnofsky-Index und Tumorstadium), dann zwei psychologische Variablen (Optimismus und Ärgerneigung) und erst im letzten Schritt die Variablen zur Arzt-Patient-Beziehung.

Ergebnisse

Beide in der Einleitung genannten Hypothesen können als bestätigt angesehen werden. Kurzfristig ist die allgemeine Patientenzufriedenheit (PatZuf) für drei der sieben betrachteten LQ-Skalen ein statistisch und klinisch signifikanter Prädiktor. Erklärbar ist dies vermutlich durch die hohe inhaltliche Relevanz der Items dieser Skala. Unsere Skala erfasst wesentlich Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und Empathie. Für beide Konstrukte liegen empi-

rische Studien vor, die die Relevanz dieser Kommunikationsaspekte bei Krebspatienten belegen (Davies et al., 2008; Neumann et al., 2007). Sechs Monate nach der Rehabilitation ist nur noch die Förderung der Patientenbeteiligung durch den Arzt (eine der PICS-Skalen) eine relevante Einflussgröße; allerdings nur bei einer der LQ-Skalen. Weitere Prädiktoren höherer LQ sind u a. höhere Bildung, höheres Einkommen und Optimismus.

Diskussion

Obwohl wir durch die umfassende Adjustierung eine strenge Prüfung vorgenommen haben und eher eine untere Grenze der Relevanz der Arzt-Patient-Beziehung bestimmt haben (alle Einflüsse der Arzt-Patient-Beziehung, die über vorher bereits adjustierte Prädiktoren vermittelt werden, werden in unserer Analyse nicht der Arzt-Patient-Beziehung zugeschrieben), zeigt sich die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung. Interessant ist, dass sich die Relevanz der Patientenbeteiligung nur mittelfristig zeigt. Man kann vermuten, dass zwar kurzfristig die emotionale und informationsbezogene Unterstützung durch den Arzt wichtig ist, dass dieser Beziehungsaspekt aber nach der Rehabilitation, im Alltag, an Bedeutung verliert. Für eine mittelfristig positive Entwicklung der LQ scheint es wichtiger zu sein, dass der Arzt den Patienten aktiv in die Behandlung einbezieht, um dadurch z. B. seine im Alltag anwendbaren Selbstmanagementkompetenzen zu verbessern. Da geringes Einkommen und geringere Bildung deutliche Risikofaktoren für geringere LQ-Verbesserungen darstellen, sollten Therapien und edukative Interventionen in der Rehabilitation darauf hin überprüft werden, wie sie verstärkt den Bedürfnissen sozial Benachteiligter gerecht werden können. Limitationen der Studie beziehen sich u. a. darauf, dass nur Fragebögen eingesetzt wurden (common method variance), dass die Multi-Ebenen-Struktur der Daten nicht berücksichtigt wurde und dass nicht die Wirkungswege zwischen den Variablen der Arzt-Patient-Beziehung thematisiert wurden.

Literatur

Baile, W.F., Aaron, J. (2005): Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. Current Opinion in Oncology, 17. 331-335.

Davies, N.J., Kinman, G., Thomas, R.J., Bailey, T. (2008): Information satisfaction in breast and prostate cancer patients: implications for quality of life. Psycho-Oncology, 17 (10). 1048-1052.

Farin, E., Nagl, M. (eingereicht): The patient-physician relationship in patients with breast cancer: descriptive results and influence on quality of life after rehabilitation. Annals of Oncology.

Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S.W., Warm, M., Wolf, J., Pfaff, H. (2007): Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. Patient Education and Counseling 2007, 69 (1-3). 63-75.

Rodin, G., Mackay, J., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D., Katz, M., Sussman, J., Brouwers, M. (2009). Clinician-patient communication: a systematic review. Supportive Care in Cancer, 17 (6). 627-644.

Kognitiver Funktionsstatus bei Patienten mit Leukämien und Lymphomerkrankungen im ersten Jahr nach allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation - Eine prospektive Längsschnittstudie

Mehnert, A. (1), Scherwath, A. (1), Schirmer, L. (1), Schulz-Kindermann, F. (1), Zander, A.R. (2), Kruse, M. (3), Heußner, P. (4), Balck, F. (5), Koch, U. (1)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Interdisziplinäre Klinik und Poliklinik für Stammzelltransplantation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (3) Abteilung Hämatologie und Onkologie, Medizinische Hochschule Hannover, (4) Medizinische Klinik und Poliklinik III, Klinikum der Universität München-Großhadern, (5) Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Fragestellung

Krebstherapien wie Hochdosis- und Standardchemotherapie, kranielle Bestrahlung sowie Immuntherapien können zu Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen führen und sind auch längere Zeit nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSCT) bei 37 % bis 60 % der Patienten beobachtbar (Scherwath et al., 2006; Schulz-Kindermann et al., 2007). Studien weisen darauf hin, dass eine Subgruppe von Krebspatienten therapieassoziierte kognitive Auffälligkeiten zeigt, die allerdings diffus und subtil ausgeprägt sind (Mehnert et al., 2007). Die betroffenen Bereiche sind vor allem Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache und Motorik. Bisher gibt es international kaum Längsschnittstudien, die den Einfluss der Behandlung (Neurotoxizität der Konditionierung, Zytostatika) auf das Ausmaß und die Ausprägung kognitiver Funktionen untersucht haben.

Methode

Die Studie zielt auf die Erfassung von Art und Ausmaß kognitiver Dysfunktionen bei Patienten mit hämatologischen Erkrankungen vor und im Behandlungsverlauf einer allogenen HSCT und die Analyse von Zusammenhängen mit medizinischen Variablen, psychischem Befinden, gesundheitsbezogener Lebensqualität, selbst berichteten kognitiven Dysfunktionen sowie soziodemografischen Merkmalen. 102 Patienten (61 % Männer) mit verschiedenen malignen hämatologischen Erkrankungen (41 %, akute myeloische Leukämie, AML), durchschnittlich 48 Jahre alt, wurden vor (t0), 100 Tage nach (t1) und 1 Jahr (t2) nach allogener HSCT neuropsychologisch untersucht. 36 % der Teilnehmer erhielten eine intensive neurotoxische Konditionierung. Die neuropsychologische Testbatterie enthielt computer- sowie papier- und bleistiftbasierte Tests, die die Bereiche Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Psychomotorik abbilden. Darüber hinaus wurden Fragebögen zur Selbsteinschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit eingesetzt.

Ergebnisse

Verglichen zu den publizierten Testnormen wurden zu jedem Messzeitpunkt signifikante Funktionseinschränkungen über alle kognitiven Bereiche hinweg gemessen. Zur Baseline hatten die Patienten in 50 % der Testparameter Einschränkungen. Im Verlauf zeigten sich keine signifikanten Veränderungen der Prävalenz über die Zeit mit Ausnahme einer leichten Verschlechterung der psychomotorischen Funktion zu t2. Patienten mit intensiver neurotoxi-

scher Konditionierung hatten ein erhöhtes Risiko für kognitive Dysfunktionen in den Bereichen Aufmerksamkeit (t1) ($p<0.05$, $d=0.53$), und zeigten einen anderen Verlauf der Aufmerksamkeitsfunktionen über die Zeit im Vergleich zu Patienten mit milder neurotoxischer Konditionierung ($p<0.01$, $eta^2 =0.05$).

Diskussion

Ein auffallend hoher Anteil der Patienten zeigt bereits vor HSCT kognitive Einschränkungen. Mögliche Erklärungen der Befunde weisen auf den Einfluss der Krebserkrankung selbst und die invasiven Behandlungen vor der Konditionierung hin. Eine Verschlechterung kognitiver Funktionen zeigte sich vor allem längerfristig in psychomotorischen Funktionen, bei einem Anteil der Patienten auch kurzfristig im Bereich Aufmerksamkeit. Die Ergebnisse zeigen den Rehabilitationsbedarf in Hinblick auf neuropsychologische Funktionsparameter. Vor allem die Verschlechterung psychomotorischer Funktionen und die insgesamt bereits vor HSCT bestehenden kognitiven Dysfunktionen könnten sich nachteilig auf die berufliche (Re-) Integration der Patienten auswirken. Hier besteht hoher Forschungsbedarf.

Literatur

Mehnert, A., Scherwath, A., Schirmer, L., Schleimer, B., Petersen, C., Schulz-Kindermann, F., Zander, A.R., Koch, U. (2007): The association between neuropsychological impairment, self-perceived cognitive deficits, fatigue, and health related quality of life in long term breast cancer survivors following standard adjuvant vs. high-dose chemotherapy. Patient Education and Counseling, 66 (1). 108-118.

Schulz-Kindermann, F., Mehnert, A., Scherwath, A., Schirmer, L., Schleimer, B., Zander, A.R., Koch, U. (2007): Cognitive function in the acute course of allogeneic HSCT for haematological malignancies. Bone Marrow Transplant, 39. 789-799.

Scherwath, A., Mehnert, A., Schleimer, B., Schirmer, L., Fehlauer, F., Kreienberg, R., Metzner, B., Thiel, E., Zander, A.R., Schulz-Kindermann, F., Koch, U. (2006): Neuropsychological function in high-risk breast cancer survivors after stem-cell supported high-dose therapy versus standard-dose chemotherapy: evaluation of long-term treatment effects. Annals of Oncology, 17 (3). 415-423.

Subjektive Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten im Krankheitsverlauf

Lehmann, C. (1), Oechsle, K. (2), Bokemeyer, C. (2), Krüll, A. (3), Koch, U. (1), Mehnert, A. (1)

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
(2) II. Medizinische Klinik, Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hubertus Wald Tumorzentrum, Universitäres Cancer Center Hamburg,
(3) Ambulanzzentrum GmbH, Bereich Strahlentherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Die Fortschritte in Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen haben in den vergangenen Jahren zu einer Verlängerung der Überlebenszeit der Patienten und damit einhergehend auch zu einer stärkeren Berücksichtigung der Bewältigung von Krankheits- und Behandlungsfolgen in der medizinischen Versorgung geführt. Interventionen zur Reduktion körperlicher Funktionseinschränkungen sowie psychosozialer Belastungen, wie sie im Rahmen multiprofessioneller rehabilitativer Maßnahmen erbracht werden, sind hier von besonderer Bedeutung (BAR, 2004). Zur nachhaltigen Stabilisierung der Leistungsfähigkeit der Patienten sollte die Planung und Durchführung von Maßnahmen an deren Bedürfnissen ausgerichtet sein (Wen, Gustafson, 2004). In Deutschland liegen bislang jedoch keine Daten zu den spezifischen subjektiven Unterstützungsbedürfnissen von Krebspatienten im Zeitverlauf vor. Die vorliegende Studie zielte daher auf die differenzierte Erfassung der Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten unterschiedlicher Erkrankungsschwere im Krankheitsverlauf.

Methodik

In einer prospektiven, naturalistischen Fragebogenstudie wurden n=270 Patienten mit einer Krebserkrankung in frühen (n=115) bzw. fortgeschrittenen Stadien (n=155) (UICC-Stadien I/II bzw. III/IV) während ihrer Akutbehandlung sowie vier Monate später mittels der deutschen Version des Supportive Care Needs Survey Short-Form34 (SCNS-SF34-D) und weiterer international eingesetzter standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente (HADS-D, NCCN Distress-Thermometer, SSUK) befragt. Die medizinischen Daten (Diagnose, TNM-/UICC-Stadium, Therapien, Karnofsky-Index) wurden den Arztbriefen entnommen. Bei der Datenauswertung kamen parametrische und nonparametrische Verfahren zur Anwendung (χ^2-Tests, t-Test, Korrelationsanalysen, (Ko-)Varianzanalysen).

Ergebnisse

Die Patienten waren zu beiden Messzeitpunkten bei etwa gleicher Geschlechterverteilung durchschnittlich knapp 60 Jahre alt. 75 % der Patienten waren verheiratet/liiert, etwa die Hälfte gehörte zur Mittelschicht. Patienten mit früher Krebserkrankung hatten im Mittel einen signifikant höheren Karnofsky-Index (M=91 % vs. M=80 %, $p<.001$, d=.77) und litten überwiegend unter Brustkrebs und urologischen Tumoren, während Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung signifikant häufiger von hämatologischen Krebserkrankungen betroffen waren ($p<.001$, w=.41). Unabhängig von Krankheitsstadium und Funktionseinschränkung ga-

ben zwischen 80 % und 90 % der Patienten zu beiden Messzeitpunkten unerfüllte Unterstützungsbedürfnisse an. Diese bezogen sich insbesondere auf den Umgang mit Progredienzangst und Erschöpfung, die umgehende Information über die Kontrolle der Krebserkrankung und Testergebnisse, den Erhalt von Informationen über mögliche Verhaltensänderungen und das Vorhandensein eines festen Ansprechpartners. Männer mit einer Erkrankung in frühen Stadien berichteten die geringsten psychosozialen Belastungen und unerfüllten Unterstützungsbedürfnisse ($p<.05$, $w=.20$).

Im Zeitverlauf reduzierte sich die Belastung aller Patienten im Durchschnitt signifikant ($p<.01$, $eta^2=.07$), eine signifikante Bedürfnisreduktion zeigte sich nur bei den Frauen mit einer Krebserkrankung in frühen Stadien ($p<.01$, $eta^2=.04$). Die Informations- und psychologischen Unterstützungsbedürfnisse der Patientinnen mit fortgeschrittener Erkrankung waren konstant am höchsten ausgeprägt ($p<.05$, $eta^2=.02$), bei Patienten beiderlei Geschlechts dieser Gruppe blieben die unerfüllten Unterstützungsbedürfnisse bzgl. körperlicher Beschwerden, Behandlung und Sexualität auf demselben Niveau. Signifikante Zusammenhänge zwischen Unterstützungsbedürfnissen und dem Ausmaß wahrgenommener sozialer Unterstützung bestanden nicht ($r=.08$).

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Die Ergebnisse weisen auf ein relativ konstantes, hohes Ausmaß unerfüllter Unterstützungsbedürfnisse bei Krebspatienten - insbesondere mit fortgeschrittener Erkrankung - während des Krankheitsverlauf hin, welches in großen Teilen unabhängig von der psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit wie auch der wahrgenommenen sozialen Unterstützung der Patienten zu sein scheint. Für eine patientenorientierte Versorgung erscheint es daher geboten, die spezifischen Unterstützungsbedürfnisse der Patienten wiederholt zu erfassen und gezielt bei der Interventionsplanung zu berücksichtigen. Dies könnte insbesondere bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, die unter einer biopsychosozialen Perspektive auf die Erreichung der individuellen Rehabilitationsziele fokussieren, eine wichtige Ergänzung darstellen und zu einer Optimierung des Rehabilitationserfolgs führen.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation. Frankfurt, Main: Autor.

Wen, K.Y., Gustafson, D.H. (2004): Needs assessment for cancer patients and their families. Health and Quality of Life Outcomes, 26. 2. 11.

Störungen des Säure-Basen- und Flüssigkeitshaushaltes bei Patienten mit Kurzdarmsyndrom bei Ileostoma

Söhngen, D. (1), Ebert, K.-H. (2), Waldschmidt, D. (3)

(1) MediClin Reha-Zentrum Reichshof-Eckenhagen, (2) Darmzentrum Südwestfalen, St. Martinus-Hospital, Olpe, (3) Zentrum für Innere Medizin, Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie am Abdominalzentrum der Uni-Klinik Köln

Fragestellung

Patienten mit Ileostoma zeigen neben psychologischer Belastung regelhaft den Befund eines Kurzdarmsyndroms bzw. "High-output-Syndroms" mit Nährstoff- und auch Medikamenten-Malabsorption und nachfolgend oft Störungen der Elektrolyt- und Wasserbalance sowie progrediente Niereninsuffizienz (Edler et al., 2004). Die Kompensation dieser essentiellen Leistungen des Dünndarms mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr sowie Versorgung mit Nährstoffen, Vitaminen und Spurenelementen stellt in der Rehabilitation dieser Patientengruppe kurz nach Operation eine große Herausforderung dar. Patienten mit Verlusten über ein frisch angelegtes Ileostoma entwickeln häufig eine metabolische Azidose mit normaler Anionenlücke (Muhl, Lewejohann, 2006; Stern et al., 1999). Wir möchten nachfolgend über die metabolischen Veränderungen bei Patienten mit Ileostoma im Vergleich zu Colostoma und Gastrektomie bei Magenkarzinom berichten.

Ergebnisse

Von 2005 bis 2009 wurden insgesamt n=113 Patienten mit Ileostoma (durchschnittliches Alter: 67 Jahre, Range: 19-79 Jahre) stationär im Rahmen einer Anschlussrehabilitation bzw. weiterführenden Rehabilitationsmaßnahme behandelt. Im Mittel lag der Operationszeitpunkt mit Anlage des Stomas 6 Wochen zurück. Insgesamt zeigten n=38 Patienten (34 %) eine metabolische Azidose (Base Excess/BE <-3), meist assoziiert mit einer eingeschränkten Nierenfunktion. Unter supportiver Therapie unter Einschluss einer erhöhten Flüssigkeitsaufnahme und oraler Natrium-Bikarbonat-Gabe verbesserte sich der Befund signifikant mit Gewichtszunahme von 69 kg auf 72 kg ($p<0,001$) und Verbesserung der Nierenfunktion ($p<0,001$).

Von im gleichen Zeitraum n=193 behandelten Patienten mit Gastrektomie bei Magenkarzinom (mittleres Alter 69 Jahre, Range 36-82 Jahre, mittlerer Abstand zwischen Aufnahme zur Rehabilitation und Operation mit Gastrektomie 7 Wochen) zeigten nur n=14 (7 %) eine metabolische Azidose. Von insgesamt n=109 Patienten mit Colostoma (mittleres Alter 59 Jahre, Range 39-82 Jahre, im Mittel 6 Wochen nach Operation) zeigte sich bei nur n=7 (6 %) eine metabolische Azidose.

Schlussfolgerung

Metabolische Azidose ist bei Patienten nach Anlage eines Ileostoma mit Kurzdarm-Syndrom ein häufiger und klinisch relevanter Befund. Regelmäßige Blutgasanalysen zur Diagnose einer metabolischen Azidose und bei ihrem Nachweis Gabe von Natrium-Bikarbonat mit vermehrter Flüssigkeitszufuhr sowie ergänzender Substitution von Vitaminen und Spurenelementen tragen entscheidend dazu bei, klinische Symptomatik, Gewichtszunahme und eingeschränkte Nierenfunktion rasch zu verbessern.

Literatur

Edler, J., Eisenberger, A.M., Hütterer, E., Pfeifer, J., Hammer, H.F. (2004): Das Kurzdarmsyndrom - Teil 3: Ernährungsmedizinische und medikamentöse Therapie. Journal f. Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen, 2. 27-35.

Muhl, E., Lewejohann, J.C. (2006): Störungen des Elektrolyt-, Säure/Basen- und Flüssigkeitshaltes. Viszeralchirurgie, 41. 292-296.

Stern, J., Brüwer, M., Huber, F.X., Decker-Baumann, C. (1999): Stomaphysiologie. Der Chirurg, 70. 627-634.

Medikamentenkosten in der onkologischen Rehabilitation

Berger, D.

Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung in Nordrhein-Westfalen

Hintergrund

Die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (AfKB) erfasst seit 1997 in ihren Vertragskliniken die Medikamentenkosten im Rahmen onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen.

Ziel dieser Evaluation ist die Feststellung der tatsächlichen finanziellen Belastungen der einzelnen Kliniken. Auf Grund der Ergebnisse dieser Auswertungen nimmt die AfKB seit 2006 unter bestimmten Voraussetzungen Erstattungen für besonders kostenintensive medikamentöse Therapien vor.

Methodik

Jährlich erfasst werden die durchgeführten antineoplastischen Therapien sowie die Kosten für diese und alle sonstigen medikamentöse Behandlungen.

Die Kliniken übermitteln dabei für alle zugewiesenen Patienten die Gesamtkosten der verabreichten Medikamente sowie die Aufteilung dieser Aufwendungen auf "antineoplastische" und "allgemeine/sonstige" Therapeutika. Für jede Einrichtung einzeln und für alle ausgewerteten Kliniken insgesamt werden die ermittelten Kosten auf die Gesamtzahl der Vergütungstage umgelegt und in €/Tag angegeben.

Daneben verfügt die AfKB seit 2006 über detaillierte Statistiken zu den von ihr vorgenommenen Erstattungen für medikamentöse Therapien, deren Kosten sich je Rehabilitand und Maßnahme auf mehr als 1.000,- € bzw. seit Juni 2007 auf mehr als 500,- € belaufen.

Seit 2002 werden jährlich über 30.000 Maßnahmen mit über 700.000 Vergütungstagen, seit 2007 über 35.000 Maßnahmen mit über 800.000 Vergütungstagen erfasst.

Ergebnisse

Die Kosten für während onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen verabreichte Medikamente sind in den ausgewerteten Kliniken insgesamt von 1998 (3,23 €/Vergütungstag) bis 2004 (2,35 €/Tag) kontinuierlich zurückgegangen. Nach einem erstmaligen Anstieg 2005 auf 2,65 €/Tag lagen die Kosten in den Jahren 2006 bis 2009 zwischen 2,61 € und 2,81 €/Tag. Durch die von Seiten der AfKB vorgenommenen Einzelerstattungen kam es für alle Reha-

Kliniken ab 2006 wieder zu einem kontinuierlichen Rückgang der tatsächlichen Aufwendungen auf zuletzt 1,85 €/Tag in 2009 (Abbildung 1).

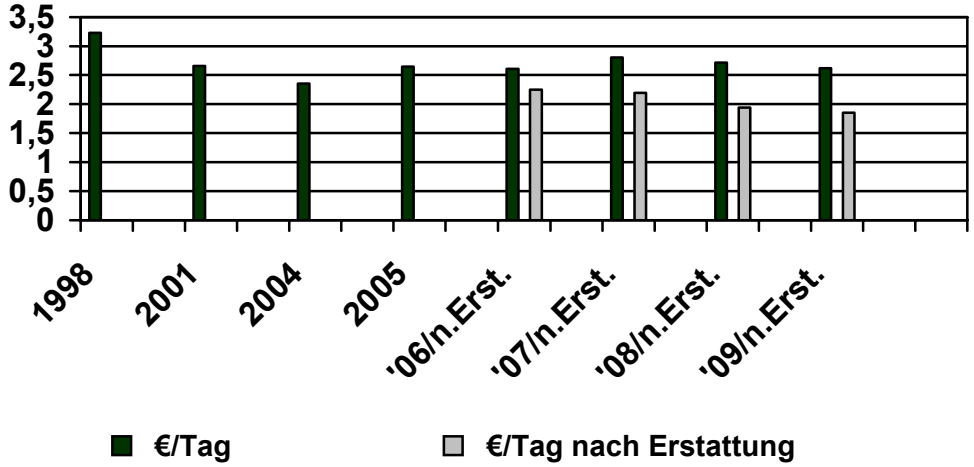


Abb. 1: Medikamentenkosten gesamt, Kosten 1998 - 2009: €/Vergütungstag

Der Anstieg der Gesamtkosten seit 2005 ist allein auf die Entwicklung bei den "antineoplastischen" Medikamenten zurückzuführen. Nach einem Rückgang von 1998 (1,04 €/Tag) bis 2004 (0,59 €/Tag), stiegen die Kosten für diese Therapeutika seit 2005 kontinuierlich auf 1,23 €/Tag im Jahr 2009 an. Durch die erfolgten Erstattungen kam es für die Reha-Kliniken insgesamt allerdings nach dem Anstieg 2005 in der Folge zu einem stetigen Rückgang der Aufwendungen auf zuletzt 0,45 €/Tag 2009 (Abbildung 2).

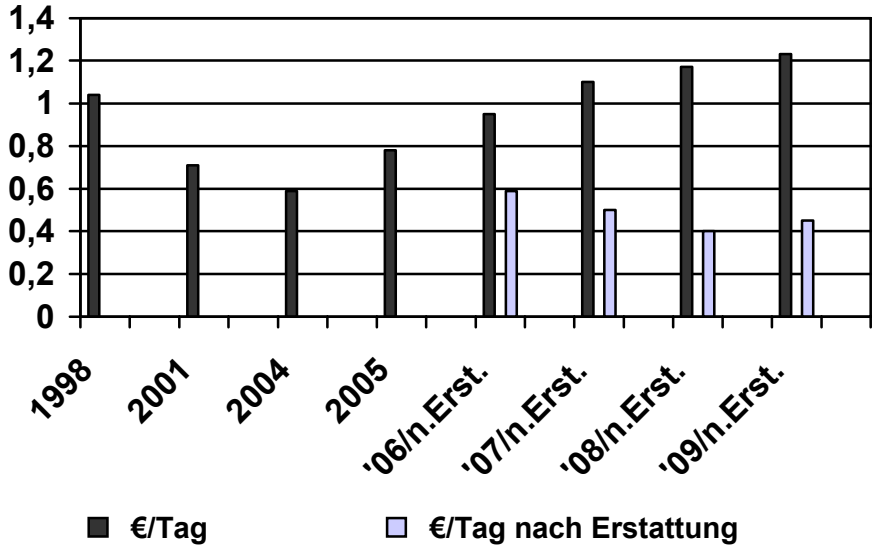


Abb. 2: Antineoplastische Therapien, Kosten 1998 - 2009: €/Vergütungstag

Die Kosten für "allgemeine", d. h. nicht mit der bösartigen Erkrankung in Zusammenhang stehende Medikamente haben sich für alle erfassten Kliniken von 1998 bis 2009 kontinuierlich von 2,18 €/Tag auf 1,39 €/Tag reduziert.

Vor allem auf Grund der Unterschiede hinsichtlich der vorliegenden malignen Erkrankungen (Indikationen) der Rehabilitanden weichen die Kostenentwicklungen in den einzelnen Klinken natürlich z. T. deutlich von den Ergebnissen für die Gesamtheit der erfassten Maßnahmen ab.

So wies die "günstigste" von 27 ausgewerteten Kliniken 2009 Gesamt-Medikamentenkosten von 1,44 € vor bzw. 1,18 € nach Kostenerstattungen je Vergütungstag aus, die "teuerste"

lag bei 4,89 € bzw. 3,38 €/Tag. Die Erstattungen durch die AfKB für die einzelnen Kliniken betrugen zwischen 0,- € und 2,06 €, für alle Einrichtungen 0,78 € je Vergütungstag.

Diskussion

Der kontinuierliche Rückgang der Kosten für nicht onkologiespezifische Medikamente ist v. a. auf ein immer konsequenteres Kostenmanagement der Rehabilitationskliniken hinsichtlich der Konditionen ihrer Lieferapotheken zurückzuführen.

Für die antineoplastischen Therapeutika konnte der ab 2005 festzustellende Kostenanstieg durch die von der Arbeitsgemeinschaft ab dem folgenden Jahr eingeführten Erstattungen bei besonders teueren Einzelbehandlungen erfolgreich ausgeglichen werden.

Dieses Steuerungsinstrument hat sich als effektiv und zielgenau erwiesen. Erstattungen erfolgen nach einheitlichen Kriterien nur für tatsächlich im Einzelfall erfolgte und detailliert abgerechnete Behandlungen. Durch den zu leistenden Eigenanteil ist für die Rehabilitationskliniken ein wirksamer Anreiz zu kostenbewußtem Verhalten gegeben.

Therapieassoziierte Polyneuropathien bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Folgen für die Teilhabe am Alltag und im Beruf

Kaden, B. (1), Vogt, T. (2), Körber, J. (3), Berger, D. (4), Barth, J. (1)

(1) Klinik Nordfriesland, St. Peter-Ording, (2) Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universität Mainz, (3) Klinik Nahetal, Bad Kreuznach, (4) Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Nordrhein-Westfalen, Bochum

Hintergrund

In sozialmedizinischer Hinsicht hat die Diagnose "Arzneimitteltoxische Polyneuropathie" mit ihren funktionellen Auswirkungen im Sinne der ICF sowohl für den Alltag, als auch für die beruflichen Anforderungen eine große Relevanz. Feinmotorische Fertigkeiten, Anforderungen an die Koordination und die Stand/Gangsicherheit können wegen der Symptome einer Polyneuropathie möglicherweise nur eingeschränkt umgesetzt werden (Voigt-Radloff et al., 2000). In welcher Weise sich eine arzneimitteltoxische Polyneuropathie negativ auf die Teilhabe am Alltag und im Beruf auswirkt und in welchem Umfang mit protrahierten Einschränkungen zu rechnen ist, war bisher nicht eingehend untersucht.

Methode

In den Rehabilitationskliniken Nahetalklinik Bad Kreuznach und Klinik Nordfriesland wurden sozialmedizinische Daten von 366 Patienten mit einer arzneimitteltoxischen Polyneuropathie nach Tumorbehandlung standardisiert erfragt. Berücksichtigt wurden Patienten nach abgeschlossener Chemotherapie mit zumindest einer stabilen Teilremission. Erhebungen zum Rentenstatus, zum Anteil der Berufstätigen, zu Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu beruflichen Anforderungen bezüglich der Arbeitsschwere, der feinmotorischen Fertigkeiten und der Gang/Standsicherheit wurden analysiert.

Der Status zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme wurde mit dem nach 6 Monaten in einer Verlaufsbeurteilung verglichen.

Ergebnisse

70 % der Befragten waren noch erwerbsfähig, 25,1 % bezogen eine Altersrente und 4,9 % eine Erwerbsminderungsrente. 75,1 % wiesen in den zurückliegenden 12 Monaten Arbeitsunfähigkeitszeiten auf, überwiegend länger als 6 Monate.

Die berufliche Tätigkeit wurde in der Mehrzahl mit körperlich leicht bis mittelschwer eingestuft. Die Anforderungen an feinmotorische Fähigkeiten waren bei der Berufsausübung deutlich relevanter als die Erfordernisse der Gang- und Standsicherheit. Nach 6 Monaten ergab sich in der subjektiven Einschätzung der Befragten eine weniger belastend empfundene Arbeitsschwere. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ihre berufliche Tätigkeit als überwiegend schwer bezeichneten verringerte sich von 14,4 % auf 5,3 %. Die Einschätzung überwiegend leicht erhöhte sich dagegen von 70,0 % auf 77,2 %.

Die durch die PNP bedingten Einschränkungen bei der Berufsausübung wurden zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme von 34,7 % mittelgradig und von 20,1 % erheblich eingeschätzt. Nach 6 Monaten wurden mittelgradige Einschränkungen noch von 23,1 % angegeben. Lediglich für 7,5 % der Befragten waren die Einschränkungen erheblich. In der Einschätzung der Beeinträchtigungen im Verhältnis zur Arbeitszeit gingen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme 30,9 % davon aus, dass die Einschränkungen überwiegend vorhanden seien, 12,8 % fühlten sich gar nicht beeinträchtigt. Nach 6 Monaten gaben noch 11,2 % in der überwiegenden Arbeitszeit Einschränkungen durch die Polyneuropathie an. Keine Beeinträchtigungen bestanden bei 34,2 %.

Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme waren 70,8 % Patientinnen und Patienten arbeitsunfähig und lediglich 18,6 % wieder beruflich eingegliedert. Nach 6 Monaten waren nur noch 27,6 % arbeitsunfähig. 65 % waren wieder arbeitsfähig. Der Anteil der Arbeitslosen verringerte sich in den 6 Monaten von 10,6 % auf 7,4 %. Dagegen wurden im Befragungszeitraum nur wenige Rentenbewilligungen erteilt. Es kamen 1,9 % Altersrenten und 3,8 % Erwerbsminderungsrenten hinzu.

Schlussfolgerung

Die Therapiefolgen einer arzneimitteltoxischen Polyneuropathie haben eine große sozialmedizinische Bedeutung in der beruflichen Wiedereingliederung. Ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Chemotherapie eine Polyneuropathie entwickeln, ist trotzdem erwerbsfähig. Die berufliche Reintegration gelingt in der Mehrzahl der Fälle. Die subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen in der Ausübung der beruflichen Tätigkeit durch die polyneuropathiebedingten Funktionsstörungen sind in der Ausprägung und auch in der Dauer kurze Zeit nach einer ursächlichen Tumortherapie überwiegend mittelgradig bis erheblich. Sie werden nach 6 Monaten deutlich geringer empfunden.

Literatur

Voigt-Radloff, S., Schochat, T., Heiss, H.W. (2000): Ergotherapy assessment field study of acceptance, practicability and process quality. Die Rehabilitation, 39 (5). 255-261.

Berufliche Belastungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation

Böttcher, H.M. (1), Steimann, M. (2), Rotsch, M. (3), Zurborn, K.-H. (4), Koch, U. (1), Bergelt, C. (1)

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Fachklinik für onkologische Rehabilitation, Lehmrade, (3) Rehabilitationsklinik Schloss Schönhagen, Brodersby, (4) Rehabilitationsklinik Ahrenshoop, Ostseebad Ahrenshoop

Fragestellung

Die Rückkehr in den Alltag nach einer Krebserkrankung ist für viele Patientinnen und Patienten eng mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit verbunden. Im Schnitt kehren 63,5% wieder zur Arbeit zurück (Mehnert, 2010), wobei der größere Teil ungefähr ein Jahr nach der Diagnose wieder im Beruf steht (Bouknight et al., 2006). Es existieren bereits einige Untersuchungen, welche krankheitsbedingten Faktoren die Rückkehr erschweren können (Amir, Brocky, 2009). Es stellt sich die Frage, inwiefern bereits krankheitsunabhängig berufliche Belastungen bestehen oder sich durch die Diagnose entwickeln und die Pläne zur Wiederaufnahme der Arbeit beeinflussen. Im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wurden Patientinnen und Patienten, die noch nicht wieder in den Beruf zurückgekehrt waren, zum Thema berufliche Belastungen sowie zum geplanten Zeitpunkt der Rückkehr an den Arbeitsplatz und den Erwartungen an Unterstützung in der Rehabilitationsmaßnahme befragt.

Methode

Insgesamt wurden 490 Patientinnen und Patienten bei Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme zum Thema berufliche Belastungen befragt. Eingesetzt wurden Instrumente zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM), beruflichen Gratifikationskrisen (ERI, OC) und zu beruflicher Belastung (SIBAR). Die Auswertungen erfolgten deskriptiv, anhand von Binomialtests, Chi^{2-}Tests und T-Tests.

Ergebnisse

73 % der Stichprobe sind Frauen, das Durchschnittsalter beider Geschlechter liegt bei 49 Jahren. 90 % der Frauen und 88 % der Männer planen, spätestens in sechs Monaten in den Beruf zurückzukehren.

In Bezug auf arbeitsbezogene Verhaltensmuster unterscheiden sich Männer und Frauen im Bereich "Beruflicher Ehrgeiz" signifikant voneinander, Frauen erzielen hier geringere Werte. Im Vergleich zur Normstichprobe wird deutlich, dass die erkrankten Frauen besonders auf den Skalen "Distanzierungsfähigkeit" und "Resignationstendenz bei Misserfolg" signifikant schlechtere Werte erreichen, während die erkrankten Männer vor allem auf der Skala "Offensive Problembewältigung" signifikant niedrigere Werte angeben.

Hinsichtlich beruflicher Gratifikationskrisen unterscheiden sich beide Geschlechter nicht signifikant voneinander. 12 % der Frauen und 8 % der Männer weisen Werte auf, die auf eine Imbalance zwischen Leistung und Anerkennung hindeuten. Im Vergleich zu einer Vergleichsstichprobe erreichen die Betroffenen auf allen Skalen bessere Werte, was mit insgesamt geringerer beruflicher Belastung einhergeht.

Im Rahmen der Befragung zur beruflichen Belastung schätzen 19 % der Frauen und 16 % der Männer ihre berufliche Situation als stark belastend ein, 24 % der Männer wie auch der Frauen erhoffen sich starke berufliche Unterstützung in der Rehabilitation. In keiner der Kategorien finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Im Vergleich zu einer Vergleichsstichprobe, geben sowohl Frauen wie Männer in der vorliegenden Studie signifikant geringere berufliche Belastung und weniger Bedarf an Unterstützung an.

Diskussion

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer angegebenen beruflichen Belastungen nur geringfügig voneinander. Weiterhin zeigen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine grundsätzlich auffallend höheren beruflichen Belastungen im Vergleich zu den Vergleichsstichproben. Entsprechend plant die Mehrheit einen baldigen beruflichen Wiedereinstieg. Allerdings scheint es in Bezug auf "Distanzierung vom Beruf", "Resignationstendenz bei Misserfolg" und "offensive Problembewältigung" geschlechtsspezifische Unterschiede zu geben. Hierbei handelt es sich um Aspekte, die bei der langfristig erfolgreichen Rückkehr zur Arbeit eine wichtige Rolle spielen könnten. Auch wenn nur ein kleiner Teil angibt, Unterstützung durch die Rehabilitation bei der Rückkehr in den Beruf zu wünschen, sollten die genannten Themen im Rahmen der beruflich orientierten Rehabilitation Beachtung finden. Die Fragestellung, ob diejenigen, die im Allgemeinen eine höhere berufliche Belastung angeben, erst später oder gar nicht mehr in den Beruf zurückkehren, wird zurzeit anhand einer längsschnittlichen Untersuchung überprüft.

Literatur

Amir, Z., Brocky, J. (2009): Cancer survivorship and employment: Epidemiology. Occupational Medicine, 59. 373-377.

Bouknight, R.R., Bradley, C.J., Luo, Z., (2006): Correlates of return to work for breast cancer survivors. Journal of Clinical Oncology, 24. 345-353.

Mehnert, A. (2010): Employment and work-related issues in cancer survivors. Critical Reviews in Oncology/ Hematology doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.004. Abruf: 08.11.2010.

Werden Brustkrebspatientinnen über die Möglichkeiten von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und Rehabilitationssport in den Brustzentren (ausreichend) informiert?

Nellessen-Martens, G., Kowalski, C., Ansmann, A., Pfaff, H.

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Zielsetzung

Die positive Wirkung von körperlicher Aktivität bei Mammakarzinom wurde vielfach dokumentiert. Die interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms empfiehlt die frühzeitige Information der Patientinnen über die Möglichkeiten ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen sowie weiterer Ansprüche, die sich aus dem Sozialrecht ergeben (u. a. Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 44, SGB IX).

Diese Arbeit behandelt folgende Frage: Werden die Patientinnen aus ihrer Sicht ausreichend über die Möglichkeiten von körperlicher Aktivität und Bewegung sowie medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen informiert?

Methodik

Datengrundlage ist die poststationäre Befragung der Patientinnen mit primärem Mammakarzinom, die im Rahmen der (Re-)Zertifizierung der nordrhein-westfälischen Brustzentren in 2010 durchgeführt wurde. Für die vorliegenden Fragestellungen können die vorläufigen Daten von 1.536 Patientinnen deskriptiv und mit Hilfe logistischer Regression sowie Mehrebenenanalyse ausgewertet werden.

Ergebnisse

Die vorläufige Rücklaufquote beträgt 83 %. Über eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme wurde mit ca. 77 % der 1.436 Patientinnen während des Krankenhausaufenthalts gesprochen. Die logistische Regression lässt keinen Zusammenhang bzgl. dieser Variablen mit dem Alter, dem Schweregrad (Staging) oder der ASA-Einstufung zu. Der ICC (interclass correlation coefficient) der Mehrebenenanalyse beträgt 0,17, d. h. die Patientenangaben variieren in Abhängigkeit von den Krankenhäusern.

Im Weiteren geben von den 1.110 Patientinnen, mit denen über eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme gesprochen wurde, insgesamt 80 % an, diese genutzt zu haben bzw. nutzen zu werden. In Bezug auf den Informationsbedarf fühlen sich 73 % der Patientinnen ausreichend informiert; mehr als 44 % derjenigen, mit denen nicht über die Rehabilitation gesprochen wurde und auch ca. 22 % derjenigen, die informiert wurden, hätten sich mehr Informationen gewünscht.

Weiterhin wurden die Patientinnen gefragt, ob der Arzt mit ihnen über die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining gesprochen hat. 34 % der Patientinnen gaben an, informiert worden zu sein. Mehr als zwei Drittel von diesen wurde zu sportlichen Aktivitäten geraten. 28 % wurde weder dazu geraten noch davon abgeraten. In Bezug auf den Informationsbedarf über krankheitsspezifische Bewegungs- und Sportmöglichkeiten hätten sich 36 % mehr Informationen gewünscht, 20 % derjenigen, die aufgeklärt wurden und 44 % derjenigen, die nicht aufgeklärt wurden. Die logistische Regression lässt keinen Zusammenhang dieser Variablen mit dem Alter, dem Schweregrad (Staging) oder der ASA-Einstufung erkennen. Auch die Mehrebenenanalyse weist auf keine Varianz über die Krankenhäuser hin.

Diskussion

Während in einigen Krankenhäusern mit allen Patientinnen über medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gesprochen wird, werden die Patientinnen in anderen Krankenhäusern kaum informiert. Hier besteht Handlungsbedarf. Da 20 % der Patientinnen, die informiert wurden, noch Informationsbedarf angeben, sollte außerdem krankenhausübergreifend die Qualität der Informationen geprüft werden. Dennoch spiegelt sich die Effektivität des Gesprächs u. a. darin wider, dass 80% derjenigen, die informiert wurden, auch die Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen.

Weit seltener werden die Patientinnen vom Arzt über die Möglichkeiten von Rehabilitationssport und Funktionstraining aufgeklärt. Dies scheint kein krankenhausspezifisches Phänomen zu sein. Da mehr als ein Drittel der Patientinnen mehr Informationen wünschen und da die positive Wirkung von Sport in Prävention und Nachsorge unumstritten ist, sollten Quantität und Qualität der Beratung über Sport und Bewegung in den Brustzentren optimiert werden. Es ist insbesondere die Rolle der Ärzte, die Patientinnen mehr zu Sport und Bewegung zu motivieren.

Einfluss einer stationären Rehabilitation auf das Sportverhalten und die sozial-kognitiven Ressourcen von Brustkrebspatientinnen

Kähnert, H. (1), Exner, A.-K. (1), Leibbrand, B. (2), Biester, I. (3), Kalusche, E.-M. (4), Koller, B. (5), Niehues, C. (6)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Salzuflen, (2) Salzetalklinik, Bad Salzuflen, (3) MediClin Rose Klinik, Horn-Bad Meinberg, (4) Median Klinik am Park, Bad Oeynhausen, (5) Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen, (6) Median Klinik am Burggraben, Bad Salzuflen

Hintergrund und Fragestellung

Sport und Bewegung nehmen bei der Bewältigung einer Brustkrebserkrankung einen hohen Stellenwert ein. Durch sportliche Aktivitäten kann das Rezidivrisiko gesenkt (Holmes et al., 2005) und Auswirkungen der Tumorerkrankung sowie therapiebedingte Nebenwirkungen effektiv entgegengewirkt werden (Dimeo, Thiel, 2008). Sport in der Gruppe berücksichtigt ferner Aspekte wie soziale Unterstützung und Integration. Obwohl das Wissen über die positiven Effekte von Sport vorhanden ist, fehlt es oftmals an einer adäquaten Umsetzung, was wiederum von einer Vielzahl innerer und äußerer Faktoren abhängt. Insbesondere sozial-kognitive Ressourcen wie sportbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (sSWE), Konsequenzerwartung hinsichtlich Barrieren oder Anreize (sKON-B / sKON-A), Intention (sINT) und soziale Unterstützung (sSU) gelten als Determinanten, die je nach Ausprägung bzw. ihrer subjektiven Bedeutung Einflüsse auf die Aneignung aber auch Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils ausüben können (Schwarzer, 2004).

Aufgrund der positiven Auswirkungen von sportlichen Aktivitäten verfolgt eine Rehabilitation auch das Ziel, Patienten zu einem regelmäßigen Sportverhalten zu motivieren. Geprüft werden soll in diesem Zusammenhang, welche Einflüsse eine stationäre Rehabilitation auf das Sportverhalten von Brustkrebspatientinnen sechs Monate nach dem Klinikaufenthalt ausübt, wobei Sportdauer und sozial-kognitive Ressourcen vorrangig betrachtet werden.

Methode

Die Auswertung beruht auf Daten der Nordic Walking-Studie*, eine prospektive, randomisierte Multizenterstudie mit drei Messzeitpunkten (Beginn (T1), Ende (T2) und 6 Monate (T3) nach einer Rehabilitation). Insgesamt liegen Längsschnittdaten von 564 Brustkrebspatientinnen vor. Ein Sportindex [Min./Woche] wurde jeweils zu T1 und T3 über altersrelevante Sportarten gebildet und in die Gruppen der Inaktiven, wenig Aktiven (<2 Std./Woche), Aktiven (≥2 und <4 Std./Woche) und hoch Aktiven (≥4 Std./Woche) unterteilt (Robert Koch Institut, 2010). Daten zu den sozial-kognitiven Ressourcen (sSWE, sKON-A/B, sINT und sSU) wurden in Anlehnung an Fuchs (1997) zu T1, T2 und T3 erhoben.

Ergebnisse

Ein Fünftel der Patientinnen gaben zu T1 an, innerhalb der letzten sechs Monate vor T1 keinen Sport ausgeübt zu haben. Regelmäßige Sportaktivitäten bis zu 2 Std./Woche üben 25 %, zwischen 2-4 Std./Woche 23 % und mehr als 4 Std./Woche etwa 32 % der Patientin-

* Studienförderung: Institut für Rehabilitationsförderung Norderney

nen aus. Zu T3 zählen nur noch 9 % zu den Inaktiven und 17 % zu den wenig Aktiven. Insbesondere die Inaktiven und wenig Aktiven zu T1 steigern ihr Sportverhalten zu T3. Entsprechend sind ehemals inaktive Patientinnen sechs Monate nach der Rehabilitation durchschnittlich 135±105 Min./Woche sportlich aktiv (T=-10,3, p<0,001). Die wenig Aktiven steigern ihre Sportzeiten signifikant von durchschnittlich 70±22 Min./Woche (T1) auf 181±97 Min./Woche (T2)

(T=-9,1, p<0,001). Die überwiegende Mehrzahl der sportlich Aktiven (≥ 2 Std./Woche) zu T1 sind auch zu T3 sportlich aktiv (geblieben), wobei sie ihre Sportzeiten durchschnittlich von 302±158 Min/ Woche (T1) auf 319±200 Min/ Woche (T3) erhöhen.

Die Ausprägungen sozial-kognitiver Ressourcen der Patientinnen verbessern sich signifikant im Verlauf der Rehabilitation. Im Vergleich zu T1 verbinden die Patientinnen am Ende der Rehabilitation mit Sport mehr Vorteile für sich und ihre Gesundheit (sKON-A: T=-4,9; p<0,001) und nehmen weniger Barrieren (Aufwand und Besorgnis) wahr (sKON-B: T=5,5; p<0,001). Auch die sSWE (T=-5,4; p<0,001), sIN (T=-7,6; p<0,001) und die wahrgenommene sSU (T=-5,1; p<0,001) verbessern sich von T1 nach T2. Hohe Ausprägungen der genannten Ressourcen (bei sKON-B niedrige Ausprägung) zu T2 korrelieren signifikant mit erhöhten sportlichen Aktivitäten zu T3.

Betrachtet man die sportlich inaktiven Brustkrebspatientinnen zu T1, so waren für die Aneignung eines regelmäßigen Sportverhaltens sechs Monate nach einer Rehabilitation entscheidende Determinanten die sSU (β=12,7; p<0,01) und sIN (β=28,6; p<0,05). Für die Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Sportverhaltens zu T3 wirkten prädiktiv: sKON-B (β=-5,9; p=0,05), sSWE (β=2,6; p<0,000) und sIN (β=39,1; p<0,01).

Diskussion und Ausblick

Eine stationäre Rehabilitation trägt dazu bei, das Sportverhalten von Brustkrebspatientinnen bis zu sechs Monate nach Reha-Ende zu fördern, und zwar sowohl bei der Aneignung als auch der Aufrechterhaltung eines sportlich aktiven Lebensstils. Hierbei übernehmen sozial-kognitive Ressourcen wie sSWE, sKON-A, sKON-B, sSU und sIN, deren Ausprägungen durch eine Rehabilitation positiv verändert werden, wesentliche Funktionen.

Eine notwendige Zukunftsaufgabe der Rehabilitationspraxis und der Nachsorge wird sein, diese sozial-kognitiven Ressourcen über spezielle Interventionen zu fördern, so dass Sport langfristig zu einem integralen Bestandteil des täglichen Lebens von Brustkrebspatientinnen wird.

Literatur

Dimeo, F.C., Thiel, E. (2008): Körperliche Aktivität und Sport bei Krebspatienten. Der Onkologe, 14. 31-37.

Fuchs, R. (1997): Psychologie und körperliche Bewegung: Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen. Göttingen: Hogrefe.

Holmes, M.D., Chen, W.Y., Feskanich, D., Kroenke, C.H., Colditz, G.A. (2005): Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA, 293. 2479-2486.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". URL: http://www.rki.de/cln_169/nn_205770/DE/Content/GBE/Gesundheitsbericht-erstat-

tung/GBEDownlodsB/GEDA09,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GEDA09.pdf, Abruf: 04.11.2010.
Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Lebensqualität und subjektive Befindlichkeit von Patientinnen mit Brustrekonstruktion nach Mammakarzinom: Ein Vergleich mit Mastektomie-Patientinnen zu Beginn einer onkologischen Rehabilitation

Giesler, J.M., Bartsch, H.H., Weis, J.
Klinik für Tumorbiologie an der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Hintergrund

Untersuchungen zur Lebensqualität und subjektiven Befindlichkeit von Patientinnen mit Brustrekonstruktion nach Mastektomie bei Mammakarzinom stellen ein Desiderat der onkologischen Rehabilitationsforschung dar, wenn geklärt werden soll, inwieweit diese Patientinnen spezifischer Rehabilitationsangebote bedürfen. Vor diesem Hintergrund führt die Klinik für Tumorbiologie Freiburg eine prospektiv-kontrollierte multizentrische Studie durch, in der Patientinnen mit Brustrekonstruktion nach Mastektomie und Patientinnen mit Mastektomie ohne anschließenden Wiederaufbau zu drei Zeitpunkten während und nach onkologischer Rehabilitation hinsichtlich der genannten Merkmalsbereiche verglichen werden. Der Beitrag berichtet über ausgewählte Ergebnisse von Auswertungen der Daten des ersten Erhebungszeitpunkts zu Beginn der Rehabilitation.

Methode

Brustkrebspatientinnen mit und ohne Wiederaufbau der Brust nach Mastektomie bearbeiteten zu Beginn und Ende sowie 6 Monate nach Abschluss ihrer onkologischen Rehabilitation einen Fragebogen, der unter anderem Lebensqualität (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23), subjektive Befindlichkeit (HADS), Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis und soziodemografische Merkmale erfasste. Zudem wurden Merkmale der Erkrankung und Behandlung aus der Krankenakte erhoben. Zur Erfassung spezieller Lebensqualitätsaspekte nach Brustrekonstruktion wurde ein geringfügig modifiziertes Modul eingesetzt, das aktuell von einer Arbeitsgruppe der EORTC entwickelt wird und auf das Zufriedenheitserleben sowie mögliche Folgeprobleme nach Rekonstruktion wie zum Beispiel Schmerzen, Schwellungen, Narben etc. zielt. Den hier dargestellten Auswertungen liegen die Daten von 88 Patientinnen mit Brustrekonstruktion und 136 Patientinnen mit Mastektomie zugrunde, die von Februar bis November 2010 in die Studie eingeschlossen werden konnten. Es wurden unter anderem Chi^2-Verfahren, t-Tests für unabhängige Stichproben und Kovarianzanalysen gerechnet, in denen das Alter als Kovariate fungierte.

Ergebnisse

Patientinnen mit Brustrekonstruktion sind im Mittel signifikant jünger als Patientinnen ohne Rekonstruktion (50.3 vs. 56 Jahre, $p < .001$). Hinsichtlich der mit dem QLQ-C30 erfassten Lebensqualität zeigen sich statistisch bedeutsame Mittelwertunterschiede lediglich in Bezug

auf den globalen Gesundheitsstatus, die zugunsten der Rekonstruktionspatientinnen ausfallen und unabhängig vom Lebensalter sind (62.9 vs. 57.1, $p < .05$). Ebenfalls unabhängig vom Lebensalter erweisen sich Rekonstruktions- im Vergleich mit Mastektomiepatientinnen als weniger ängstlich (6.6 vs. 7.9, $p <.005$) und depressiv (3.7 vs. 5.0, $p < .05$). Zudem weisen sie unabhängig vom Lebensalter auch günstigere Werte als Mastektomiepatientinnen hinsichtlich der mit dem QLQ-BR23 erfassten sexuellen Funktionsfähigkeit (39.6 vs. 25.2 $p < .05$) und der Zukunftsperspektive (46.6 vs. 37.6, $p < .05$) auf. Schließlich zeigen sich Patientinnen mit Rekonstruktion auch in ihren Beurteilungen des Behandlungsergebnisses auf der Ebene von Einzelitems meist als "eher zufrieden".

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Datenauswertung zeigt für Patientinnen mit Brustrekonstruktion zu Beginn der onkologischen Rehabilitation nur in wenigen Lebensqualitäts- und Befindlichkeitsmerkmalen signifikante und vom Alter unabhängige Unterschiede gegenüber Mastektomiepatientinnen, die zudem eher zu ihren Gunsten ausfallen. Dies entspricht über weite Strecken Befunden von Untersuchungen, die im angloamerikanischen Raum in akut- und poststationären Settings durchgeführt wurden (Lee et al., 2009). Hierbei ist jedoch in Rechnung zu stellen, dass beide Patientinnengruppen der vorliegenden Untersuchung zu Beginn der Rehabilitation mit einer Differenz von jeweils mindestens 12 Skalenpunkten gegenüber einer hinsichtlich des Alters vergleichbaren Gruppe der Allgemeinbevölkerung (Schwarz, Hinz, 2001) eine deutlich niedrigere allgemeine Lebensqualität aufweisen. Dass Rekonstruktionspatientinnen in Bezug auf den globalen Gesundheitsstatus, Angst, Depressivität, sexuelle Funktionsfähigkeit und Zukunftsperspektive günstigere Werte zeigen als Mastektomiepatientinnen, gibt Anlass, zu überlegen, wie speziell Patientinnen mit Mastektomie im Rahmen der Rehabilitation hinsichtlich dieser Aspekte angemessen unterstützt werden können. Weitere Untersuchungen zu möglicherweise spezifischen Rehabilitationserfordernissen jeder dieser beiden Patientinnengruppen erscheinen hierzu jedoch unabdingbar.

Literatur

Lee, C., Sunu, C., Signone, M. (2009): Patient-reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: a systematic review. Journal of the American College of Surgeons, 209. 123-133.

Schwarz, R., Hinz, A. (2001): Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. European Journal of Cancer, 37. 1345-1351.

Immediate and Long Term Effects of an Inpatient Rehabilitation Programme on Emotional State and Body Image in Breast Cancer Patients as Compared to Appropriate Controls

Gallhofer, G. (1), Schöne, S. (2), Netter, P. (2)

(1) Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik-Taunus,

(2) Institute of Psychology, University of Gießen

Purpose

So far, no studies have investigated rehabilitation effects in breast cancer patients by using controls matched for identical motivation for participating in a hospital rehabilitation programme. Furthermore, previous studies in rehabilitation have rarely addressed effects on the deteriorated body image accompanying breast cancer surgery, chemotherapy and irradiation as well as long term effects after discharge (Dellbrück, 2006; Gallhofer et al., 2008; Gerber, 2005; Pinto, Trunzo, 2004). Therefore the present study investigates rehabilitation effects on emotional states and body image comparing an inpatient sample with a postoperative control group awaiting an inpatient rehabilitation programme.

Methods

130 breast cancer patients were tested after admission to a rehabilitation hospital (t1), after 3 weeks of treatment (t2), and 4 weeks after discharge (t3) by questionnaires on body image and emotional states (Janke et al., 2002), and at t1 and t2 a body image computer test (Letosa-Porta, 2005). Identical questionnaires were applied to 50 postoperative controls after completion of radiotherapy and 3 weeks later before admission to inpatient rehabilitation. Several demographic variables were additionally obtained in both samples.

Results

There was a clear improvement in positive emotionality and body image from t1 to t2 compared to controls indicating beneficial effects of rehabilitation. After discharge (t3) positive scores had decreased, but were still significantly higher than upon admission. Interestingly, the computer test revealed positive rehabilitation effects not only for dissatisfaction with, but also for perceptual distortion of the patients´ own body. Measures of a negative body image were significantly correlated with negative affective states.

Conclusion

The study demonstrates that an appropriate control group can help to obtain unbiased results of beneficial immediate and long term effects of inpatient rehabilitation treatment. Furthermore, self rated as well as objectively assessed measures of a negative body image can be improved, which was shown to be independent of surgical techniques. However, ratings on body image are highly confounded by affective states, which physicians have to consider when assessing physical complaints of patients in general.

Literature

Delbrück, H. (2006): Nachsorge und Rehabilitation bei Tumortherapie. In: Schmoll, H.-J., Höffken, K., Possinger, K. (Hrsg.): Kompendium Internistische Onkologie. 1343-1351.

Gallhofer, G., Brückner, U., Wendt, T., Netter, P. (2008): Learning to cope with the changes of body image and treatment effects of breast cancer therapy - the role of rehabilitation. Psychooncology, 17. 9.

Gerber, L.I. (2005): Rehabilitation in Breast Cancer. Cancer. 2742-2745.

Janke, W., Hüppe, S., Erdmann, G. (2002): Befindlichkeitsskalierung anhand von Eigenschaftswörtern und Kategorien. Psychologisches Institut Univ. Würzburg, unveröffentlicht.

Letosa-Porta, A., Ferrer-Garcia, M., Guiterrez-Maldonado, J. (2005): A programme for assessing Body image disturbance using adjustable partial image distorsion (BIAS). Behavioural Research Methods, 37 (4). 638-643.

Pinto, B.M., Trunzo, J.J. (2004): Body esteem and mood among sedentary and active breast cancer survivors . Mayo Clinic Proceedings, 79 (2). 181-186.

Verbessern optimierte Patientenschulung und telefonische Nachsorge die Nachhaltigkeit der onkologischen Rehabilitation? Eine prospektive Längsschnittstudie mit Brustkrebspatientinnen

Tripp, J. (1), Hass, H.G. (2), Schröck, R. (2), Muthny, F.A. (1)

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinik Münster,

(2) Paracelsus-Klinik Scheidegg

Einleitung

Die Effekte der onkologischen Rehabilitation sind mittlerweile gut belegt, doch die Befunde zur mittel- und langfristigen Wirkung sind z. T. noch widersprüchlich (Teichmann, 2002). Patientenschulungen und Nachsorgeangebote sind als Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit in der Rehabilitation in den letzten Jahren bei verschiedenen Indikationen implementiert und evaluiert worden (vgl. Faller et al., 2005; China, Mittag, 2003). Erstmals wird im vorliegenden Forschungsprojekt* eine Kombination aus optimierter Patientenschulung in Kleingruppen und telefonischer Nachsorge in der Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen im Bezug auf die Förderung der nachhaltigen Wirksamkeit untersucht.

Methoden

In einem quasi-experimentellen Design erhielten 172 Patientinnen in der ersten Projektphase die standardmäßige Reha-Behandlung und in einer zweiten Phase nahmen 144 Patientinnen an der Reha mit optimierter Patientenschulung teil. In beiden Phasen erfolgte nach Reha-Ende in einem experimentellen Design eine randomisierte Zuweisung in eine telefonische Nachsorgegruppe und eine Kontrollgruppe. Es wurde durch Erhebungen zu Beginn der Reha (T1), zu Reha-Ende (T2) und sechs Monate nach Reha-Ende (T3) mit einem Fragebogenpaket, das u. a. als zentrale Outcome-Maße den HADS und den IRES-24 sowie Fra-

* gefördert von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NRW (ARGE)

gen zur direkten Bewertung der telefonischen Nachsorge umfasste, die Wirksamkeit der Rehabilitation erfasst.

Ergebnisse

Im Verlauf von Reha-Beginn zur Katamnese zeigen sich signifikante Verbesserungen im Reha-Status und HADS mit Effektstärken zwischen d=.33 und d=.45. In einer varianzanalytischen Auswertung, mit den beiden Projektphasen (Standardbehandlung vs. optimierte Patientenschulung) und der Einteilung in die beiden Nachsorgegruppen als Gruppenfaktoren und den drei Erhebungszeitpunkten als Messwiederholungsfaktor zeigen sich bei keinen der untersuchten Variablen signifikante Unterschiede zwischen den Projektphasen bzw. Schulungsbedingungen im Verlauf. Im IRES-24 Gesamtwert zeigte sich ein besserer Reha-Status in der telefonischen Nachsorgegruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu T3 (signifikanter Interaktionseffekt ($F(1,71;365,02)=3,26$; $p<.05$); Effektstärke des Gruppenunterschieds zu T3: d=.27). Bei Betrachtung der Subskalen des IRES-24 wird deutlich, dass dieser Effekt hauptsächlich auf die IRES-24-Unterskala "Funktionsfähigkeit im Alltag" zurückzuführen ist. Hier zeigt sich zu T3 eine deutlichere Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag in der telefonischen Nachsorgegruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Effektstärke d=.32). Im HADS findet sich jedoch kein signifikanter Einfluss der telefonischen Nachsorge. In der direkten Befragung wird die telefonische Nachsorge von den Teilnehmerinnen sehr positiv beurteilt. 84 % stimmen der Aussage zu, dass die telefonische Nachsorge allen Rehabilitanden angeboten werden sollte und viele würden sie auch weiterempfehlen (76 % starke oder sehr starke Zustimmung).

Diskussion und Fazit

Es konnte gezeigt werden, dass sich in der Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen nachhaltige Verbesserungen des Reha-Status und der psychischen Verfassung ergeben, die bis zu einem halben Jahr nach Reha-Ende erhalten bleiben. Durch eine optimierte Patientenschulung konnte keine zusätzliche Steigerung der nachhaltigen Wirksamkeit erreicht werden. Ein telefonisches Nachsorgeangebot konnte zu einem langfristig besseren Reha-Status und insbesondere zu einer besseren Funktionsfähigkeit im Alltag beitragen, nicht jedoch zu einer besseren psychischen Verfassung. Allerdings war die Dosis, mit durchschnittlich 4,5 Nachsorgegesprächen in einem halben Jahr und einer Gesamtdauer aller Gespräche von 1 Stunde, recht gering. Die schon mit diesem recht kurzen Nachsorgeprogramm erzielten Effekte von kleiner bis mittlerer Größe legen die weitere Implementierung und Erforschung von telefonischen Nachsorgeangeboten im Anschluss an die stationäre Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen nahe.

Literatur

China, C., Mittag, O. (2003): Entwicklung eines Anleitungs- und Dokumentationsbogens (Manual) für die telefonische Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 61. 85-103.

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44. e21-e31.

Teichmann, J.V. (2002): Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Die Rehabilitation, 41. 53-63.

Erwerbstätige mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen - Wer braucht eine medizinische Rehabilitation?

Langbrandtner, J., Hüppe, A., Raspe, H.
Professur für Bevölkerungsmedizin der Universität zu Lübeck

Hintergrund

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (UC) sind "multifokale" Erkrankungen. Neben der Entzündung des Darmes und den damit einhergehenden Beschwerden ergeben sich regelhaft weitere somatische und psychosoziale Probleme, die zu erheblichen Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe in den Bereichen Partnerschaft/Familie, Beruf/Ausbildung und Freizeit führen (Hardt et al., 2009). Das mittlere Alter in Bezug auf Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit liegt deutlich unter dem Durchschnitt (2009: MC-Diagnose 45,5 Jahre (♂) bzw. 43,8 Jahre (♀) versus alle Diagnosen 50,8 Jahre (♂), bzw. 49,7 Jahre (♀); bei CU-Diagnose vergleichbare Zahlen) (DRV, 2009).

Die frühzeitige Identifikation von Hinweisen auf eine Gefährdung der sozialen Teilhabe ist notwendig. Im Jahr 2009 veröffentlichte "Versorgungspfade" geben Handlungsempfehlungen für das Zusammenspiel der verschiedenen Versorgungssektoren (Raspe et al., 2009). Zu den Aufgaben der ambulanten Behandlungsebenen zählt dabei ein regelmäßiges Problemassessment. Das multimodale und multidisziplinäre Angebot der medizinischen Rehabilitation gilt als Behandlungsoption, wenn ein so komplexer Behandlungsbedarf vorliegt (nach dem Lübecker Algorithmus aktuell 5 und mehr Behandler erforderlich), dass eine Versorgung im ambulanten Bereich für die Betroffenen nicht mehr durchführbar ist (Raspe, 2007).

Bislang liegen keine Befragungsdaten aus nationalen Studien zum Ausmaß der Gefährdung der sozialen Teilhabe erwerbstätiger CED-Patienten vor. Zwei postalische Betroffenenbefragungen, die von der Lübecker Arbeitsgruppe im Jahr 2005 und 2010 durchgeführt wurden, wurden auf einen möglichen Rehabilitationsbedarf der erwerbstätigen Teilnehmer hin analysiert.

Methodik

Stichprobe A: Im Jahr 2005 wurde eine schriftliche Betroffenenbefragung in drei Regionen Nord-, Mittel- und Süddeutschlands durchgeführt, 620 (61 %) der 1.083 Befragten waren erwerbstätig, unter ihnen 56 % MC; 62 % Frauen (Hardt et al., 2009).

Stichprobe B: Im Rahmen eines laufenden Modellprojektes zur Implementierung der oben genannten Versorgungspfade wurden CED-Betroffene in einer Modellregion Schleswig-Holsteins sowie in einer Kontrollregion (Minden und Herne) im Jahr 2010 postalisch befragt. Von den 552 Studienteilnehmern waren 344 (63 %) erwerbstätig (51 % MC, 57 % Frauen).

In beiden Befragungen erfolgte die Rekrutierung über behandelnde Ärzte, Presse und die Selbsthilfeorganisation DCCV e.V. Die eingesetzten Fragebögen erfassten über 20 mögliche Problemfelder. Dazu gehören körperliche Schädigungen (z. B. Gelenkschmerzen), psychische Schädigungen (z. B. Angst), Teilhabestörungen (z. B. Arbeitsunfähigkeit) sowie riskante Kontextfaktoren (z. B. geringe soziale Unterstützung). Den identifizierten Problemfeldern lassen sich 10 verschiedene Behandlungs-/Beratungsangebote (z. B. Psychotherapie, Ernährungsberatung, Schulung) zuordnen.

Erfasst wurden zudem die subjektive Erwerbsprognose (SPE-Skala) (Mittag, 2003) sowie die subjektive Reha-Bedürftigkeit.

Ergebnisse

Beide Studiengruppen berichten im Mittel von 3 Problemfeldern (SD=3), am häufigsten werden neben Beeinträchtigungen in täglichen Aufgaben und Verpflichtungen eine hohe Stressbelastung und Begleiterkrankungen genannt. In der Stichprobe A sind 13 % der 620 erwerbstätigen CED-Patienten nach dem Lübecker Algorithmus als reha-bedürftig anzusehen (sie benötigen 5 und mehr Behandler). 24 % berichten eine schlechte subjektive Erwerbsprognose (SPE > 2).

Von 344 erwerbstätigen Studienteilnehmern (Stichprobe B) lassen 15 % einen Reha-Bedarf nach dem Lübecker Algorithmus erkennen und 29 % weisen eine schlechte subjektive Erwerbsprognose auf. Als aktuell rehabedürftig stufen sich 25 % ein.

Hinweise auf einen Reha-Bedarf nach dem Lübecker Algorithmus in Kombination mit einer schlechten subjektiven Erwerbsprognose zeigen 8 % (A) bzw. 10 % (B) der Erwerbstätigen. Knapp die Hälfte von ihnen gibt an, zurzeit eine Rehabilitation zu benötigen (B).

Diskussion

Jeder Achte unter den Erwerbstätigen mit CU oder MC zeigt Hinweise auf einen komplexen Behandlungsbedarf, etwa jeder Vierte lässt eine negative subjektive Erwerbsprognose erkennen.

Der Einsatz eines Asssessmentinstrumentes in der ambulanten Versorgung, wie es die Versorgungspfade vorsehen, kann Patienten mit einem komplexen Problemprofil identifizieren, für die das multimodale und multidisziplinäre Angebot der medizinischen Rehabilitation eine Behandlungsoption darstellt. Zugleich können unterkomplexe Fälle, für die spezielle ambulante Reha-Maßnahmen in Frage kommen, unterschieden werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugang 2009. Bd. 178. 58-71.

Hardt, J., Muche-Borowski, C., Conrad, S., Balzer, K., Bokemeyer, B., Raspe, H. (2009): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen als multifokale Erkrankungen: Körperliche und psychosoziale Probleme von Patienten mit CED. Ergebnisse eines Fragebogen-Surveys. Z f Gastroenterol. (in press).

Mittag, O., Glaser-Möller, N., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Héon-Klein, V., Raspe, A., Raspe, H. (2003): Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Versicherten mit schweren Rü-

ckenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der Inneren Medizin. Sozial- und Präventivmedizin, 48. 361-369.
Raspe, H. (2007): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen ("needs assessment"). Die Rehabilitation, 46. 3-8.
Raspe, H., Conrad, S., Muche-Borowski, C. (2009): Evidenzbasierte und interdisziplinär konsentierte Versorgungspfade für Patientinnen und Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Z Gastroenterol, 47. 541-562.

Proaktive Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2: Eine kontrollierte, randomisierte Studie bei DMP-PatientInnen - Studiendesign und Baseline-Daten

Döbler, A. (1), Pollmann, H. (2), Raspe, H. (3), Mittag, O. (1)
(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr,
(3) Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Theoretischer Hintergrund

Eine frühzeitige Behandlung, die unterschiedliche Einflussfaktoren der Erkrankung adressiert (Senkung der Blutzuckerwerte und des Blutdrucks, Gewichtsreduktion, Bewegung), kann langfristig das Risiko für die Entwicklung von Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus Typ 2 reduzieren (z. B. Gaede et al., 2008; Holman et al., 2008). Diese Befunde bilden die Grundlage für eine leitliniengerechte Versorgung im Rahmen des Disease Management Programms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 der Krankenkassen. Der komplexe Therapieansatz, mit oft gleichzeitig mehreren erforderlichen Behandlungen (z. B. Diabetesschulung, Bewegungs- und Ernährungsintervention), ist ambulant für bestimmte Patienten nur schwer umzusetzen. Die stationäre Rehabilitation mit ihrem multimodalen-multidisziplinären Interventionsansatz könnte dabei unterstützen. Erste Ergebnisse deuten auf eine Wirksamkeit der stationären Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2 hin (Hüppe et al., 2008). Eine verstärkte Einbeziehung der Rehabilitation im Rahmen der Regelversorgung der DMPs erscheint daher sinnvoll (Raspe, Zillessen, 2003). Die vorliegende Untersuchung prüft Praktikabilität und Nutzen eines aktiven Screenings nach Rehabilitationsbedarf bei Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2. Gleichzeitig bietet das Vorgehen die Möglichkeit, bislang weitgehend fehlende, randomisierte, kontrollierte Studien in der Rehabilitation durchzuführen.

Methode

Zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf erhielten aktiv Versicherte der DRV Rheinland unter 55 Jahre, die in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 der AOK Rheinland/Hamburg eingeschrieben sind, einen Selbstausfüllbogen zugesandt, in dem Behandlungsbedarf in diabetesspezifischen Problembereichen (anhaltende Überzuckerung, Bewegungsmangel u. a.)

geprüft* wurde. Als Kriterium für Rehabilitationsbedarf wurde die aktuelle Behandlungskomplexität erfasst, die sich aus der Zuordnung von Problembereichen zu spezifischen Behandlungszugängen (Diabetesschulung, Bewegungsintervention etc.) ergibt. Bei Vorliegen von Rehabilitationsbedarf und Erfüllen der Einschlusskriterien wurden die Versicherten per Zufall der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet. Die Interventionsgruppe erhielt eine Rückmeldung über den festgestellten Rehabilitationsbedarf, mit der Empfehlung, eine stationäre Rehabilitation zu beantragen. Nach 12 Monaten erfolgt eine Nachbefragung der Teilnehmer. Endpunkte der Studie sind die Blutzuckereinstellung (HbA1c), das koronare Risiko sowie verhaltensbezogene Parameter des Lebensstils und die Teilhabe.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 5.500 Versicherte angeschrieben. Geantwortet haben bislang 846 Versicherte (15,4 %). Von 823 lagen ausgefüllte Fragebögen und Einverständniserklärungen vor, diese wurden auf das Vorliegen von Rehabilitationsbedarf gescreent. 426 davon erfüllten die Einschlusskriterien nicht (kein Rehabilitationsbedarf, fehlende Voraussetzungen zur Rehabilitationsteilnahme oder stationäre Reha aus persönlichen Gründen nicht möglich), so dass 397 der Versicherten im Verhältnis 3:1 (IG:KG) randomisiert werden konnten. Von den 298 Versicherten der Interventionsgruppe, haben bisher 53 % (157) einen Reha-Antrag gestellt, 13 haben bereits an der stationären Rehabilitation teilgenommen.

Die Studienteilnehmer sind überwiegend männlich (65 %), im Mittel 50 Jahre (SD 4,9) und haben zu 72 % Hauptschul- oder keinen Schulabschluss. Der mittlere HbA1c (Langzeitblutzuckerwert) beträgt 7,7 % (SD 1,5), der durchschnittliche BMI 34 (SD 7,3) und das 5-Jahres-Risiko für ein koronares Ereignis liegt im Mittel bei 8,6 % (SD 4,7). 325 (83 %) sind der Meinung, dass sie aktuell aufgrund Ihres Gesundheitszustandes eine Rehabilitation benötigen.

Diskussion

Ein proaktives Vorgehen zur Identifikation von Rehabilitationsbedarf erweist sich als umsetzbar. Der auffallend hohe subjektive Rehabilitationsbedarf von 83 % bei den Studienteilnehmern und der geringe Rücklauf deuten darauf hin, dass sich das Verfahren v. a. dazu eignet, Patienten mit hohem subjektivem Rehabedarf zu identifizieren. Möglicherweise wurde der Screening-Bogen überwiegend von Versicherten genutzt, die glauben, derzeit eine Rehabilitation zu benötigen. Ein solches bedarfsorientiertes Screening könnte initiales Element in einem Begutachtungsprozess sein (Raspe et al., 2005) und so die medizinische Reha systematisch in den Disease Management Prozess integrieren. Des Weiteren bietet der Ansatz die Möglichkeit ethisch vertretbar methodisch hochwertige Studien in der Rehabilitation durchzuführen und so langfristig deren Evidenzbasierung zu verbessern.

Literatur

Gaede, P., Lund-Andersen, H., Parving, H., Pedersen, O. (2008): Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. The New England Journal of Medicine, 358. 580-591.

---

* Projekt PARTID (Proaktive Rehabilitation und telefonische Intervention bei Diabetes mellitus Typ 2: Eine kontrollierte, randomisierte Studie bei DMP-PatientInnen). Gefördert durch das Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (FKZ: 05006)

Holman, R.R., Paul, S.K., Bethel, M.A., Matthews, D.R., Neil, H.A. (2008): 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. New England Journal of Medicine, 15. 1577-1589.

Hüppe, A., Parow, D., Raspe, H. (2008): Wirksamkeit und Nutzen eines Screeningverfahrens zur Identifikation von rehabilitationsbedürftigen Personen mit Diabetes mellitus Typ 2: eine randomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie unter Versicherten der Hamburg Münchener Krankenkasse. Das Gesundheitswesen, 70. 590-599.

Raspe, H., Zillessen, E. (2003): Medizinische Rehabilitation bei Kranken mit einem Diabetes mellitus Typ 2 - Hinweise für Ärzte zur Indikationsstellung (im Kontext strukturierter Behandlungsprogramme, Die Rehabilitation, 42. 124-126.

Raspe, H., Ekkernkamp, H., Matthis, C., Raspe, A., Mittag, O. (2005): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Theorie und Empirie. Die Rehabilitation, 44. 325-334.

Stuhlinkontinenz: Sonomorphologische und funktionelle Befunde als Prognosekriterien? - Prospektive Studie mit Kurz- und Langzeitevaluation

Allgayer, H. (1), Zipse, S. (1), Dietrich, C.F. (2)

(1) Rehaklinik Ob der Tauber, RehaZentren Baden-Württemberg, Bad Mergentheim,
(2) Medizinische Klinik II, Caritaskrankenhaus, Bad Mergentheim, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg

Einleitung

Stuhlinkontinenz (SI) als Folge unterschiedlicher gastrointestinaler Erkrankungen und/oder operativer Eingriffe ist eine wichtige Indikation für Rehabilitationsmaßnahmen. Ziel muss es sein, Beschwerde-/Funktionsverbesserungen zu erreichen mit Rückkehr an den Arbeitsplatz bei noch erwerbstätigen Patienten. In einer prospektiven Studie fanden wir, dass der klinische Schweregrad der SI zu Beginn der Rehabilitation als möglicher Prädiktor für den Therapieerfolg im Kurz- und Langzeitverlauf betrachtet werden kann (Allgayer et al., 2005). In dieser Studie wurde vergleichend untersucht, ob sonomorphologische und/oder funktionelle (manometrische) Befunde als weitere Prognosefaktoren hinsichtlich des Kurz-/Langzeitverlaufs herangezogen werden können. Bei den noch im Erwerbsleben stehenden Patienten wurde untersucht, inwieweit sich diese Befunde als Prädiktoren auch bezüglich des Entlassungsstatus (arbeitsunfähig/arbeitsfähig) (au/af) eignen könnten.

Patienten und Methoden

Prospektive Studie; Patienten mit SI unterschiedlicher Genese wurden eingeschlossen, Einschlusskriterium: Schweregrad <12,0 Punkte auf der 16,0 Punkte umfassenden Inkontinenzskala (Chirurgischer Arbeitskreis Colo-/Proktologie) (CACP). Zu Beginn des Rehaaufenthalts (T_0) wurden eine Rektummanometrie zur Evaluierung motorischer und sensorischer Parameter sowie rektoanale Endosonographie durchgeführt. Die Beurteilung der Sphinktermorphologie erfolgte entsprechend definierter Kriterien (Strukturdefekte innerer/äußerer Sphinkter, intersphinktäre Fisteln, Flüssigkeitsansammlungen, auffälliges

Echomuster im 2-D Bild) (Sailer et al., 2008; Allgayer et al., 2010). Am Ende des Rehaaufenthaltes (T_1) wurde der klinische Schweregrad erneut bestimmt mit der Entscheidung, ob weiterhin AU besteht. Langzeitevaluation mittels zugesendeter Fragebögen nach 12,0+/-6,0 Monaten (T_2). Eine Besserung wurde als >2 Punkte auf der CACP-Skala im Vergleich zu T0 definiert. Statistik: Deskriptive/nicht deskriptive Parameter; Prädiktoren wurden als positive/negative Vorhersagewerte (PPV/NPV) und Genauigkeit (Accuracy) (ACC) angegeben mit Receiver Operator Characteristics Analyse (ROC), p<0,5 signifikant

Ergebnisse

Patientencharakteristika: n=48 tiefe anteriore Resektion bei Rektumkarzinom, n=11 M. Crohn mit/ohne Fisteln, n=8 andere Darmoperationen, n=11 sonstige; Alter: 58,0 Jahre (36,0-77,0); n=47 berufstätig, n=36 mit Sphinkteranomalitäten, n=35 überwiegend motorische Sphinkterinsuffizienz. Für Sphinkteranomalitäten (alle kombiniert) wurden hinsichtlich des Kurzzeitverlaufes folgende PPV/NPV/ACC Werte ermittelt: 0.62/0.58/0.59, für definierte Strukturdefekte der Sphinktermuskulatur: 0.67/0.49/0.53, hinsichtlich des Langzeitverlaufes 1.0/0.33/0.4. Für den Nachweis von Sphinkteranomalitäten (kombiniert) bezüglich des Entlassungsstatus (au) wurden ermittelt: 0.74/0.55/0.64; für definierte Sphinkterdefekte: 0.71/0.42/0.72. Die ROC-Analyse ergab für den Nachweis der Kombination aller Sphinkteranomalitäten eine bessere Diskriminierung hinsichtlich des Kurz-/Langzeitverlaufes und des zu erwartenden Entlassungsstatus als der Nachweis einzelner isolierter Sphinkterdefekte (p<0.05). Motorische/sensorische Parameter zeigten keine signifikante Beziehung zu Verlauf und Erwerbsstatus.

Schlussfolgerungen

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Endosonographie des Sphinkterapparates bei Patienten mit SI unterschiedlicher Genese zu Beginn der Reha wertvolle Zusatzinformationen hinsichtlich des Kurz-und Langzeitverlaufes liefert und dass sonomorphologische Sphinkteranormalitäten in ihrer Gesamtheit als ungünstige Prognosefaktoren gewertet werden müssen. Bei Berufstätigen können Sphinkteranomalien als zusätzliche Prädiktoren für den zu erwartenden Entlassungsstatus herangezogen werden. Motorische und sensorische Parameter scheinen dagegen als Prognosekriterien weniger geeignet zu sein. Diese Ergebnisse sind als vorläufig zu betrachten, da die derzeit an unserer Klinik laufende Studie noch nicht abgeschlossen ist.

Literatur

Allgayer, H., Dietrich C.F., Rohde, W., Koch, G.F., Tuschhoff, T. (2005): Prospective comparison of short- and long-term effects of pelvic floor exercise/biofeedback training in patients with fecal incontinence after surgery plus irradiation versus surgery alone for colorectal cancer: Clinical, functional and endoscopic/endosonographic findings. Scand J Gastroenterol, 40. 1168-1175.

Allgayer, H., Ignee, A., Dietrich, C.F. (2010): Endosonographic elastography of the anal sphincter in patients with fecal incontinence. Scand J Gastroenterol, 45. 30-38.

Sailer, M., Allgayer, H., Dietrich, C.F. (2008): Endoanale und endorektale Sonographie. In: Dietrich, C.F. (Hrsg.): Endosonographie: Lehrbuch und Atlas des endoskopischen Ultraschalls. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. 390-413.

Welche Rolle spielen Genderaspekte in der endokrinologischen Rehabilitation und Nachsorge?

Ernst, G. (1), Hübner, P. (2)

(1) Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover,
(2) Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Hintergründe

Obwohl das sog. Gender Mainstreaming, die Erkenntnis, dass die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Männern und Frauen zu berücksichtigen sind, vor über 25 Jahren in die Politik Einzug gehalten hat, ist der Forschungsstand zu geschlechtersensiblen Fragestellungen in der medizinischen Rehabilitation noch dürftig. Mit Ausnahme der kardiologischen Rehabilitation gibt es kaum Studien, die sich mit Unterschieden der Geschlechter hinsichtlich Inanspruchnahme, Bedürfnissen und erfolgreichen Betreuungsangeboten beschäftigen. Dies scheint in der Diabetologie aus mehreren Gründen problematisch: einerseits haben Frauen mit Diabetes ein höheres Risiko für KHK und Depressionen als Diabetiker und Frauen ohne Diabetes (vgl. Grande, 2008), andererseits orientieren sich Reha-Programme typischerweise an Männern mit klassischer Erwerbsbiographie. Dabei kommen insbesondere die Themen Teilhabe und Nachhaltigkeit ohne Berücksichtigung der Lebenswelt und des sozialen Umfelds nicht aus. Männer und Frauen brauchen unterschiedliche Angebote, um Verhaltens- und Verhältnismodifikationen in ihren Alltag zu integrieren.

Methodik

Um Aussagen über Genderaspekte in der endokrinologischen Rehabilitation und Nachsorge zu machen, wurde ein Methoden-Mix angewandt. Es wurden die Daten von 411 Diabetes-PatientInnen analysiert, die im Zeitraum 2007-2010 an einem Nachsorgeprojekt der Klinik Niederrhein teilnahmen (vgl. Ernst, Hübner, 2010). Diese wurden ergänzt durch die Ergebnisse von qualitativen Interviews und Focusgruppen-Befragungen mit PatientInnen der Klinik (Döbler, Mittag, 2008). Zusätzlich wurden alle abgeschlossenen randomisierten kontrollierten Studien, die in den letzten 10 Jahre zum Thema Nachsorge in der medizinischen Rehabilitation publiziert wurden, hinsichtlich ihrer Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden untersucht.

Ergebnisse

Von den StudienpatientInnen waren 75 % männlich. Männer und Frauen unterschieden sich bei den sozioökonomischen, medizinischen und psychosozialen Eingangsvariablen signifikant. Die Frauen arbeiteten seltener in Vollzeit (26 vs. 74 %) und hatten überwiegend ungelernte Tätigkeiten (73 vs. 25 %). Ihr kardiovaskuläres Risiko war geringer als bei den Männern, ihr BMI war höher (39,0 vs. 36,7 kg/m²). Die Frauen zeigten deutlich höhere psychosoziale Belastungen (u. a. Depressivität, Ängste, Lebensqualität, Krankheitsbewältigung). Während der Reha konnten beide Gruppen ihre Werte verbessern, in der Folgezeit verschlechterten sie sich wieder. Im Gegensatz zu den Frauen schafften es die Männer jedoch auch nach einem Jahr, ihr kardiovaskuläres Risiko auf dem verbesserten Niveau zu halten, während das der Frauen über das Eingangsniveau stieg. Auch schätzten die Frauen den Nutzen der Reha und die Möglichkeit der Umsetzung durchschnittlich schlechter ein. Die

Nachsorgestudien liefern Hinweise darauf, dass Frauen auch von den Folgemaßnahmen weniger stark profitierten. In den Interviews berichteten Frauen von praktischen Problemen, die sie an Follow-up-Angeboten hindern, und den zusätzlichen Belastungen, die daraus erwachsen.

Diskussion

Wie auch in der Kardiologie zeigen sich eingangs deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Diese sollten bei der Rehabilitation und Nachsorge berücksichtigt werden. Zum einen müssen die psychosozialen Belastungen stärker in den Mittelpunkt der Behandlung gestellt werden, zum anderen muss die andersartige Beschäftigungssituation mit weniger qualifizierter Tätigkeit und Doppelbelastung von Beruf und Familie beachtet werden. Bei der Nachsorge stellt sich die Herausforderung, supportive Angebote zu entwickeln, die mit der Lebenssituation vereinbar sind und keine zusätzliche Belastung darstellen.

Literatur

Grande, G. (2008): Genderspezifische Aspekte in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 82. 291-300.

Ernst, G., Hübner, P. (2010): Welche Effekte hat eine Intervallrehabilitation bei Erwerbstätigen mit Diabetes mellitus? DRV-Schriften, Bd. 88. 165-166.

Döbler, A., Mittag, O. (2008): Erwartungen und Wünsche von Typ-2-DiabetespatientInnen an eine (telefonische) Nachsorge. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 82. 301-306.

Web-basiertes Expertensystem zur Erfassung und Optimierung der Therapiequalität in der gastroenterologischen Rehabilitation

Streit, J. (1), Ott, K. (1), Reichel, C. (1,2)

(1) Reha-Zentrum Bad Brückenau, Klinik Hartwald der Deutsche Rentenversicherung Bund,
(2) Medizinische Klinik I, Universitätsklinik Bonn

Einleitung

Das European Panel on the Appropriateness of Crohn's Disease Therapy (EPACT) hat Behandlungskriterien entwickelt, nach denen die Angemessenheit der Pharmakotherapie bei Patienten mit Morbus Crohn mit einem Web-basierten Algorithmus überprüft werden kann (www.epcact.ch). Daher untersuchten wir die mögliche Rolle dieses Web-basierten Expertensystems zur Messung der Therapiequalität in der gastroenterologischen Rehabilitation von Patienten mit Morbus Crohn (MC).

Methoden

Die Patienten eines Jahres aus unserer Klinik mit der ICD Klassifikation K50 für MC wurden in die Studie aufgenommen. In einem nächsten Schritt wurden Patienten mit gesichertem MC in EPACT-Kategorien unterteilt (Reichel et al., 2010). In MC-Kategorien, bei deren Patienten häufig Therapiewechsel während der Rehabilitation durchgeführt wurden, verglichen

wir die Therapiepläne zu Beginn und Ende der Rehabilitation mit den Therapieempfehlungen der EPACT-Website.

Ergebnisse

Von 355 Patienten mit der ICD Klassifikation K50 erfüllten 337 Patienten die Diagnosekriterien für MC (Medianes Alter 42 [Spannweite 17-65] Jahre, 250 Frauen, Medianer Chron's Disease Acitivity Index (CDAI) 140 [Spannweite -3 bis 427]). Bei Patienten der EPACT-Kategorien "Steroid-abhängig" und "Steroid-refraktär" wurden häufig Therapieänderungen während der Rehabilitation identifiziert. Bei diesen 59 Patienten wurden lediglich 16 von 132 Therapien, also 12 % der Behandlungen bei Aufnahme als angemessen bewertet. Die Anzahl der Differenzen zwischen vereinbarten Behandlungsplänen und den EPACT-Empfehlungen nahm von 45 auf 25 während der Rehabilitation ab (p=0.001).

Diskussion

Bei Aufnahme fanden wir einen dramatisch geringen Anteil von lediglich 12 % angemessenen Therapien bei MC-Patienten der EPACT-Kategorien "Steroid-abhängig" und "Steroid-refraktär". Dies demonstriert eine massive Fehlversorgung dieser Patienten zu Beginn der gastroenterologischen Rehabilitation. Die während der Rehabilitation beobachtete Abnahme der Differenzen zwischen Therapiezielen und EPACT-Empfehlungen zeigt, dass eine gastroenterologisch spezialisierte Rehabilitation zu einer Verbesserung der Versorgung dieser problematisch fehlversorgten Patienten beitragen kann.

Schlussfolgerungen

Unsere Ergebnisse sind ein erstes Beispiel für das erstaunliche Potential Web-basierter Expertensysteme bei der Definition und Messung von Ergebnisqualität in der gastroenterologischen Rehabilitation.

Literatur

Reichel, C., Streit, J., Ott, K., Wunsch, S. (2010): Appropriateness of Crohn's disease therapy in gastroenterological rehabilitation. Digestion, 82. 239-245.

Der COPD Assessmenttest (CAT) als ergänzender Outcomeparameter der pneumologischen Rehabilitation

Schultz, K. (1), Göhl, O. (1), Stojanovic, D. (1), Rudnik, J. (1), Wittmann, M. (1), Kirchhof, R. (2), Schwarze, M. (2)

(1) Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Bad Reichenhall, (2) Klinik für Rehabilitationsmedizin/ Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Fragestellung

Die Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei COPD bzgl. Verbesserung von Atemnot, körperlicher Leistungsfähigkeit und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist in zahlreichen prospektiven randomisierten Studien auf höchstem Evidenzlevel gesichert (Lacasse et al., 2006). Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden hierzu in wissenschaftlichen Studien verschiedene evaluierte, COPD-spezifische Fragebögen genutzt, die sich aber in der täglichen Praxis, u. a. aufgrund ihrer Länge und des erforderlichen Zeitaufwandes, als Routineinstrumente nicht flächendeckend durchgesetzt haben. Der CAT (Jones et al., 2009) ist ein neuer, nur 8 Items umfassender Fragebogentest, der die gesundheitsbezogenen Auswirkungen der COPD auf das Leben des Patienten erfasst. Er wurde aufwändig entwickelt, weist sehr gute psychometrische Gütekriterien auf, ist für alle COPD-Schweregrade validiert und korreliert sehr gut mit dem St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ; Jones et al., 1992), einem der am meisten genutzten COPD-spezifischen Lebensqualitätsfragebögen. Der CAT ist online weltweit frei verfügbar, seit Januar 2010 auch in einer deutschsprachigen Version. Es ist davon auszugehen, dass der CAT auch in Deutschland ein Routineinstrument bei der Langzeitbetreuung von COPD-Patienten darstellen wird. In der vorliegenden Studie sollten Praktikabilität, Akzeptanz und Veränderungssensitivität im Alltag einer pneumologischen Rehabilitationsklinik geprüft werden.

Methode

Von 15.1. bis zum 31.5.2010 wurden alle 194 COPD-Patienten der Klinik Bad Reichenhall um Teilnahme an einer prospektiven Beobachtungsstudie gebeten (Kompletterhebung), 124 (64 %) willigten ein. 71,6 % waren männlich, bei 45,2 % lag eine COPD 1-2 vor, bei 26,6 % bzw. 28,2 % eine COPD 3 bzw. 4. Der mittlere FEV1-Wert betrug 1,66+/-0,73 Liter. Neben Parametern der körperlichen Leistungsfähigkeit (6-MWD), der Dyspnoe (MRC-Dyspnoe-Skala) und der Lungenfunktion (FEV1) wurde in dieser Studie erstmals in Deutschland der CAT als Outcomeparameter der pneumologischen Rehabilitation eingesetzt.

Ergebnisse

	T0 (Reha-Beginn)	T1 (Rehe-Ende)	P (t-test)
6-MWD [Meter]	379,2 +/-110,1	431,7 +/-104,3	P<0,001
MRC [Dyspnoegrad 0-4]	2,25 +/-1,29	1,84 +/-1,23	P=0,001
FEV1 [Liter]	1,66 +/-0,73	1,80 +/-0,75	P<0,001
CAT [Punkte]	21,93+/-6,48	18,89 +/-7,54	P<0,001

Tab. 1: (Mittelwert +/- Standardabweichung)

Der CAT-Summenscore betrug im Mittel zu Reha-Beginn 21,93 Punkte. CAT-Scores von 20 - 30 entsprechen einem "hohen Grad der Beeinträchtigung". Der Mittelwert der CAT-Scores bei Entlassung wurde mit 18,89 ermittelt und lag damit im Bereich einer "mittleren Beeinträchtigung" (Werte zwischen 10 und 20). Die "minimal clinically important difference" (MCID) für den CAT (Verringerung ≥2 Punkte) erreichten 57,6 % der Patienten, im Mittel verbesserte sich der Summenscore um 3,04 Punkte.

Diskussion

In die prospektive Beobachtungsstudie wurden konsekutiv alle teilnahmewilligen COPD-Patienten eingeschlossen, auch wenn sie relevante Begleiterkrankungen aufwiesen oder während der Reha eine Exazerbation erlitten. Auch unter diesen Prämissen fand sich, neben den oben tabellarisch dargestellten positiven Veränderungen bzgl. Atemnot und körperlicher Leistungsfähigkeit, eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung des CAT-Summenscores als Ausdruck der gebesserten Lebensqualität. Der Test erwies sich im Klinikalltag als praxistauglich und wird in unserer Klinik seit Mitte 2010 als ergänzender Outcomeparameter routinemäßig eingesetzt.

Literatur

Jones, P.W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W.H., Kline Leidy, N. (2009): Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J., 34. 648-54.

Jones, P.W., Quirk, F.H., Baveystock, C.M., Littlejohns, P. (1992): A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. Am Rev Respir Dis. 1992 Jun;145 (6): 1321-7.

Lacasse, Y., Goldstein, R., Lasserson, T.J., Martin, S. (2006): Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD003793. DOI: 10.1002/14651858.CD003793.pub2.

Psychische Komorbiditäten (Depression und Angst) bei Rehabilitanden mit Asthma und COPD

Mühlig, S. (1), Schwarze, M. (2), Kirchhof, R. (2), Haarig, F. (1), Schwaighofer, B. (3), Wittmann, M. (3), Schultz, K. (3)

(1) Institut für Psychologie, Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Technische Universität Chemnitz, (2) Koordinierungsstelle Angewande Rehabilitationsforschung, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, (3) Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Klinik Bad Reichenhall

Fragestellung

Wie häufig lassen sich Verdachtsdiagnosen für komorbide Depressionen und Angststörungen bei Patienten mit Asthma bzw. COPD in einer großen Rehabilitationsklinik der GRV finden?

Methode

Von 12/2009 bis 5/2010 wurden konsekutiv alle Asthma- und COPD-Patienten um Studienteilnahme gebeten (Einwilligung: n=269: davon n=131 mit gesichertem Asthma bronchiale, n=124 mit gesicherter COPD, Mischfälle wurden ausgeschlossen). Bei mehr als der Hälfte der Patienten lag ein Schweregrad 3-4 (nach GOLD bzw. GINA) vor. Alle Patienten wurden mittels PHQ-D (valides Screening psychischer Störungen) jeweils zu Reha-Beginn und -Ende befragt.

Ergebnisse

Zu Reha-Beginn erfüllten 86 % aller Patienten (n=37 missings) die Verdachtskriterien (PHQ-cut off) für eine Major Depression (MD) nach DSM IV und ICD-10, davon 30 % schwere MD, 34 % ausgeprägte, 33 % mittelgradige und 3% leichtgradige/subklinische MD. COPD-Patienten waren häufiger von einer schweren MD betroffen (37 % vs. 25 %). Zum Ende der Reha lag der Anteil der MD-Verdachtsdiagnosen bei 84 % (n=42 missings), darunter wiesen die PHQ-Werte bei 15 % auf eine schwere, bei 29 % auf eine ausgeprägte, bei 43 % auf eine mittelgradige und bei 12% auf eine subklinische/leichte MD hin. COPD-Patienten zeigten hier wiederum höhere PHQ-Scores für schwere und ausgeprägte MD. Zu Beginn zeigten 12 % aller Patienten Anzeichen einer Panikstörung, zum Ende halbierte sich dieser Anteil auf 7 % ohne gravierende Gruppenunterschiede.

Diskussion

Es wurde eine eklatant hohe Quote von komorbider MD bei den befragten Patienten gefunden, vor allem unter den COPD-Patienten. Inwieweit der überraschende Rückgang der psychopathologischen Werte auf Interventionen in der Reha oder andere Einflüsse zurück zu führen ist, bedarf genauerer Klärung. In weiteren Analysen wird zudem der Zusammenhang zwischen Angst/Depression und der Lebensqualität sowie die möglicherweise moderierende Rolle des Rauchstatus der Patienten vertiefend untersucht.

Asthmakontrolle und Lebensqualität ein Jahr nach pneumologischer Rehabilitation

Schultz, K. (1), Djahangiri, N. (1), Wittmann, M. (1), Scheub, D. (2), Lingner, H. (2)

(1) Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Bad Reichenhall, (2) Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Seit 2006 wird in den maßgeblichen Asthmaleitlinien die bisherige Einteilung nach Schweregraden zu Gunsten des neuen Konzeptes der Asthmakontrolle verlassen (GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2006, Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma 2009). Abhängig von den 6 Kriterien (1) Symptome tagsüber, (2) Symptome nachts, (3) Bedarf an Reliever-DA, (4) Einschränkungen von Aktivitäten, (5) Lungenfunktion und (6) Vorliegen einer Exazerbation wird das Asthma in die Kategorien "kontrolliert", "partiell kontrolliert" und "nicht kontrolliert" eingeteilt. Diese Zuordnung ist nicht nur die Grundlage der medikamentösen Therapie, sondern gibt auch das Therapieziel vor: Das Erreichen einer ausreichenden Asthmakontrolle. Wie weit und wie anhaltend kann dieses Ziel durch pneumologische Rehabilitation erreicht werden? Valide Daten hierzu fehlen bislang.

Methode

Vom 1.5. bis zum 30.9.2009 wurden alle 242 Asthmapatienten, die zur pneumologischen Reha an der Klinik Bad Reichenhall aufgenommenen wurden, um Studienteilnahme gebeten. 201 (83 %) willigten ein, Durchschnittsalter 48,4 (18-81) J., 42,3 % ♀. Bei 59,6 % der Patienten lag ein GINA-Schweregrad 3-4 vor, d. h. ein mittelschweres bis schweres persistierendes Asthma. Messzeitpunkte waren Reha-Beginn (T0), Reha-Ende (T1) sowie 3, 6 und 12 Monate nach Entlassung (T2, T3, T4; postalischer Rücklauf). Primärer Outcome-Parameter war der Grad der Asthmakontrolle, welcher mit Hilfe des "Asthmakontrolltests (ACT)", einem evaluierten Fragebogentest, erfasst wurde (Nathan et al., 2004). Bei "vollständiger Asthmakontrolle" können hierbei maximal 25 Punkte erreicht werden, 20-24 Punkte entsprechen einer "guten Asthmakontrolle", Werte ≤ 19 liegen außerhalb des Zielbereichs ("unkontrolliertes Asthma"). Sekundäre Outcome-Parameter waren u. a. der NO-Wert in der Ausatemluft (FeNO; korreliert gut mit der eosinophilen endobronchialen Entzündung), die 6-Minuten-Gehstrecke (6-MWD; standardisierter Test der körperlichen Leistungsfähigkeit) und die krankheitsbezogene Lebensqualität (St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ). Alle Parameter wurden zu T0 und T1 gemessen, zu T2-T4 wurden die Asthmakontrolle und die Lebensqualität postalisch erfragt. Der Rücklauf betrug zu T2 83 %, zu T3 88 % und zu T4 73 %.

Ergebnisse

	T0	T1	T2	T3	T4
ACT Score	15,96 ± 5,20	20,53 ± 4,03 ***	18,90 ± 4,67 ***	18,13 ± 4,76 ***	18,44 ± 4,87 ***
SGRQ (total)	38,6 ± 18,3	27,8 ± 17,4 ***	30,9 ± 20,7 ***	32,5 ± 20,0 ***	32,7 ± 20,0 ***
6MWD (m)	494,3 ± 94,9	554,5 ± 97,4 ***			
FeNO (ppb)	36,2 ± 39,0	23,4 ± 18,9 ***			

Tab. 1: (Mittelwerte $\bar{x}$ ±Standardabweichung, *** = $p < 0.001$ im Vergleich mit T0)

Diskussion

Der Grad der Asthmakontrolle verbesserte sich nach der Reha statistisch hochsignifikant. Während der mittlere ACT-Score zu Beginn der Reha mit 15,96 einem nicht kontrollierten Asthma entsprach, kennzeichnete der Mittelwert von 20,53 bei Entlassung ein gut kontrolliertes Asthma. Entsprechend erhöhte sich der Anteil von Patienten mit vollständiger bzw. guter Asthmakontrolle (ACT $\geq$ 20) von 33 % auf 67 % und war auch noch nach einem Jahr mit 51 % höher als zu Reha-Beginn. Zusätzlich konnte eine deutliche und ebenfalls anhaltende Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität dokumentiert werden. Eine Verringerung des SGRQ-Gesamtscores um 4 Punkte gilt als "klinisch relevante Verbesserung" (Jones, 2002), dies erreichten 68 % der Patienten zum Zeitpunkt T1 und noch 55,8 % der Patienten nach einem Jahr (T4). Direkt nach der Reha betrug die Verbesserung im Schnitt 10,8 Punkte und auch noch nach einem Jahr fand sich eine durchschnittliche Verbesserung um 5,9 Punkte.

Fazit

Neben den positiven Kurzzeiteffekten bzgl. 6MWD und FeNO konnten somit 3, 6 und 12 Monate nach stationärer Rehabilitation von Asthmatikern signifikante und klinisch relevante Verbesserungen bzgl. Asthmakontrolle und Lebensqualität dokumentiert werden.

Literatur

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2009): Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma, 2. Aufl. Url: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma.

GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Published November 2006. Available from: www.ginasthma.org.

Nathan, R.A., Sorkness, C.A., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J.T., Marcus, P., Murray, J.J., Pendergraft, T.B. (2004): Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. J Allergy Clin Immunol, 113. 59-65.

Jones, P.W. (2002): Interpreting thresholds for a clinically significant change in health status in asthma and COPD. Eur Respir J, 19. 398-404.

Relevanz und Bewertung von Lungensportgruppen aus der Sicht der Betroffenen

Kaiser, U. (1,2), Pleyer, K. (1,2)

(1) Hochgebirgsklinik Davos,

(2) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation, Mainz

Hintergrund

In den nationalen und internationalen Leitlinien wird das körperliche Training als wichtiger nichtmedikamentöser Baustein in der Behandlung von Atemwegs- und Lungenerkrankungen angeführt. Sowohl bei Asthma als auch bei COPD ist evidenzbasiert, dass Effekte in den Bereichen Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und gesundheitsökonomische Kosten erreicht werden (Halle et al., 2010; Koehler et al., 2010). Dies bedeutet, dass neben den Angeboten von körperlichem Training während stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ambulante Lungensportgruppen zur Sicherstellung des kontinuierlichen Trainings weiter etabliert werden müssen. Mit initiiert durch die Hochgebirgsklinik Davos existieren derartige Angebote in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre unter dem Dach der AG Lungensport. Für die Durchführung und die Ausbildung der Übungsleiter liegen zertifizierte Curricula vor (Worth et al., 2000; Göhl et al., 2006). Zum jetzigen Zeitpunkt existieren rund 700 Lungensportgruppen.

Methodik

Die Studie wurde federführend durch das von der Hochgebirgsklinik Davos und der Universität Mainz getragene Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation (ISPR) in Kooperation mit der AG Lungensport Deutschland e. V., der Sektion für Prävention und Rehabilitation in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und dem Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS) durchgeführt. Hierzu wurden jeweils separat die Träger, die Vereine, die Übungsleiter und die Betroffenen mittels Fragebogen befragt. Die nachfolgend dargestellten Teilergebnisse beziehen sich auf die Sichtweise der Betroffenen.

Ergebnisse

Insgesamt 521 Betroffene haben an der Untersuchung teilgenommen. Es handelt sich um 63,3 % Frauen und 36.7 % Männer mit einem Durchschnittsalter von 64,2 Jahren (SD 11,0 Jahre). Die Hauptdiagnosen entfallen unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen auf COPD (86,0 %) und unterschiedliche Asthmaformen (36,8 %) bei einer mittleren Krankheitsdauer von 16,6 Jahren (SD 15,3 Jahre). In Verbindung mit ausgeprägter Multimorbidität weist die Stichprobe in allen Lebensbereichen mittlere bis starke Einschränkungen in allen relevanten Lebensbereichen auf. Der überwiegende Teil der Befragten ist nicht mehr erwerbstätig (85 %). Die medizinische Versorgung wird vorwiegend durch Lungenfachärzte (85,0 %) und Allgemeinmediziner (73,8 %) gewährleistet.

Der überwiegende Teil der Befragten nimmt wöchentlich zwischen 60 und 90 Minuten am ambulanten Lungensport teil. Abb. 1 zeigt, dass die Befragten mit Ausnahme der Anwesenheit eines Arztes in allen Bereichen sehr zufrieden sind. Ein ähnlich positives Bild ergibt sich auch in den Angaben zu den Auswirkungen auf die Krankheitsfolgen und das Krankheitsmanagement (vgl. Tab. 1.).

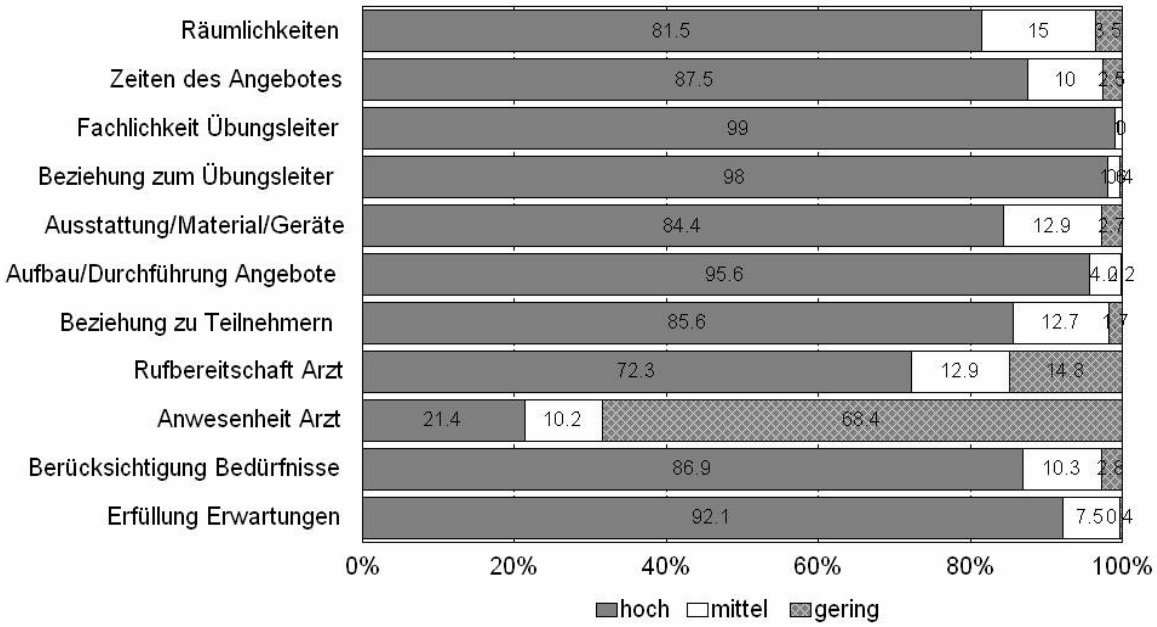


Abb. 1: Zufriedenheit mit den Angeboten

Tab. 1: Verbesserungen von ….	*In %*
Krankheitsbelastungen	85.5
Nebenwirkungen der Behandlung	49.6
Körperliche Verfassung	78.5
Psychische Verfassung	61.1
Allgemeiner Gesundheitszustand	79.9
Allgemeine Leistungsfähigkeit	81.4
Berufliche Leistungsfähigkeit	61
Arbeitsfähigkeit	65.4
Allgemeinbefinden	79.5
Konfliktfähigkeit	69.3
Alltagsbewältigung	73.3
Symptomwahrnehmung	68.3
Symptombewertung	68.6
Symptomkontrolle	71.7
Frühzeitige Einleitung geeigneter Maßnahmen	75.6
Lebensqualität insgesamt	79.5

In der globalen Bewertung zeigt sich, dass

- für 93,3 % der Befragten der Sport einen hohen Stellenwert hat,
- 96,6 % den Lungensport für Gleichbetroffene weiterempfehlen,
- sich 99 % in der Gruppe gut aufgehoben fühlen,
- 93,7 % mit der Lungensportgruppe zufrieden sind und
- 86,5 % sagen, "zum Sport gibt es keine Alternative".

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse belegen den Stellenwert und Nutzen des Lungensports für die Betroffenen. Dies verdeutlicht die Bedeutung der Gruppen in der Reha-Nachsorge und auch, dass in den Gruppen gute Arbeit geleistet wird. Die Beschreibung der Zielgruppe macht deutlich, dass vorwiegend Frauen und ältere Betroffene mit dem Angebot erreicht werden können. Unter Einbeziehung der Gesamtbefragung (Verein, Übungsleiter, Arzt) zeigen sich vielfältige Optimierungspotentiale. Diese betreffen insbesondere eine verbesserte Integration in die regionale Versorgung, eine höhere Akzeptanz/Unterstützung durch die Kostenträger und Ärzte sowie eine verbesserte Propagierung/Rekrutierung. Letzteres gilt insbesondere für Betroffene im mittleren Alter/im Erwerbsleben.

Literatur

Göhl, O., Pleyer, K., Biberger, G., Taube, K., Müller, C., Worth, H. (2006): Empfehlungen zur Planung und Durchführung des körperlichen Trainings im Lungensport. Pneumologie, 60. 716-723.

Halle, M., Heitmann, R.H., Kenn, K., Petro, W., Schultz, K. (2008): Bedeutung und Methodik von körperlichem Training bei COPD. Pneumologie, 62. 209-225.

Köhler, U., Köhler, K.-I., Vogelmeier, C., Worth, H., Göhl, O. (2010): Ambulanter Rehabilitationssport bei Patienten mit schwerer COPD - nur in Eigenregie möglich? Pneumologie, 64. 194-195.

Worth, H., Meyer, A., Folgering, H., Kirsten, D., Lechler, J., Magnussen, H., Pleyer, K., Schmidt, S., Schmitz, M., Taube, K., Wettengel, R. (2000): Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. Pneumologie, 54. 61-67.

Effekte stationärer pneumologischer und dermatologischer Behandlungen: Erste Ergebnisse der Davoser Outcome Studie (DOS)

Kaiser, U. (1), Nübling, R. (2), Schmidt, J. (2), Ohnmacht, M. (1)

(1) Hochgebirgsklinik Davos, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe

Hintergrund

Pneumologische/dermatologische Erkrankungen und Allergien verursachen in Deutschland durch die massiven Krankheitsfolgen alleine für das Asthma bronchiale und die COPD jährlich Kosten von über acht Milliarden Euro. Zur umfassenden Behandlung gehören neben der kurativen Versorgung rehabilitative Angebote, die den Schwerpunkt auf die Beseitigung oder Kompensation der somatischen, funktionalen und psychosozialen Krankheitsfolgen, die Steigerung der Lebensqualität und damit insgesamt die Reduzierung des volkswirtschaftlichen Schadens aus dem Verlust von Arbeits-, Erwerbsfähigkeit und Mortalität dieser Erkrankungen legen. Für die pneumologische Rehabilitation insgesamt und für wesentliche Teilaspekte gelten heute die Effekte als nachgewiesen (Schultz, Kenn, 2004; Kaiser, 1994; 2003).

Methodik

Mit der Davoser-Outcome-Studie sollen vorwiegend kurz-, mittel- und langfristige Effekte des Klinikaufenthaltes nachgewiesen werden. Mit der erweiterten Forschungsmethodik um eine Kontrollgruppe sollen die Ergebnisse früherer Studien (Kaiser, 1994; 2003) überprüft und aktualisiert werden. In die Verlaufsbetrachtung werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 6-, 12-, 24-Monatskatamnese) somatische, funktionale, psychosoziale, behandlungsbezogene, soziodemographische, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Bereiche einbezogen. Die Datenerhebung in der Klinik begann Ende 2009 und wird bis Ende 2010 abgeschlossen sein.

Erste Ergebnisse

Bisher liegen 526 (Aufnahmemessung-AM) bzw. 439 (Entlassungsmessung-EM) Patientenbögen und 622 Arztbögen vor. Der Rücklauf liegt bisher bei rund 65 %. Die ersten Ergebnisse beziehen sich auf Angaben von n=420 Patienten, für die für beide bisher vorliegende Messzeitpunkte Bögen abgegeben wurden. Es handelt sich um 40,2 % Männer und 59,8 % Frauen mit einem Durchschnittsalter von 48,3 Jahren (SD 13,5 Jahre) und vorwiegend pneumologische Erkrankungen gefolgt von Hauterkrankungen bei chronischem Krankheitsverlauf und ausgeprägter Multimorbidität.

Zum Zeitpunkt der Entlassung berichten rund 60 % der Befragten, dass ihre Probleme und Beschwerden entweder gar nicht mehr (2,7 %) oder nur noch in geringem Ausmaß vorhanden sind (55,6 %). 51,1 % fühlen sich deutlich und 42,0 % etwas besser. Dementsprechend geben 98,4 % an, dass der Klinikaufenthalt sehr geholfen habe. Die nachfolgende Tabelle gibt die Anzahl der Gebesserten pro Bereich wider.

Tab. 1: Veränderungsbereiche A/E	Gebesserte in %
Gesundheitszustand	92,0
Körperliches Befinden	88,4
Seelisches Befinden	72,9
Allgemeinbefinden	86,6
Leistungsfähigkeit	77,7
Belastbarkeit	75,1
Entspannungsfähigkeit	70,1
Ausgeglichenheit	70,2
Selbstvertrauen	62,2
Fähigkeit, mit alltäglichen Belastungen umzugehen	68,4

Daneben ergeben sich deutliche und hoch signifikante Veränderungen in den Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Tab. 2):

Tab. 2: Skalen SF12	**Aufnahme**	**Entlassung**	**T-Wert**	**P**
Körperliche Gesundheit	MW 39,2, SD 11,0	MW 44,1, SD 9,6	-6.9	<= 0,001
Psychische Gesundheit	MW 46,3, SD 11,0	MW 53,2, SD 9,1	-5.4	<= 0,001

Dementsprechend fällt die globale Bewertung des Klinikaufenthaltes - gemessen mit dem ZUF-8 (Schmidt et al., 2008) - mit einem Durchschnittswert von MW = 27,9 (SD=3,7) sehr positiv aus.

Zusammenfassend sind 90,5 % der Befragten mit dem Behandlungsergebnis zufrieden und 93,1 % geben an, dass die persönlichen Therapieziele erreicht wurden (75,7 % vollkommen bzw. größtenteils). Dementsprechend hat die Behandlung aus Sicht von 91 % der Betroffenen einen großen Nutzen, was durch die Gesamtbewertung von MW 8,2 (SD 1,5) auf einer 11-stufigen Skala (0=sehr schlecht - 10=sehr gut) untermauert wird.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse belegen die kurzfristigen Effekte stationärer Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos und machen Hoffnung, die positiven Ergebnisse der früheren Studien nicht nur zu untermauern, sondern noch zu übertreffen.

Der demographische Wandel, die prognostizierte deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen (Beske, 2010) mit immensen volkswirtschaftlichen Folgekosten auf der einen Seite und der vielfach nachgewiesene Nutzen rehabilitativer Behandlungen auf der anderen Seite muss in der Konsequenz dazu führen, dass Maßnahmen dieser Art gezielter, früher und häufiger zum Einsatz kommen müssen (vgl. z. B. Steiner et al., 2009).

Literatur

Beske, F. (2010): Häufigkeit ausgewählter überwiegend chronischer Krankheiten als Beispiel für Probleme der Gesundheitsversorgung von morgen. Public Health Forum, 18, Heft 66. 21e1-21e2.

Kaiser, U. (1994): Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation chronischer Atemwegserkrankungen. Frankfurt: VAS.

Kaiser, U. (2003): Aspekte der beruflichen Rehabilitation und deren Umsetzung in Behandlungs- und Beratungskonzepte in der stationären pneumologischen Rehabilitation. Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Projektförderung durch die Südwestdeutschen Rentenversicherungsträger. Förderkennzeichen 0109979612 - (www.hochgebirgsklinik.ch).

Schmidt, J., Nübling, R. (2002): ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler, E., Schumacher, J., Strauß, B. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe. 392-396.

Steiner, M., Zwingmann, C., Riedel, W., Schüssler, R., Zweers, U. (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger - Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Prognos AG.

Schultz, K., Kenn, K. (Hrsg.) (2004): Pneumologische Rehabilitation: Welche Therapiekomponenten sind evidenzbasiert? Sonderheft Atemw.-Lungenkrkh., 30. 420-459.

Die Ergebnisse der psychosomatischen Rehabilitation bei Patienten mit 4-wöchiger Rehabilitation sind schlechter als bei regulärer 6-wöchiger Rehabilitation

Rüddel, H., Reiser, A., Jürgensen, R.
Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach

Hintergrund

Die psychosomatische Rehabilitation hat sich als effektiv und effizient erwiesen (u. a. Nübling et al., 1999). Für eine anhaltende Reduktion von Funktionseinschränkungen wird eine ausreichende Behandlungsdauer und ausreichende Behandlungsintensität vorausgesetzt (Nosper, 1999). Die bisherigen Wirkstudien gehen alle von einer Rehabilitationsdauer von mindestens 42 Tagen aus. Bekannt ist, dass eine systematische Verkürzung unter diesem Zeitraum zu messbaren und relevanten Reduktionen in den Effektstärken führt. Empirische Untersuchungen dazu sind aber in jüngster Zeit nicht durchgeführt worden (Rüddel, 2011). Unter sozio-ökonomischen Aspekten ist es eine kontinuierliche Herausforderung, die effektive Behandlung in kürzmöglichstem Rehabilitationszeitraum zu finden. Die DRV Bund bewilligt seit einigen Jahre neben der "Regelbewilligung" von 6 Wochen bei ca. 20 % (Tendenz steigend) der Versicherten eine Rehabilitationsdauer von voraussichtlich 4 Wochen mit einem Zielrehabilitationsmittelwert von durchschnittlich 34 Tagen.

Fragestellung

Wir untersuchten, wie sich die Patienten mit kurzer und regulärer (6-wöchiger) Rehabilitation im St. Franziska-Stift unterscheiden und ob sich die kurze Rehabilitationsdauer negativ auf die Behandlungseffekt auswirkt.

Methode

Aus der laufenden Patientenevaluation wurden alle Daten mit Standardverfahren ausgewertet von Patienten, die zwischen dem 1. Juli 2009 und dem 30. Juni 2010 mit Behandlungsdauern > 3 Wochen im St. Franziska-Stift Bad Kreuznach entlassen wurde. Als kurze Rehabilitation wurden Behandlungszeiten zwischen 21 und 35 Tagen ($\bar{x}$ = 28,7 ± 4,5 Tage), den regulären Behandlungszeiten über 36 Tage ($\bar{x}$ = 48,6 ± 8,2 Tage) gegenübergestellt.

Ergebnisse

Patienten mit kurzer Rehabilitationsdauer (n=169) waren signifikant jünger (48,7 ± 10 Jahre vs. 45,7 ± 10, F = 12.1 p<.001) als die Patienten mit regulärer Rehabilitation (n = 646). Patienten mit kurzer Rehabilitation unterschieden sich auch signifikant in den Diagnosen mehr F4, weniger F5 und weniger affektive Störungen (Chi^2 = 20.8 p<0.01) und sind vor der Rehabilitation sozialmedizinisch stärker belastet (z. B. längere AU-Zeiten (Chi^2 = 22.3, p.001) und unterscheiden sich ganz wesentlich im Entlassungsmodus (Chi^2 = 160, p<.001). Sie wurden seltener regulär entlassen, bei 19 % erfolgte die Entlassung auf ärztliche Veranlas-

sung. Die sozialmedizinische Beurteilung war signifikant unterschiedlich. Patienten mit kürzerer Rehabilitation hatten höhere Entlassungen als arbeitsunfähig (22 vs. 14 %) und hatten deutlich höheren Anteil eines aufgehobenen Leistungsvermögens an letzter Arbeitsstelle (10 vs. 3 %) sowie einen höheren Anteil des aufgehobenen Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung der jeweils individuellen qualitativen Leistungseinschränkungen (10 % vs. 3 %, $Chi^2 = 33$, $p<.001$). Der Reliable Change Index (RCI) der meisten psychometrisch erfassten Variablen war signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Gruppen (z. B. für Depressivität $F=9.22$, $p<.001$). Auch die Effektstärken (Cohen's Delta) war in den beiden Gruppen für fast alle Variablen signifikant unterschiedlich (z. B. für Veränderungen der Depressivität im ADS-K bei regulärer Rehabilitation mit 1.12 vs. 0.83 bei kurzer Rehabilitation). Noch stärker sind die Gruppenunterschiede, wenn nur die hoch belasteten ($T>60$) depressiven Patienten ($n = 455$) in die Analyse einbezogen werden ($d=1.56$ vs. $d=1.17$).

Untersucht man die Rehabilitationseffekte in der Patientengruppe mit kurzer Rehabilitationsdauer näher, so fällt auf, dass die Länge der Arbeitsunfähigkeit einen durchgehend negativen Zusammenhang mit den erzielten Effektstärken hat. Insbesondere für die in der Rehabilitation längerfristig relevanten Variablen wie Aktivität und Partizipation oder Mangel an Selbstwirksamkeit zeigen bei Patienten mit Arbeitsunfähigkeiten länger als 6 Monate vor Beginn der Rehabilitation in der Gruppe mit kurzer Rehabilitationsdauer nur geringe Effektstärken zwischen 0.07 und 0.3.

Diskussion

Diese aktuellen Effektivitätsdaten aus der Routinestatistik einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik zeigen, dass insbesondere Patienten mit somatoformen Störungen überwiegend eine kurze Rehabilitationsbewilligung erhalten. Sie belegen auch, dass in der Gruppe mit kurzer Rehabilitationsdauer vermehrt Patienten mit erheblichen sozialmedizinischen Problemen und bekannten negativen Ausgangssituationen (z. B. lange Arbeitsunfähigkeitszeiten) zu finden sind. Daher überrascht es den Kliniker nicht, die relativ geringe Rate von regulärer Beendigung der Rehabilitationen und die relativ schlechten sozialmedizinischen Ergebnisse (hohe Rate von aufgehobenem Leistungsvermögen zum Rehabilitationsende) zu finden. Konsequenterweise verwundern auch nicht die deutlich schlechteren Rehabilitationsergebnisse in den üblicherweise als relevant erhobenen Parametern wie Depressivität, Klagsamkeit etc. Dies ist allerdings die erste Studie, in der so schlechte Rehabilitationsergebnisse für die Überwindung von relevanten Funktionseinschränkungen und Selbstwirksamkeit bei Patienten mit kurzer Rehabilitationsdauer und langer Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen werden.

Diese Ergebnisse können Auswirkungen auf die Optimierung der z. Zt. gängigen Entscheidungspraxis haben, welche Patienten eine 4-wöchige Rehabilitationsbewilligung erhalten und/oder Auswirkungen auf die Rehabilitationskonzepte bei Patienten mit bekannter ungünstiger Rehabilitationsprognose zum Aufnahmezeitpunkt in die stationäre psychosomatische Rehabilitation.

Literatur

Nosper, M. (1999): Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. PPmP, 49. 354-360.

Nübling, R., Schmidt, J., Wittmann, W.W. (1999): Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. PPmP, 49. 343-353.

Rüddel, H. (in press): Rehabilitation der Patienten mit psychischen Störungen (DRGW-Update). Die Rehabilitation.

Körperliche Aktivität ein Jahr nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation: Finden sich bleibende Veränderungen?

Mussgay, L., Rüddel, H.

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, Abteilung für Verhaltensmedizin und Rehabilitation des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik (FPP) an der Universität Trier

Fragestellung und Hintergrund

In vorherigen Arbeiten (Stauch et al., 2008; Mussgay, Rüddel, 2010) wurde an unserer Klinik im Zusammenhang mit dem TTM-Konzept (Keller et al., 1999) die Frage untersucht, ob sich eine anfangs bestehende Veränderungsabsicht bzgl. körperlicher Aktivität auch entsprechend in einer Intensivierung niederschlägt. Üblicherweise wurde die geäußerte Absicht nur ansatzweise verwirklicht. Sie zeigte sich in leichter Tendenz in den objektiven KTL-Daten bzgl. der Teilnahme an zumeist verordneten Sportveranstaltungen. Wir werteten diesen Befund als Illustration der bekannten Intentions-Verhaltens-Lücke.

Offen blieb bei dieser Betrachtung, ob sich die geäußerte Veränderungsabsicht evtl. erst im langfristigen Verlauf einstellt. Denkbar ist, dass sich die Entscheidung zur Verhaltensänderung erst entwickeln muss, wobei durchaus die in der Rehabilitation vermittelten Einsichten zum Tragen kommen könnten. Die hier vorliegende Studie greift diesen Aspekt auf indem sie an einer Teilstichprobe durch eine katamnestische Befragung Angaben zur körperlichen Aktivität 1 Jahr nach der Rehabilitation erhebt.

Methodik

Die einbezogenen Patienten der Klinik beschrieben zu Beginn ihres Aufenthaltes jeweils, wie häufig und wie lange sie in den letzten 6 Monaten verschiedene körperliche Aktivitäten während einer typischen Woche ausführten. Auf der Grundlage dieser Angaben schätzten sie dann auf einer Ratingskala (0 bis 10) ein, a) wie ausgeprägt ihre vorherige Aktivität im Vergleich zu totaler Inaktivität bzw. einem Leistungssportler war, und wie sehr sie b) in 30 Tagen und c) in 60 Tagen aktiv sein möchten. Aus den Anfangsdaten konnte durch die Verankerung an den Angaben zur zurück liegenden Aktivitätsmenge die Stages of Change nach dem TTM-Konzept ermittelt werden.

Am Ende des Aufenthaltes wurde erfragt d) wie sehr sie während des Aufenthaltes aktiv waren und e) in welchem Ausmaß sie zu Beginn hatten aktiv sein wollen. Zusätzlich sollten sie angeben, wie viel körperliche Aktivität sie zusätzlich zu den Klinikveranstaltungen absolviert

hatten. Für den Aufenthalt wurde das Ausmaß tatsächlicher körperlicher Aktivität anhand der routinemäßig erhobenen KTL-Ziffern (Katalog Therapeutischer Leistungen) ermittelt. Dadurch lagen Daten zum zurück liegenden und zum Verhalten während der Rehabilitation vor, zudem die angestrebte Intensivierungsabsicht und, analog, die SoC-Einstufung.

Dieser Datensatz wurde katamnestisch mit derselben Ratingskala durch die Frage nach a) der derzeitigen Aktivität und b) der Frage wie sehr sie hatten aktiv sein wollen, ergänzt.

Ergebnisse

Vollständige Datensätze von 156 Patienten (115 = weiblich, 41 = männlich, Alter 46.5 Jahre) lagen vor. Die Antwortrate der postalischen Befragung lag bei 66 %. Eingeschlossen waren Patienten aller Diagnosengruppen, lediglich Patienten mit Anorexia Nervosa waren ausgeschlossen.

In der eigenen Einschätzung wurde die körperliche Aktivität vor der Rehabilitation im Mittel mit 2.8 (auf der Skala von 0 bis 10) angegeben. Rückblickend auf die Rehabilitation schätzten sich die Patienten mit einem Wert von 4.5 ein. Bei der Katamnese wurde ein Wert von 3.4 angegeben. Die katamnestische Angabe, wie viel körperliche Aktivität eigentlich angestrebt war, liegt mit 5.5 deutlich über der Einschätzung tatsächlicher Aktivität (3.4).

Vergleicht man jedoch die Minutenzahlen der ebenfalls detailliert erhobenen körperlichen Aktivität verschiedener Art, werden pro Woche vor der Rehabilitation 162 min angeben, während der Rehabilitation 433 min (zum Teil angeordnete Aktivität), nach einem Jahr wiederum 162 Min. Die globale Selbsteinschätzung und die Minutenwerte sind dabei mäßiggradig korreliert ($r=.35$; $p=.0005$).

Die zu Beginn der Rehabilitation ermittelten SoC-Stufe hatte keinen Vorhersagewert für die katamnestisch als Minutenwerte erfasste Aktivitätsmenge (weder korrelativ ($r=.12$; $p=.25$) noch varianzanalytisch ($F=1.46$; $p=.23$)). Sie zeigte korrelativ lediglich leichte Zusammenhänge ($r=.21$; $p=.04$) mit der Gesamtmenge absolvierten Sports während der Rehabilitation. Die globale Einschätzung ist wiederum schwach mit der SoC-Stufe korreliert ($r=.20$; $p=.04$) und in einer Varianzanalyse zwischen Stufe 2 (Absichtsbildung) und 4 (Aktion) unterschiedlich (2.9 vs. 4.5; $F= 4.30$; $p=.006$).

Diskussion

Offenbar findet im Jahreszeitraum nach einer stationären Rehabilitation keine systematische Steigerung des Umfangs körperlicher Aktivität statt, wenn die einzelnen Aktivitätsarten getrennt erfasst werden. Diese Art der Erfassung dürfte exakter sein, als die globale Angabe, die demgegenüber eine Steigerung nahelegt. Auch die beabsichtige globale Aktivitätsmenge wird rückwirkend als sehr hoch angeben. Es ist zu vermuten, dass zwar die Notwendigkeit vermehrter Aktivität gesehen wird, aufgrund der Erkenntnis, dass diese nicht realisiert wurde, die globalen Einschätzungen (sowohl tatsächlicher wie auch beabsichtigter Aktivitätsmenge) nach oben korrigiert wurden um vor sich selbst besser da zu stehen.

Die mit den SoCs des TTM-Konzepts erfasste Veränderungsabsicht schlägt sich nicht in einer langfristigen Aktivitätssteigerung bei detaillierter Erfassung nieder. Nur die globalen Selbsteinschätzungen zeigen leichte Zusammenhänge.

Schlussfolgerung, Ausblick

Die Maßnahmen zur Steigerung körperlicher Aktivität, die im Rahmen einer stationären Rehabilitation ergriffen werden, führen langfristig nicht zum gewünschten Erfolg. In einigem Ausmaß kann Selbsttäuschung über das wirkliche Aktivitätsniveau beobachtet werden.

Literatur

Keller, S., Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (1999): Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In: S. Keller (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. Br.: Lambertus. 17-44.

Mussgay, L., Rüddel, H. (2010): Veränderungsbereitschaft und tatsächliche körperliche Aktivität vor und während einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. DRV-Schriften; Bd. 88. 493-495.

Stauch, T., Mussgay, L., Ohlert, J., Rüddel, H. (2008): Inhaltliche Ausgestaltung einer Motivationsveranstaltung für Gesunde Bewegung und Art der Zuweisung: Auswirkungen auf die Motivation und auf das tatsächliche Bewegungsverhalten während einer Psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung. DRV-Schriften, Bd. 77. 309-311.

Klinische Diagnose Angststörung - Was zeigt sich in der strukturierten Diagnostik?

Untersinger, I. (1,2), Schmied, W. (3), Terber, S. (2), Bernardy, K. (2), Kraft, D. (2), Köllner, V. (2,4)

(1) Klinik für Innere Medizin V - Pneumologie, Allergologie, Beatmungs- und Umweltmedizin, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar,
(2) Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel,
(3) Klinik für Thorax- und Herz-Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar, (4) Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Fragestellung

Angststörungen haben insbesondere durch das zur Symptomatik gehörende Vermeidungsverhalten erhebliche sozialmedizinische Auswirkungen. Im klinischen Alltag werden sie aber häufig übersehen (Wittchen, Jacobi, 2004). Ziel dieser Studie ist es, die Häufigkeit von Angststörungen zwischen klinischer und strukturierter Diagnostik bei Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik zu vergleichen.

Methoden

240 Patienten (w: 77 %; 48,68 ± 8,61 Jahre) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden zusätzlich zur klinischen Routinediagnostik durch das Rehabilitationsteam mit einem strukturierten Interview zur Erfassung psychischer Störungen (CIDI; Wittchen et al., 1998; World Health Organization, 1990) beurteilt. Die Interviewer waren hinsichtlich des Ergebnisses der klinischen Diagnostik verblindet.

Ergebnisse

Klinisch wurden bei 24,6 % (n=59) der Patienten 60 Angststörungen diagnostiziert, im CIDI hingegen bei 45,0 % (n=108) 201 Angststörungen. Die Häufigkeiten für die einzelnen Störungsbilder zeigt Tabelle 1. Eine Zweitsicht der im CIDI Auffälligen durch erfahrene Kliniker ergab, dass v. a. die hier zusätzlich gefundenen spezifischen Phobien eher gering ausgeprägt waren, in keinem Bezug zu den Rehabilitationszielen standen und ihre Kenntnis keine Konsequenzen für den Behandlungsverlauf gehabt hätte.

Diagnose	ICD-10	Häufigkeit klinisch (n)	Häufigkeit im CIDI (n)
Agoraphobie ohne Panikstörung	F 40.00	2	12
Agoraphobie mit Panikstörung	F 40.01	20	30
Soziale Phobie	F 40.1	3	27
Spezifische Phobie	F 40.2	1	62
Panikstörung	F 41.0	10	26
Generalisierte Angststörung	F 41.1	4	32
Angst und depressive Störung gemischt	F 41.2	16	0

Tab. 1: Häufigkeit der Angststörungen nach klinischer und strukturierter Diagnostik (n=240)

Diskussion

Im CIDI werden Angststörungen deutlich häufiger diagnostiziert als in der klinischen Diagnostik. Allerdings handelt es sich hier v. a. um spezifische Phobien, die zu eher geringen Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe führten. Eine echte Unterdiagnostik scheint hingegen bei der sozialen Phobie und der Generalisierten Angststörung (Hoyer et al., 2003) zu bestehen. Dieser Befund ist für den Rehabilitationsverlauf relevant, da beide Störungsbilder zu Teilhabestörungen im Erwerbsleben beitragen können und jeweils störungsspezifische Behandlungsansätze zur Verfügung stehen.

In der klinischen Diagnostik waren hingegen unspezifische Diagnosen wie Anpassungsstörungen (Terber et al., 2010) und "Angst und Depression gemischt" überrepräsentiert. Mit dem zusätzlichen Einsatz eines strukturierten Interviews lassen sich also für die Rehabilitationsziele relevante Diagnosen wie z. B. eine soziale Phobie identifizieren, dafür muss aber in Kauf genommen werden, dass zusätzliche, nicht reharelevante Diagnosen abgeklärt werden müssen. Weitere Studien zur Relevanz der CIDI-Diagnosen für die Therapieplanung und die sozialmedizinische Beurteilung sind erforderlich.

Literatur

Hoyer, J., Becker, E.S., Beesdo, K., Wittchen, H.U. (2003): Epidemiologie der Generalisierten Angststörung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32. 267-275.

Terber, S., Bernardy, K., Philippe, J., Untersinger, I., Köllner, V. (2010): Clinical diagnosis adjustment disorder: What does a structured interview reveal? Journal of Psychosomatic Research, 68. 669.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2004): Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21. Berlin, Robert-Koch-Institut.

Wittchen, H.-U., Lachner, G., Wunderlich, U., Pfister, H. (1998): Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33. 568-578.

World Health Organization (Hrsg.) (1990): Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0. Geneva: Author.

Die Behandlung Posttraumatischer Verbitterungsstörungen durch Weisheitstherapie und Genusstherapie

Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Lorenz, C., Rotter, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Die Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED) ist eine pathologische Anpassungsreaktion auf Erfahrungen der Herabwürdigung oder Ungerechtigkeit. Sie ist gekennzeichnet durch eine herabgesetzte Stimmung, Antriebsverlust, somatoforme Beschwerden, Rückzug von sozialen Aktivitäten und auch Selbstmord- und Mordphantasien. Sie sind wegen ihres Pessimismus und sogar Abwehr gegen alle Hilfe oft sehr schwer zu behandeln. Diese Patienten sind regelhaft arbeitsunfähig und erwerbsgemindert.

In den vergangenen Jahren wurde im Rahmen umfangreicher, von der Deutschen Rentenversicherung geförderter Forschungsprojekte am Rehazentrum Seehof eine Form der Behandlung entwickelt, die sich im klinischen Alltag inzwischen bewährt hat. Sie basiert auf neueren grundlagenwissenschaftlichen Entwicklungen der Weisheitspsychologie, die helfen kann, schwierige und unlösbare Lebensprobleme zu verarbeiten. Zusätzlich werden auch Elemente aus der hedonen Psychotherapie (Genusstherapie) eingesetzt, um der Selbstschädigungstendenz der Patienten entgegenzuarbeiten. Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts war, erste Daten zur Wirksamkeit zu erarbeiten.

Methode

In einer ersten Pilotstudie wurde eine Gruppe von 25 PTED nach dem üblichen Vorgehen im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt behandelt. In einer zweiten Welle wurden 28 stationäre Rehapatienten mit Weisheitspsychotherapie behandelt und weitere 29 mit Weisheitspsychotherapie und hedoner Psychotherapie. Die Therapeutencompliance wurde mit Modulen der Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste gesichert. Der Therapieverlauf wurde in allen drei Gruppen mittels der SCL-90 und einem klinischen Globalrating erfasst.

Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt die Vor- und Nachbehandlungs-SCL-90-Werte in den drei PTED-Behandlungsgruppen, sowie für die sonstigen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation. Es zeigen sich signifikante und klinisch bedeutsame Unterschiede in der Veränderung

der SCL-Werte zwischen der Routinetherapiegruppe und den beiden Weisheitstherapiegruppen. Zusätzliche genusstherapeutische Interventionen erbringen keinen Zusatzeffekt.

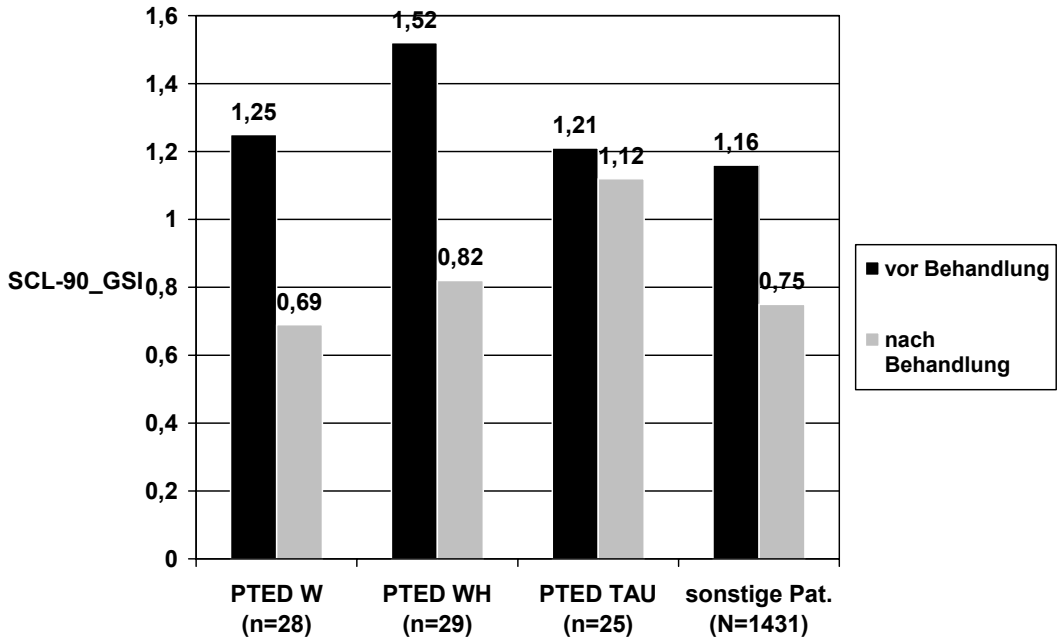


Abb. 1: Ergebnisse der Behandlung von PTED-Patienten in der Routinebehandlung und nach Behandlung mit Weisheitstherapie mit und ohne zusätzliche Genusstherapie, sowie Therapieverläufe sonstiger psychosomatischer Patienten

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Therapievergleichsstudie sind ermutigend und unterstützen die klinische Erfahrung, dass die Weisheitspsychologie einen Ansatz zur Behandlung der PTED bietet. Weitere kontrollierte Studien erscheinen damit gerechtfertigt. Von Interesse ist auch, ob das Prinzip der Weisheitstherapie nicht auch grundsätzlich für die Behandlung von Anpassungsstörungen und Bewältigung schwieriger Lebenssituationen eingesetzt werden kann, was in der psychosomatischen Rehabilitation häufige Problemstellungen sind.

Literatur

Baumann, K., Linden, M. (2008): Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Pabst Verlag, Lengerich.

Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Lorenz, B., Rotter, M. (2011): Treatment of posttraumatic embitterment disorder (PTED) with cognitive behaviour therapy based on wisdom psychology and hedonia strategies. Psychotherapy and Psychosomatics. in print.

Linden, M., Rotter, M., Baumann, K., Lieberei, B. (2007): The Post-Traumatic Embitterment (PTED). Hogrefe & Huber. Bern.

Schlafapnoe in der psychosomatischen Rehabilitation

Hanisch, M., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin und Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik am Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Das Obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS) ist eine häufige Erkrankung und führt zu Tagesmüdigkeit, Vigilanz- und Teilhabestörungen (Punjabi, 2008). Die Abgrenzung zu psychischen Erkrankungen, die ebenfalls mit Konzentrations- und Leistungsstörungen, Antriebsminderung und Überforderungsgefühlen einhergehen, ist oft schwierig. Es besteht die Gefahr, dass Symptome eines OSAS als eine psychische Erkrankung missinterpretiert werden und umgekehrt. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass das OSAS eine hohe Komorbidität mit depressiven Erkrankungen, Adipositas, Stoffwechselerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen besitzt (Feng, 2010; Parish, 2007). Somit ist das OSAS eine Störung, die in der psychosomatischen Rehabilitation differentialdiagnostisch zu berücksichtigen ist.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war zu klären, wie oft derartige Störungen in der psychosomatischen Rehabilitation vorkommen und wie oft sie in diesem Rahmen auch erstmals diagnostiziert werden.

Methode

Es wurden in der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik im Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow, die Schlafuntersuchungen und Entlassungsberichte eines Jahres (11/09 - 10/10) ausgewertet. Zu jeder Untersuchung lagen Angaben der behandelnden Ärzte zum Anlass der Untersuchung vor. Es wurde ausgewertet, wie oft der Verdacht auf ein OSAS der Untersuchungsanlass war, wie häufig die Diagnose eines OSAS gestellt wurde, welche Schweregradverteilung sich anhand des mittleren AHI (Apnoe-Hypopnoe-Index) ergab und wie oft es sich um eine Erstdiagnose handelte.

Ergebnisse

Im genannten Zeitraum wurden insgesamt 874 Patienten in der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik behandelt. Bei 12,5 % dieser Patienten wurde eine Schlaflaboruntersuchung durchgeführt. Nicht berücksichtigt sind dabei CPAP-Kontrollen, Aktographien und Einkanalelektroden-Schlafstadienscreenings. 97 Untersuchungen wurden ausgewertet. Davon erhielten 49 % eine oder mehrere Polysomnographien und 51 % wurden mittels einer kardiorespiratorischen Polygraphie untersucht. 60 % der Untersuchten waren Frauen. In 55 % der Anforderungen war der Verdacht auf ein OSAS der Untersuchungsanlass, der in 40 % dieser Verdachtsfälle bestätigt wurde. Die Diagnose eines OSAS wurde unabhängig vom Untersuchungsanlass in 32 % der poly(somno)graphisch untersuchten Patienten gestellt, bzw. in etwa 3,5 % aller Patienten der Abteilung. Die Verteilung bezüglich des Schweregrades war: leicht: 61 %; mittel: 29 %, schwer: 10 %. In 90,3 % der diagnostizierten OSAS handelte es sich um eine Erstdiagnose, darunter auch alle schweren OSAS, d. h. es war bislang eine derartige Diagnose ambulant nicht erwogen worden.

Schlussfolgerungen

Entgegen der gelegentlich geäußerten Auffassung, dass in eine stationäre Rehabilitation nur Patienten eingewiesen werden, die bereits ambulant diagnostisch abgeklärt seien, ist eine wichtige Aufgabe der stationären Rehabilitation, zumindest bei psychischen Erkrankungen, überhaupt erst einmal die Art der vorliegenden chronifizierenden Störung abzuklären. Schlafstörungen und ihre Folgen sind hierfür ein Beispiel.

Die Diagnose eines OSAS kann chronische Müdigkeits-, Erschöpfungs-, Depressions- oder Somatisierungssyndrome nicht nur ätiologisch erklären, sondern hat auch unmittelbare therapeutische Konsequenzen. Die Einleitung einer CPAP-Beatmung führt in der Regel zu einem schnellen Abklingen der Beschwerden und damit auch zu einer Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit.

Die hier berichtete Prävalenz, die in ähnlicher Form auch für andere psychosomatische Reha-Kliniken gilt, bedeutet, dass sich in diesen Einrichtungen zu jeder Zeit etwa drei bis vier Patienten mit einer derartigen Erkrankung befinden, von denen in der Regel unbekannt ist, worunter sie eigentlich leiden. Ein sorgfältiges Screening auf Schlafstörungen und speziell OSAS und die Einleitung gezielter Therapiemaßnahmen ist eine wichtige Aufgabe der stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Literatur

Feng, J. (2010): Significance of depression in obstructive sleep apnea patients and the relationship between the comorbidity and continuous positive airway pressure treatment. Chinese Medical Journal, 123. 1596-1602.

Parish, J.M., Adam, T., Facchiano, L. (2007): Relationship of metabolic syndrome and obstructive sleep apnea. Journal of clinical sleep medicine, 3 (5). 467-472.

Punjabi, N.M. (2008): The epidemiology of adult obstructive sleep apnea. Proceedings of the American Thoracic Society, 15; 5 (2). 136-143.

Zufriedenheit mit der psychosomatischen Rehabilitation in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen

Wiehn, T.
salus klinik Friedrichsdorf

Hintergrund

Patientenzufriedenheit gilt als ein wichtiges Qualitätskriterium auch der psychosomatischen Rehabilitation. Hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Kliniken mit unterschiedlicher Klientel werden Adjustierungsvariablen (Farin et al., 2009) auch von der Deutschen Rentenversicherung (Widera, 2010) diskutiert. Diese umfassen u. a. soziodemographische und diagnostische Variablen.

Hauptzielsetzung

Im Rahmen unseres klinikinternen Qualitätsmanagements sollte geprüft werden, ob, und wenn ja, welche Merkmale Patientenzufriedenheit möglicherweise beeinflussen.

Methode

Kurz vor Abschluss einer im Schnitt knapp sechswöchigen stationären psychosomatischen Rehabilitation erhielten die Patienten einen klinikinternen Fragebogen zur Bewertung verschiedener Aspekte der Maßnahme sowie einen Retest (u. a. BSI und ADS-K) der testpsychologischen Aufnahmediagnostik.

Der Fragebogen zur Bewertung der Klinik wurde von 94 % aller aufgenommenen Patienten ausgefüllt. Diese Patienten (n=750) waren im Durchschnitt 47 Jahre alt, 62 % Frauen, 64 % hatten einen Partner, 38 % hatten die Schule mit Mittlerer Reife, 26 % mit Abitur abgeschlossen. 25 % waren arbeitslos. Die häufigste Erstdiagnose war ICD-10 F32 (37 %), gefolgt von F33 (21 %) und F43 (15 %). F-Komorbidität ohne F1 lag bei 42 % der Patienten vor, F1-Komorbidität ohne F17 (Tabak) bei 47 %, somatische Komorbidität bei 82 %.

Ergebnisse

42 % der Patienten beurteilten die Behandlung als sehr gut, 45 % als gut, 11 % als befriedigend, 2 % als ausreichend, 0,5 % als mangelhaft.

Mit den Patientenmerkmalen psychische Belastung (GSI), depressive Stimmung (ADS-K), Alter, Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme (AU), vorhandener Arbeitsplatz, F32 oder F33 Erstdiagnose, F-Komorbidität, F1-Komorbidität (ohne F17) und somatische Komorbidität blieben in einer ordinalen Regression 66,7 % der Zellen nicht besetzt.

Durch Ausschluss der nicht signifikanten Merkmale ($p>0,05$, s. Tab. 1) reduzierten sich die Null-Häufigkeiten auf 52,8 %. Die Daten zur Anpassungsgüte (-2 Log-Likelihood-Werte und die Chi-Quadrat-Tests) deuten auf eine bessere Modellanpassung bei Berücksichtigung *aller* in Tabelle 1 genannten Variablen hin im Vergleich zu einem Modell mit Ausschluss der nicht signifikanten Merkmale.

Das einzige Merkmal mit einem hochsignifikanten Zusammenhang (p<0,001) zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation war das Geschlecht der Patienten. Die Patientinnen waren mit der gesamten Behandlung zufriedener. Auf einem niedrigeren Signifikanzniveau zeigen sich Hinweise, dass Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme (p= 0,012) sowie höhere psychische Belastung bei Entlassung (GSI, p= 0,034) mit schlechteren Bewertungen einhergehen, F1-Komorbidität mit besserer Bewertung (p= 0,051).

	GSI	ADS	Alter	AU	Geschl.	Arbeits-platz	F32, F33	F-Ko	F1-Ko	S-Ko
Schätzer	0,469	0,11	-0,002	0,361	0,575	-0,76	-0,18	-0,13	-0,29	0,19
Wald	4,47	0,30	0,08	6,29	14,25	0,20	0,02	0,73	3,82	0,95
p	0,034	0,581	0,774	0,012	0,000	0,656	0,901	0,393	0,051	0,329

Tab. 1: Parameterschätzer, ordinale Regression für Gesamt-Zufriedenheit mit der psychosomatischen Behandlung (Erklärung s. Text)

Diskussion

Entgegen den Erwartungen aus der klinischen Tätigkeit sowie Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit (Bleich et al., 2006; Widera, 2009) gab es keinen Zusammenhang zwischen depressiver Stimmung, vorhandenem Arbeitsplatz, somatischer und psychischer Komorbidität (ohne F1) und Alter zur Zufriedenheit mit der Behandlung.

Ob sich außer dem Geschlecht auch der Einfluss der Variablen "Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme", "höhere psychische Belastung bei Entlassung (GSI)" sowie "F1-Komorbidität" bestätigen lässt, wäre an einer größeren Stichprobe zu prüfen.

Möglicherweise wird der Einfluss einiger Patientenmerkmale in klinischen Diskussionen überbewertet. Aus unserer Sicht spricht Einiges dafür, dass Patientenzufriedenheit auch das Ergebnis der subjektiven Erwartungserfüllung und somit des Erreichungsgrads der eigenen Ziele (Meyer, 2009) ist. Im Rahmen unseres Qualitätsmanagements werden wir daran arbeiten, zusätzlich Erwartungen statistisch auswertbar zu erfassen.

Literatur

Bleich, C., Pawils, S., Koch, U. (2006): Patientenzufriedenheit: Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. In: Hinz, A., Decker, O. (Hrsg.): Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel - Altersspezifik und Geschlechterrollen. Gieße, Psychosozial. 179-199.

Farin, E., Jäckel, W.H., Widera, T. (2009): Prädiktoren der Patientenzufriedenheit in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd. 83. 146-148.

Meyer, T. (2009): Die Bedeutung subjektiver Erfolgsmaße für die Ergebnisqualität. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Publikation des Workshops am 25. November 2008. 113-129.

Widera, T. (2009): Ausblick zur Ergebnisqualität - Indikatoren einer erfolgreichen Rehabilitation sowie Einflussfaktoren auf das Rehabilitationsergebnis. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Publikation des Workshops am 25. November 2008. 167-194.

Widera, T. (2010): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, 57, H4. 153-159.

Veränderung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster und Burnout nach stationärer Psychotherapie

Mestel, R. (1), Danner, A-S. (2), von Wahlert, J. (1)

(1) HELIOS Klinik Bad Grönenbach, (2) Psychologische Fakultät, Universität Salzburg

Einführung

Als zentrales Ziel stationärer psychosomatischer Rehabilitation kann die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und die Verbesserung von arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern gelten. Geprüft wurde, ob sich diese Muster und das Burnout-Erleben ein Jahr nach stationärer Psychotherapie verändert haben.

Methoden

363 stationär psychotherapeutisch behandelte Patienten (33 % Akut; 67 % Reha) mit mindestens 28 Tagen Behandlungsdauer wurden ein Jahr nach der Therapie schriftlich nachbefragt (Rücklaufquote 53,7 %). Als zentrale Evaluationsinstrumente wurden der AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, Schaarschmidt, Fischer, 2006) und der MBI (Maslach Burnout Inventory, Enzmann, Kleiber, 1989) eingesetzt, daneben noch der VEV-K bei Katamnese (Kriebel et al., 2001) und der prä-Katamnese-Differenzwert der SCL-90-R (Franke, 2002). Die Antworter waren weitgehend repräsentativ für alle angeschriebenen.

66 % der Patienten waren Frauen, das mittlere Alter betrug 43,4 (SD: 10,8), 38 % waren ledig, 44,5 % verheiratet. 50 % kamen über die DRV, 24 % als Privat- und 23 % als Kassenpatienten. 65 % hatten unipolare Depressionen als Hauptdiagnose, 11 % Persönlichkeitsstörungen und je ca. 5 % Angst- oder Essstörungen oder eine posttraumatische Belastungsstörung. Der mittlere Beeinträchtigungsschwerescore lag bei 7,4 (SD: 1), die Hauptdiagnose war im Schnitt 9,2 Jahre chronifiziert (SD: 9,2), 96 % beendeten die Behandlung regulär, die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 50,8 Tage (SD: 14,4)

Ergebnisse

Im prä-Katamnese-Vergleich ergaben sich auf zwei von drei Burnout Skalen und auf acht von elf AVEM-Skalen signifikante Besserungen meist im Bereich mittelgroßer Effektstärken. Von den AVEM-Typen her zeigten bei Therapiebeginn 33 % ein klares, weitere 36 % ein tendenzielles "Burnout-Muster", bei Katamnese 29 % ein klares, weitere 23 % ein tendenzielles. Ein tendenzielles "Workaholic-Muster" (Risikomuster A) zeigten zu Beginn 28 %, bei Katamnese 13 %. Der Anteil an tendenziellem Muster "Schonverhalten" stieg von prä 3 % auf 25 %. Die Symptome (SCL-90-R Globalwert) und Depressivität (BDI; Hautzinger et al., 2000) sanken während der Behandlung hochsignifikant, nahmen danach bis zur Katamnese wieder signifikant zu. Die prä-Katamnese Effektstärken waren jedoch hoch (GSI: d= .8; BDI: d= 1.0). Bei Therapieende gaben 77 % eine signifikante Zunahme an Entspannung, Optimismus und Gelassenheit gegenüber dem Therapiebeginn an, bei Katamnese noch 52 % (VEV-K).

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten über alle Patienten verringerten sich von prä 12,4 Wochen pro Jahr auf 8,4 Wochen pro Jahr bei Katamnese ($p<.001$; d= .27), bei den Erwerbstätigen von M= 9,9 auf M=7,3 ($p<.001$; d= .21). 65 % der Patienten waren prä und bei Katamnese er-

werbstätig, 12,3 % der bei Aufnahme Erwerbstätigen waren katamnestisch nicht mehr erwerbstätig, 5,1 % waren ein Jahr nach der Klinik neu erwerbstätig.

Schlussfolgerung

Es ergaben sich weitgehend Reduktionen von Burnout-Erleben und diversen arbeitsbezogenen Belastungen, allerdings zeigte gut die Hälfte der Befragten bei Katamnese immer noch ein klares bzw. tendenzielles Burnout-Muster im AVEM.

Literatur

Enzmann, D., Kleiber, D. (1989): Helfer-Leiden. Stress und Burnout in helfenden Berufen. Heidelberg: Asanger.

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. 20-32.

Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2006): Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster AVEM (Manual; 3. Auflage). Frankfurt: Harcourt Test Services.

Führt eine intensive Aromapflegebehandlung zu besseren Rehabilitationsergebnissen in der Psychosomatik?

Stangenberg, C., Jürgensen, R., Rüddel, H.

St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach

Hintergrund und Fragestellung

Die psychosomatischen Rehabilitationskonzepte basieren auf einer multimodalen interdisziplinären Behandlungsstrategie, in der Psychotherapie und körperaktivierende Verfahren eine zentrale Bedeutung einnehmen. Außerdem haben sich Entspannungsverfahren und komplementäre Verfahren z. B. Tai Chi in der Schmerztherapie als effektiv erwiesen. Patienten schätzen in Rehabilitationsbehandlungen aller Indikationen ein Verwöhnprogramm und insbesondere ein balneophysikalisches Behandlungskonzept. In den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung sind auch für die Psychosomatik systematische balneophysikalische Behandlungen als wichtiges Strukturelement vorgegeben. Die Effektivität solcher balneophysikalischer Arbeit und insbesondere patientenverwöhnender, dem Wellness nahestehender sind bisher nicht geprüft. In einer randomisierten kontrollierten prospektiven Studie untersuchten wir deshalb, ob ein sehr intensives Aromapflegekonzept mit mindestens 12 Behandlungselementen durch die Pflegekräfte einschließlich Massageelementen einer Vergleichsbehandlung ohne Aromapflegekonzeption überlegen war.

Methodik

Im Zeitraum zwischen Januar und September 2010 wurden alle Patienten, die zur psychosomatischen Rehabilitation ins St. Franziska-Stift Bad Kreuznach aufgenommen wurden gebeten, an einer kontrollierten prospektiven "Aromapflegestudie" teilzunehmen. Von den aufgenommenen 1300 Patienten erklärten 401 ihre schriftliche Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen. Das Protokoll und die Einzelheiten der Studie waren sowohl von Aufsichtsbehörden als auch der zuständigen Ethikkommission genehmigt worden. Erfasst wurden alle durchgeführten Behandlungselemente und insbesondere die in der Aromapflege durchgeführte Intervention sowie die mit KTL verschlüsselten therapeutischen Leistungen während der psychosomatischen Rehabilitation. Alle Patienten hatten zu Beginn der Behandlung und zum Entlassungszeitpunkt eine Psychometrie, in der u. a. Depressivität, Somatisierung etc. erfasst wurden (ADS-K sowie health-49). Alle Patienten bewerteten zum Ende der Behandlung die subjektive Veränderung durch die Rehabilitation und bewerteten die Qualität der einzelnen Behandlungselemente (ärztliche Versorgung, Psychotherapie, Pflege etc.). Die statistischen Auswertungen erfolgten mit SAS 9.2. Berichtet werden deskriptive Statistiken und Gruppenvergleiche mit Varianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell unter Einschluss von Störgrößen.

Das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten betrug 45 +/- 10,6 Jahre. 76 % waren Frauen (Tab. 1). Da nur Patienten mit einer Rehabilitationsdauer von mindestens 5 Wochen-Bewilligung in die Studie aufgenommen wurden, liegt die durchschnittliche Rehabilitationszeit mit 43 Tagen leicht über dem vergleichbaren Durchschnitt anderer Kliniken. Zwischen der Experimentalgruppe (n=203) und der Kontrollgruppe (n=198) gab es keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Verteilungen des Geschlechts, der Diagnosen, AU-Zeiten 12 Monate vor Aufnahme, des Alters und der Aufenthaltsdauer sowie der Therapiedosis der psychotherapeutischen Einheiten (Summe der KTL-Leistungen "G" in min.).

	Anzahl	Variable	Mittelwert	Std.abweichung
Aromapflege	n=203	Alter Reha-Dauer	44,72 Jahre 43,60 Tage	10,47 10,42
Kontrollgruppe	n=198	Alter Reha-Dauer	45,24 Jahre 42,30 Tage	10,73 11,35

Tab. 1: Angaben zu den beiden Gruppen

Der Therapieerfolg wurde als Veränderung zwischen dem Aufnahme- und dem Entlassungszeitpunkt gemessen. Hierfür wurde jeweils individuell der Reliable Change Index (RCI) nach Jacobsen und Truax (1991) berechnet.

Ergebnisse

In der Gesamtdosis der erhaltenen balneo-physikalischen Behandlung (KTL, in min., $F=12.82$, $p<0.0005$) gab es einen hochsignifikanten Gruppenunterschied.

In den relevanten Zielvariablen wie Depressivität, Somatisierung, Ängstlichkeit etc. (jeweils operationalisiert als RCI) fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Auch unter Einschluss der Kontrollvariablen Therapiedosis, Alter der Patienten, Rehabilitationsdauer, Geschlecht zeigten sich keine Gruppenunterschiede. Auch bei der kontinuierli-

chen Variable Dosis der balneo-pysikalischen Leistungen gab es keine signifikante Korrelation mit der Veränderung z. B. der Depression (Korrelation ADS(RCI) mit ‚Dosis' r=-0.01898; p=0.7160). Allerdings zeigte sich in komplexeren Modellen, dass es durchaus Zusammenhänge gibt: So zeigen sich in den Health-Skalen "Psychische und somatoforme Beschwerden", "Psychisches Wohlbefinden", "Interaktionelle Schwierigkeiten", "Selbstwirksamkeit" sowie "Aktivitäten und Partizipation" unter Kontrolle der Variablen Alter und Geschlecht signifikante Zusammenhänge mit der Dosis der balneo-physikalischen Behandlung.

Bei den Rating-Items zur Beurteilung der Behandlung zeigen sich auch nur tendenzielle Effekte ($0.1<p<0.05$); hier werden insbesondere die psychotherapeutische, die sozialtherapeutische und die ergo- bzw. gestalttherapeutische Arbeit der Therapeuten positiver durch die "Treatment-Gruppe" beurteilt.

Diskussion

Insgesamt zeigen sich keine bzw. nur sehr schwache Zusammenhänge zwischen der stärker patientenorientierten balneao-physikalischen Behandlung und dem Therapieerfolg. Auch das zeitliche Ausmaß einer derartigen Behandlung scheint nur schwach und in komplexeren Zusammenhängen einen Einfluss auf die Veränderung z. B. der depressiven Symptomatik zu haben. Die tendenziellen Effekte bei den subjektiven Rating-Items deuten an, dass die Patienten die Behandlung schon wahrnehmen und sie etwas "geneigter" machen bei der Beurteilung der Effektivität der Gesamtbehandlung. Jedoch sind diese Effekte eben auch nur tendenziell und unter Berücksichtigung des explorativen Charakters (multiples Testen mit Inflationierung des α-Fehlers) sehr eingeschränkt interpretierbar.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Intervention gegenüber der Gesamtbehandlung während eines psychosomatischen Aufenthaltes nicht merkbar zu einer weiteren Verbesserung der Symptomatik führt.

Literatur

Jacobson, N.S., Truax, P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59. 12-19.

Wang, C., Schmid, C.H., Rones, R., Kalish, R., Yinh, J., Goldenberg, D.L., Lee, Y., McAlindon, T. (2010): A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. N Engl J Med, 363. 743-754.

Validierung eines Aktivitätstagebuchs mittels metabolischem Monitor bei psychovegetativ Erschöpften

Bähr, S., Raschke, F., Fischer, J.
Institut für Rehabilitationsforschung Norderney

Hintergrund

Der Mangel an Tagebüchern zur Abbildung des körperlich-sportlichen Freizeitverhaltens während und nach stationärer Rehabilitation führte in einer vorangegangenen Arbeit zur Entwicklung eines Aktivitätstagebuchs (Bähr et al., 2010). Dieses ermöglicht eine differenzierte Darstellung des individuellen Tagesverlaufs einer Woche für unterschiedliche Aktivitäten. In einer Voruntersuchung wurde getestet, wie gut das Aktivitätstagebuch (ATB) bei Patienten (n=64; 32w, 32m; MW-Alter=48,63) der Rehabilitationsklinik Norderney akzeptiert und vollständig ausgefüllt wird. Die Compliance, dieses Tagebuch zu führen war sehr hoch. Unklar blieb jedoch bislang, ob die subjektiv angegebene körperliche Aktivität in der Freizeit während der Rehabilitation auch den tatsächlich durchgeführten Aktivitäten entspricht, was für die Dokumentation einer möglichen Nachsorge von großer Bedeutung erscheint.

Ziel

Ziel dieser Untersuchung ist die Validierung des ATB zur Dokumentation einer krankheitsübergreifenden Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation bei psychovegetativer Erschöpfung. Das ATB listet alle selbstgewählten körperlich-sportlichen Aktivitäten auf, welche außerhalb des Therapieprogramms vom Rehabilitanden wahr genommen werden. Entsprechen die subjektiv eingetragenen Angaben den tatsächlichen Aktivitäten, so kann das ATB künftig als einfaches und leicht auszufüllendes Instrument zur Dokumentation einer therapeutisch induzierten Verbesserung des individuellen Aktivitätsprofils während und nach einem mehrwöchigen Reha-Aufenthalt eingesetzt werden. Weiteres Ziel ist die valide Dokumentation einer intensivierten Nachsorge (Deck et al., 2009). Die gewählte Erhebungsform soll daher sowohl zur Selbstkontrolle und dauerhaften Verbesserung des individuellen Bewegungsverhaltens beitragen als auch die Freizeitaktivität und Teilhabe am gesellschaftlich-sozialen Leben bei psychovegetativer Erschöpfung über ein praxistaugliches Instrument dokumentieren (Raschke et al., 2009).

Methode

82 Patienten (m=41, w=41, Alter: MW=50,66 J.) mit der Indikation pneumologische oder orthopädische Erkrankung nahmen bisher an der Untersuchung teil. Sie haben für maximal 7 Tage ein Aktivitätstagebuch geführt und zeitgleich über 7 Tage einen metabolischen Monitor "Actiheart" getragen. Er diente zur Objektivierung bzw. Validierung des ATBs. Der Schweregrad der psychovegetativen Erschöpfung wurde über die Fragebögen *B*eck-*D*epression-*I*nventar (BDI), DEA (*D*ifferenzielle-*E*rschöpfungs-*A*spekte) sowie die FS Chalder Scale ermittelt (Cut-off BDI = 11; DEA = 35). Zur Validitierung wurde der Gesamtenergieumsatz des "Actiheart" mit den in metabolische Einheiten (METs) umgerechneten Angaben bei verschiedensten körperlichen Alltags- und Sportaktivitäten verglichen und als korrelativer Zusammenhang ermittelt. MET-Werte sind ein international anerkanntes und gebräuchliches Aktivitätsassessment aus der Leistungs-, Trainings- und Sportmedizin. Die metabolische,

leistungsbezogene Aktivität aus dem Tagebuch konnte somit als Gesamtenergieumsatz in kcal mit den kalorischen Angaben des kommerziell erhältlichen Monitors verglichen werden.

Ergebnisse

Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Fragebögen hochsignifikant. Für die Validierung des ATB stand jedoch der Methodenvergleich im Vordergrund. Erste Ergebnisse bei einer aufsummierten Tag-zu-Tag-Auswertung von 82 Patienten für alle zusammen gefassten körperlichen und gesellschaftlichen Aktivitäten zeigen einen Zusammenhang zwischen den Angaben im ATB und dem "Actiheart" mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0{,}71$. Bei einer Unterteilung der Aktivitäten unter der Woche und am Wochenende zeigt sich allerdings, dass METs und metabolische Monitorwerte für das Wochenende wesentlich höher korrelieren. Sie liegen am Wochenende bei $r^2 = 0.91$ und unter der Woche bei $r^2 = 0.87$, wo auch energetisch wirksame therapeutische Anwendungen über die Klinik angeboten wurden.

Diskussion

Das summarische Ergebnis mit ca. 50 % erklärter Varianz für ein vollständiges 1-Wochen-Monitoring kann nicht als hinreichend valide angesehen werden. Demgegenüber zeigt eine Unterteilung nach Werktagen und Wochenende, dass sich für die Wochenend-Aktivitäten eine optimale Übereinstimmung zwischen Monitoring und Patienten-Angaben ergeben kann (91 % erklärte Varianz). Die Ursachen hierfür liegen möglicherweise in der kategorischen Umrechnung verschiedener Aktivitätsformen (über die MET-Tabelle) in einen mittleren metabolischen Äquivalenzwert. Eine individuelle Betrachtung erscheint daher auch hier - in gleicher Weise wie für das ATB - erforderlich. Dies kann über eine differenziertere Auswertung, die auch die energetisch wirksamen therapeutischen Leistungen der med. Rehabilitation (KTL) in Form von MET-Werten einbeziehen soll, weiter aufgeschlüsselt werden. Darüber hinaus müssen möglicherweise niedrig energetische Prozesse wie Fernsehen, Lesen und Ausruhen und hoch energetische Freizeitaktivitäten wie Nordic Walking, Joggen oder Schwimmen individuell aufgeschlüsselt werden. Eine solche Ausdifferenzierung erscheint nach den vorliegenden Befunden erforderlich, ist mit den vorhandenen Daten ohne weiteres möglich und soll in die weitere Auswertung einfliessen. Insofern erscheinen nach den bisherigen ersten Ergebnissen die Angaben der Patienten sehr zuverlässig. Sie stimmen mit dem Energieumsatz-Monitoring bei differenzierter Auswertung soweit überein, dass therapeutische Interventionen vermutlich in naher Zukunft mittels ATB kontrolliert werden können.

Literatur

Bähr, S., Raschke, F., Fischer, J. (2010): Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation in Abhängigkeit vom Aktivitätsprofil bei psychovegetativer Erschöpfung. DRV-Schriften, Bd. 88. 110-112.

Deck, R., Hüppe, A., Arlt, A.C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden - Ergebnisse einer Pilotstudie. Die Rehabilitation, 48. 39-46.

Raschke, F., Gottwald, N., Fischer, J. (2009): Auswirkung von psychovegetativer Erschöpfung auf Aktivität und Partizipation. DRV-Schriften, Bd. 83. 426-427.

Neurobiologische Typisierung von Stressreaktionen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Linden, M. (1), Hero, T. (2), Bertram, K. (2), Hellhammer, D. (2)

(1) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin,

(2) Psychologisches Institut der Universität Trier

Hintergrund

Der menschliche Organismus verfügt im zentralen Nervensystem wie in der Körperperipherie über neurobiologische und physiologische Systeme, welche eine Anpassung an Belastungssituationen ermöglichen. Man kann ein ergotropes, trophotropes und glandotropes System unterscheiden. Das ergotrope System im ZNS wird vornehmlich durch das im Locus caeruleus entspringende noradrenerge System repräsentiert und synchronisiert die Aktivität des Gehirns im Sinn eines Arbeitszustands, in dem es die Aufmerksamkeit, Wachheit, Konzentrationsfähigkeit etc. verbessert. Diese geschieht vornehmlich in Belastungssituationen und bewirkt eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems. Das trophotrope System umfasst die im dorsalen Nucleus raphe entspringenden serotonergen Neuronen, die eine allostatische Gegenregulation zeigen sowie parasympathische Regulation. Für das glandotrope System ist die HHNA-Aktivität von zentraler Bedeutung, die nicht nur die periphere Stressreaktion beeinflusst, sondern auch zahlreiche Hirngebiete inhibiert oder aktiviert.

Eine umfangreiche wissenschaftliche Literatur belegt, dass Dysregulationen dieser Systeme als Ursache oder pathoplastische Faktoren für verschiedene psychische und psychosomatische Erkrankungen angesehen werden können. Dazu zählen somatoforme Störungen, Angststörungen, Depressionen oder Anpassungsstörungen. Eine Zusammenschau der verschiedenen Regulationssysteme erlaubt die Beschreibung charakteristischer Muster psychobiologischer Stressreaktionen (Neuropattern). Nach der vorliegenden Literatur könnte eine Neuropatterndiagnostik wichtige Hinweise zur Art und Therapie pathologischer Stressreaktionen bei psychosomatischen Patienten geben.

Methode

Bei 106 Patienten der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik des Rehazentrum Seehof, die im SCL-90 Hinweise auf ein somatoformes Syndrom zeigten, wurden Cortisol Tagesprofile, ein Dexamethason-Test, eine nächtliche Herzratenvariabilitätsableitung, eine Gentypisierung von Stressmarkern und eine Untersuchung mit Neuropattern-Fragebögen durchgeführt. Im Folgenden werden Daten zur Cortisolhomöostase berichtet.

Ergebnisse

Es finden sich signifikante Zusammenhänge (Tab. 1) zwischen dem von Patienten geklagten Stresserleben bei Serotonin-Mangel (i. S. von Nervosität, Gereiztheit, Erregtheit, Impulsivität) einerseits und den Tages-Cortisolwerten wie auch der Cortisol-Aufwach-Reaktion (CAR) andererseits.

Stress-reaktionen	Cort t0Dex	Cort t30Dex	Cor t45Dex	Cort t60Dex	CAR t0-30-Dex	CAR MINC-Dex	CAR AINC-Dex	AUC i-Dex	AUC g- Dex
nervös	*n. s.*	*r*= .245*	*r*= .235*	*r*= .23*	*r*=.266**	*r*= .235*	*r*= .248*	*r*= .247*	*r*= .214*
unruhig	*n. s.*	*r*= .204*	*r*= .214*	*r*= .247*	*r*= .193*	*r*= .2*	*r*= .21*	*r*= .198*	*r*= .196*
aufgeregt	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*r*= .213*	*r*= .229*	*r*= .233*	*r*= .226*	*n. s.*
angespannt	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*r*= .195*	*r*= .225*	*r*= .222*	*r*= .216*	*n. s.*
gereizt	*n. s.*	*r*= .3**	*r*= .28**	*r*= .206*	*r*= .201*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*r*= .292**
impulsiv	*n. s.*	*r*= .261**	*r*= .267**	*n. s.*	*r*= .221*	*n. s.*	*r*= .193*	*r*= .199*	*r*= .241*
verärgert	*n. s.*	*r*= .209*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*r*= .205*
wütend	*n. s.*	*r*= .292**	*r*= .316**	*r*= .312**	*r*= .230*	*r*= .216*	*r*= .259*	*r*= .224*	*r*= .293**
selbst-sicher	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*r*=-.193*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*	*n. s.*

Tab. 1: Zusammenhänge zwischen Stresssymptomatik und Cortisolreaktion bei psychosomatischen Patienten.

Schlussfolgerungen

Die Untersuchung zeigt, dass subjektive Klagen von Patienten, die auf einen Serotonin-Mangel verweisen ein, neurobiologisches Korrelat haben. Dies muss bei der Diagnostik und Therapieplanung berücksichtigt werden, Die somatoformen und neurasthenischen Störungen stellen in der psychosomatischen Rehabilitation ein großes und therapeutisch schwieriges Problem dar. Eine neurobiologische Typisierung der Stressreaktionstendenz einzelner Patienten könnte helfen, die Rehabilitation zu verbessern.

Literatur

Hellhammer, J., Hellhammer, D.H. (2008): Stress: The Mind-Body Connection. In: Riecher-Rössler, A., Steiner, M. (Eds.): Key Issues in Mental Health. Vol. 174. Basel: Karger.

Bibliotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation: Haupt- und Nebenwirkungen

Muschalla, B., Herm, K., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Unter "Bibliotherapie" versteht man den Einsatz von Texten zu therapeutischen Zwecken mit dem Ziel, Patienten Informationen, neue Einsichten und Einstellungen oder Denkanstöße zu Problemlösungen zu vermitteln. Bibliotherapie kann alleine i. S. von Selbsthilfeliteratur angewendet werden oder in Ergänzung zu einer Gruppen - oder Einzelpsychotherapie.

In der stationären psychosomatischen Rehabilitation bietet Bibliotherapie die Möglichkeit zu einer Behandlungsökonomisierung, einer Behandlungsintensivierung und einer Verbesserung des Behandlungstransfers, indem das, was in der Einzel- oder Gruppentherapiesitzung besprochen wird, durch bibliotherapeutische Informationen ergänzt wird und die Patienten zukünftig jederzeit auch auf diese Materialien zurückgreifen können.

Das Informieren von Patienten kann im vorher beschriebenen Sinne therapeutisch positive Effekte haben, es kann aber beispielsweise auch zu Missverständnissen oder Ängstigungen kommen. Von daher müssen bibliotherapeutische Materialien, bevor sie zum Einsatz kommen, auf positive und negative Wirkungen und ihre Brauchbarkeit hin untersucht werden.

Methode

Unter Bezug auf die einschlägige kognitiv-verhaltenstherapeutische Fachliteratur, störungsspezifische Literatur und Expertenurteile wurden Broschüren zu Themen entwickelt, die von genereller Relevanz hinsichtlich der Erkrankungen psychosomatischer Patienten sind. Sie betreffen die Themen: Kognitionen & Erleben, Bewältigung kritischer Lebensereignisse, Krankheits-Bewältigung, Angsterleben und Bewältigung, Phobien & Expositionstherapie, Hypochondrie & Abbau körperbezogener Ängste.

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (Interventionsgruppe N=65 und Kontrollgruppe N=37 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik) wurde überprüft, ob und welchen Effekt eine psychotherapiebegleitende Arbeit mit lesbarkeits- und verständnisgeprüften Bibliotherapiebroschüren auf Wissenszuwachs, Symptomminderung bei den Patienten und auf die therapeutische Beziehung hat (Linden et al., 2009).

Ergebnisse

Die psychotherapieintegrierte Bibliotherapie erbrachte am Ende eines 6wöchigen psychosomatischen Rehaaufenthaltes eine signifikant höhere Zahl an richtig beantworteten Fragen in einem Wissensfragebogen bei der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe, die keine dieser Broschüren gelesen hatten. Dies gilt für alle eingesetzten Broschüren.

Kein Effekt konnte nachgewiesen werden für Veränderungsmaße der Psychopathologie und Fähigkeiten, wie die SCL-90-R, die Reha-Verweildauer, die Arbeitsfähigkeit bei Entlassung, die globale Schwerebeurteilung der Erkrankung, die situativen Copingstrategien (COPE) oder körperbezogene Ängste.

Die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Bibliotherapiegruppe wird als weniger gut bewertet als in der Kontrollgruppe. Die Patienten gaben des Weiteren an, in der Psychotherapie weniger für sie wichtige Themen bearbeitet zu haben und bewerteten ihre Entwicklung in den letzten Wochen auch negativer. Das Therapieergebnis hinsichtlich Veränderungen von Befindensstörungen und Problembereichen schätzten sie geringer ein und meinten, weniger das Behandlungsziel erreicht zu haben, mit dem sie in die Rehabilitation gekommen waren. Auch gaben sie insgesamt an, dass ihnen der Aufenthalt in der Klinik schlechter gefallen habe.

Schlussfolgerungen

Die Untersuchung zeigt, dass Bibliotherapie eine Methode ist, die zu einem Wissenszuwachs bei Patienten beitragen kann.

Es wird aber auch deutlich, dass eine Patienteninformation Negativwirkungen haben und den Therapieprozess behindern kann. Eine Patientenaufklärung muss nicht automatisch zu einer Verbesserung der Krankheit, der Mitwirkung des Patienten bei seiner Behandlung oder der Krankheitsbewältigung führen. Der Globalforderungen nach mehr Patientenaufklärung und Patientenempowerment muss aus fachlicher Sicht mit Vorsicht begegnet werden. Gute therapeutische Intentionen alleine stellen nicht sicher, dass es auch zu guten therapeutischen Wirkungen kommt.

Literatur

Linden, M., Herm, K., Pieper, C., Fertmann, J., Sandau, E., Muschalla, B., Dambrowsky, R., Markova, M., Dirks, S. (2009): Abschlussbericht über das Forschungsprojekt Bibliotherapie. Die Entwicklung von bibliotherapeutischen Materialien und Durchführung einer kontrollierten Studie zum Einsatz der Bibliotherapie bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Ist die "subjektive" Bewertung der Rahmenbedingungen einer psychosomatischen Rehabilitation unabhängig vom "objektiven" Rehabilitationserfolg?

Mussgay, L., Jürgensen, R., Rüddel, H.

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, Abteilung für Verhaltensmedizin und Rehabilitation des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik (FPP) an der Universität Trier

Fragestellung und Hintergrund

Vorrangiges Ziel einer stationären psychosomatischen Rehabilitation ist die Linderung des beim Patienten vorliegenden Beschwerdebildes. Der Erfolg dieser Bemühungen wird üblicherweise durch Prä- und Postmessung der relevanten psychometrischen Störungsbereiche dokumentiert. In unserer Klinik bestimmen wir daraus den Reliable Change Index (RCI) (Jacobsen, Truax, 1991). Im Rahmen der internen Qualitätssicherung sind die solcherart ermittelten Ergebnisse wichtige Indikatoren der Behandlungsqualität. Die Zweipunkterhebung wird ergänzt durch eine direkte Befragung der Rehabilitanden am Ende des Aufenthalts zu den Rahmenbedingungen des Rehabilitationsaufenthalts. Hierunter fallen die unterschiedlichen Aspekte der therapeutischen Behandlung, des Betreuungsangebots durch verschiedene Funktionsgruppen und der sonstigen Unterbringungsqualität. Im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung stellen diese Einschätzungen wichtige, die jeweilige Klinik charakterisierende Indikatoren dar.

Offen ist nun, inwieweit der ermittelte quasi "objektive" Behandlungserfolg (operationalisiert durch den RCI der einbezogenen psychometrischen Variablen) mit der direkten quasi "subjektiven" Bewertung der Rehabilitation zusammenhängt und ob gegenseitige Beeinflussungen stattfinden. Wir wollten diese Frage an einer großen Stichprobe unserer Patienten beantworten.

Methodik

Insgesamt 3.904 konsekutiv aufgenommene Patienten (1.103 Männer = 28,3 %; 2.801 Frauen = 71,7 %) wurden eingeschlossen, sofern sie regulär entlassen wurden. Affektive Störungen waren mit 42,1 % vertreten, Angststörungen mit 10,7 %, Anpassungsstörungen lagen bei 18,3 % vor, somatoforme Störungen waren bei 7,0 % gegeben, Persönlichkeitsstörungen bei 3,9 %, 17,9 % der Patienten gehören einer Restkategorie an.

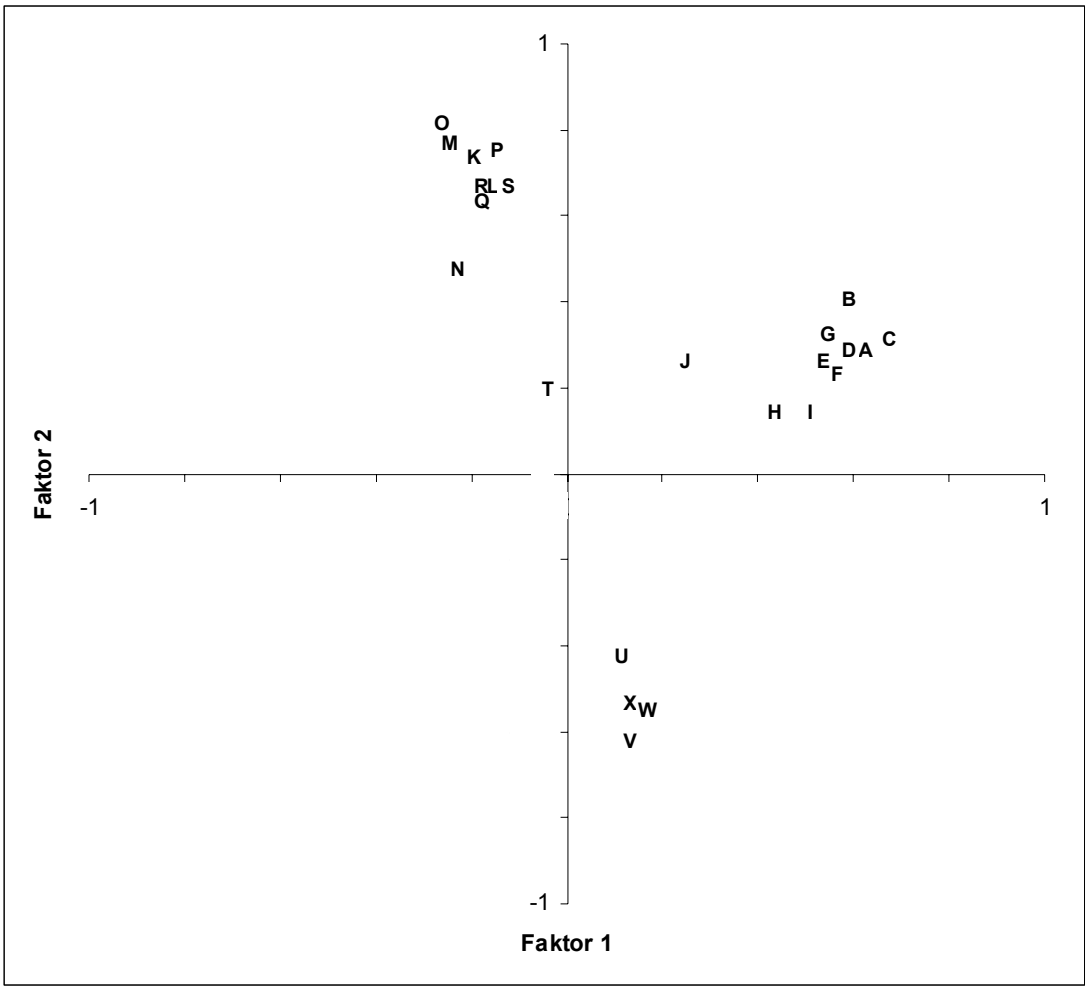
Als direkte Bewertung der Rehabilitation wurde nach der ärztlichen sowie der psychotherapeutischen Betreuung, nach der Betreuung durch Pflegekräfte, durch Sozialtherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten, Ergo- und Gestaltungstherapeuten, durch das Verwaltungspersonal sowie weiter nach der Versorgung durch Reinigungskräfte, nach den Vorträgen zur Gesundheitsbildung sowie nach den Reha-Zielen und dem Reha-Plan gefragt.

Als psychometrische Vor- und Nachhermessungen lagen vor: ADS (Allgemeine Depressionsskala), Health-49 (Rabung et al., 2009) (mit den 9 Skalen: Somatoforme Beschwerden (SOM), Depressivität (DEP), Phobische Ängste (PHO), Psychisches Wohlbefinden (WOHL), Interaktionelle Schwierigkeiten (INT), Selbstwirksamkeit (SELB), Aktivität und Partizipation (A&P), Soziale Unterstützung (SOZU), Soziale Belastung (SOZB)) sowie den VCQ (Kuhl,

Fuhrmann, 1998, modifiziert durch Forstmeier, Rüddel, 2008), der vier Subskalen umfasst (Impulskontrolle, Stimmungsmanagement, Zielbezogene Aufmerksamkeit, positive Selbstmotivierung). Für die einzelnen Skalen wurde der RCI errechnet bzw. für den VCQ Differenzwerte (Post-Prä).

Ergebnisse

Die direkten Bewertungsvariablen sowie die Differenzwerte der indirekten Erhebung wurden einer explorativen Faktorenanalyse (orthogonale Hauptkomponentenanalyse) unterzogen. Es ergaben sich zwei Faktoren (Scree-Test), die 25,9 % bzw. 13,9 % Varianz erklären. Abbildung 1 stellt das Faktorenmuster grafisch dar.



Rehabilitationsbeurteilung:

A Ärztliche Betreuung
B Psychoth. Betreuung
C Betr. d. Pflegekräfte
D Betr. d. Sozialtherapeuten
E Betr. d. Sport- u. Bewegungsth.
F Betr. d. Ergo- u. Gestaltungsth.
G Betr. d. Verwaltungspersonal
H Versorg. d. Reinigungskräfte
I Gesundheitsbildung
J Rehaziele, Rehaplan

Psychometrie:

ADS:
K ADS
Health-49:
L Somatof. Beschwerden
M Depressivität
N Phobische Ängste
O Psychisches Wohlbefinden
P Interaktionelle Schwierigkeiten
Q Selbstwirksamkeit
R Aktivität und Partizipation
S Soziale Unterstützung
T Soziale Belastung

Volitionale Kompetenzen:

VCQ:
U Impulskontrolle
V Stimmungsmanagement
W Zielbezog. Aufmerksamkeit
X Positive Selbstmotivierung

Abb. 1: Faktorenmuster der explorativen Faktorenanalyse

Eine durchgeführte Varimax-Rotation änderte nichts Wesentliches am oben dargestellten Zusammenhangsmuster. Ebenso ergaben sich bei separater Auswertung der oben genannten diagnostischen Gruppierungen fast identische Zusammenhangsmuster.

Diskussion

Als Ergebnis der durchgeführten Faktorenanalyse fallen drei Merkmalscluster auf, die sich entlang zweier Faktoren ansiedeln. Das erste Cluster umfasst alle Variablen der Rehabilitationsbeurteilung, das zweite Cluster beinhaltet den ADS sowie alle Variablen des Health-49 Fragebogens, das letzte Cluster die vier Variablen des Volitionsfragebogens (VCQ). Die Cluster zwei und drei liegen sehr eng an einem Faktor, die unterschiedliche Lage erklärt sich durch die unterschiedliche Itempolung der Fragebögen. Die beiden sich ergebenden Faktoren spiegeln also zum einen die "objektiven" Veränderungsmessungen, zum anderen die "subjektiven" Einschätzungen bzw. Beurteilungen wider. Offensichtlich haben die beiden Methoden der Rehabilitationsbeurteilung qualitativ einen unterschiedlichen und dabei sogar unabhängigen Informationswert.

Die gewählte faktorenanalytische Auswertungsstrategie betont im Ergebnis die Unterschiedlichkeit der einbezogenen Maße. Allerdings ist die Varianzaufklärung nicht vollständig. Es ist davon auszugehen, dass sich bei einer korrelativ angelegten Auswertung in Teilbereichen der Fragen und in Patientensubgruppen trotz einer grundsätzlichen Unabhängigkeit der Beurteilungsmethoden dennoch Zusammenhänge aufzeigen lassen würden. Diese waren jedoch nicht Teil der Fragestellung.

Schlussfolgerung, Ausblick

Eine gegenseitige Abhängigkeit des "objektiven" Rehabilitationserfolgs mit der "subjektiven" Bewertung der Rahmenbedingungen der Rehabilitation scheint nicht vorzuliegen. Dadurch wird der Wert der einzelnen Bereiche für eine differentielle Rehabilitationsbeurteilung unterstrichen.

Literatur

Forstmeier, S., Rüddel, H. (2008): Measuring volitional competences: Psychometric properties of a short form of the Volitional Components Questionnaire (VCQ) in a clinical sample. Open Psychology Journal, 1. 66-77.

Jacobson, N.S., Truax, P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59. 12-19.

Kuhl, J., Fuhrmann, A. (1998): Decomposing self-regulation and self-control: the volitional components inventory. In: Heckhausen, J., Dweck, C.S. (Hrsg.): Motivation and Selfregulation across the Life Span. Cambridge: Cambridge University Press. 15-49.

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.

Unterschiede in der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit von abhängigkeitserkrankten Rehabilitanden mit und ohne muskuloskeletale Erkrankungen

Kasten, Y. (1), Bethge, M. (1), Sieveking, C.F. (2), Spyra, K. (1)

(1) Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin,

(2) Paracelsus Wiehengebirgsklinik, Bad Essen - Hüsede

Hintergrund und Fragestellung

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen existiert häufig eine Vielzahl von Komorbiditäten. Diese beziehen sich nicht nur auf psychische, sondern auch auf somatische Erkrankungen, wie beispielsweise muskuloskeletale Erkrankungen (MSE) (DRV, 2010). Insbesondere die Wechselwirkung von Abhängigkeit und MSE kann zu schwereren Verläufen beider Erkrankungen führen (Brennan et al., 2005; Miller Smedema et al., 2010). Unklar ist jedoch, ob muskuloskeletale Begleiterkrankungen bei alkoholabhängigen Rehabilitanden auch ein zusätzliches Risiko für die Erwerbsfähigkeit und den beruflichen Wiedereingliederungsprozess nach einer medizinischen Rehabilitation darstellen.

Die vorgestellten Analysen sollten daher prüfen, ob sich die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit von abhängigkeitserkrankten Patienten mit und ohne MSE voneinander unterscheidet.

Methode

Die Datenbasis für die Untersuchung bildeten die Reha-Entlassungsberichte des Entlassungsjahrgangs 2009 der Paracelsus Wiehengebirgsklinik. Eingeschlossen wurden Patienten, deren Rehabilitationsträger die Deutsche Rentenversicherung war, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und deren Rehabilitationsdauer mindestens 21 Tage betrug. Der Einfluss zusätzlicher muskuloskeletaler Erkrankungen auf die quantitative und qualitative Einschätzung der Leistungsfähigkeit von abhängigkeitserkrankten Patienten wurde mittels logistischer Regressionen überprüft (Kleinbaum, Klein, 2002).

Ergebnisse

Die Analysestichprobe umfasste 351 Rehabilitanden. Das mittlere Alter betrug 45,8 Jahre (SD = 8,2), 42,2 % waren Frauen. Bei etwa einem Viertel (23,6 %) dieser Patienten wurde eine zusätzliche MSE diagnostiziert. Gut die Hälfte (50,6 %) dieser Erkrankungen waren chronische Rückenschmerzen. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigen, dass die quantitative Leistungsfähigkeit bei Patienten mit MSE in Bezug auf ihre letzte ausgeübte Tätigkeit signifikant häufiger unter 6 Stunden lag als bei Patienten ohne MSE (OR = 2,2; 95 % KI: 1,1 bis 4,5; p = 0,024). Auch bezüglich einer anderen (evtl. leichteren) Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt war die Chance einer ungünstigen Prognose für Patienten mit

MSE knapp zweimal höher. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant (OR = 1,9; 95 % KI: 0,8 bis 3,7; p = 0,122).

Bei der Einschätzung der qualitativen Leistungsfähigkeit zeigten sich Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen noch deutlicher. Im Rahmen des positiven Leistungsvermögens erhöhte eine MSE die Chance für weitere Einschränkungen bei der körperlichen Arbeitsschwere und der Arbeitshaltung (Stehen, Sitzen, Gehen) um das 2- bis 3fache. Darüber hinaus war die Chance weiterer wesentlicher Einschränkungen im positiven Leistungsbild für Patienten mit MSE ebenfalls deutlich erhöht (OR = 3,8; 95 % KI: 2,2 bis 6,6; p = 0,001). Diese waren vor allem auf die weiter bestehenden Einschränkungen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates zurückzuführen, so hatten Patienten mit MSE eine etwa 14-mal höhere Chance für andauernde Einschränkungen im Haltungs- und Bewegungsapparat (OR = 14,7; 95 % KI: 6,5 bis 32,8; p = 0,001). Die zusätzliche Adjustierung der Parameterschätzer für Alter und Geschlecht verringerte die Effektschätzer nur geringfügig. Die Variable Alter scheint insbesondere für die Einschätzung der quantitativen Leistungsfähigkeit einen hohen Erklärungswert aufzuweisen.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Analysen deuten darauf hin, dass sich zusätzliche Beschwerden des Bewegungsapparates negativ auf den Rehabilitationserfolg abhängigkeitserkrankter Patienten auswirken und häufiger zu einer schlechteren quantitativen und qualitativen Leistungseinschätzung führen. Eine ungünstige sozialmedizinische Leistungseinschätzung verringert die Chance für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung. Die Konzeption und Umsetzung zukünftiger Rehabilitationsprogramme sollte daher auf die Behandlung beider Erkrankungen ausgerichtet sein.

Literatur

Brennan, P.L., Schutte, K.K., Moos, R.H. (2005): Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. Addiction, 100 (6). 777-786.

Deutsche Rentenversicherung (2010): Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen. Stand: 24.04.2010. www.deutsche-rentenversicherung.de

Kleinbaum, D.G., Klein, M. (2002): Logistic Regression. A self-learning text. New York, Springer.

Miller Smedema, S., Ebener, D. (2010): Substance abuse and psychosocial adaption to physical disability: analysis of the literature and future directions. Disability and Rehabilitation, 32 (16). 1311-1319.

Wie bewerten Abhängigkeitserkrankte das Modell der Reha-Fallbegleitung?

Kainz, B. (1), Glattacker, M. (1), Wenzel, D. (4), Schröder, A. (4), Hoffmann, S. (3), Kulick, B. (3), Jäckel, W.H. (1,2)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) Hochrhein-Institut und Reha-Klinikum Bad Säckingen,
(3) Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz,
(4) Universität Koblenz-Landau, Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Intervention

Hintergrund und Fragestellung

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit der stationären Entwöhnungsbehandlungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen zeigen bei den insgesamt guten Ergebnissen, dass nach der Rehabilitationsleistung die Gefahr des Rückfalls besteht, wobei sich 83,6 % aller Rückfälle innerhalb der ersten sechs Monate nach Behandlungsende ereignen (Missel, 2010). Ein hoher Anteil der Versicherten nimmt nach einem Rückfall an einer weiteren Entwöhnungsbehandlung teil. Behandlungswiederholer, insbesondere arbeitslose Mehrfachwiederholer, weisen jedoch eine überproportional hohe Rückfallquote (75 %) auf und bedürfen deshalb besonderer Unterstützung (Henkel, 2004).

Aus diesem Grund hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz für diese Hochrisikogruppe das Modellprojekt "Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen" (RFB) initiiert. Den Teilnehmern der Maßnahme steht vom Zeitpunkt der Antragsbewilligung bis ca. ½ Jahr nach Abschluss der stationären Rehabilitation ein Reha-Fallbegleiter zur Seite. Vorrangiges Ziel nach SGB IX besteht darin, die rehabilitativen Strukturen an den Belangen der Abhängigkeitserkrankten auszurichten, das Schnittstellenmanagement zu intensivieren und die Nachhaltigkeit der Rehabilitation im Hinblick auf den Erhalt der Abstinenz und die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern (Kulick, 2009). Das Modellprojekt wird mit einem kombinierten quantitativen und qualitativen Studiendesign evaluiert. Im vorliegenden Beitrag wird die Bewertung des Modellvorhabens aus Sicht der Teilnehmer vorgestellt.

Methode

Die Erhebung erfolgte postalisch mit einem spezifisch auf das Projekt zugeschnittenen Fragebogen[*], Messzeitpunkt war Ende der Reha-Fallbegleitung. Der Fragebogen umfasst Items zur Bewertung von Dauer und Umfang der Maßnahme, zur Unterstützung durch die Reha-Fallbegleiter, zu den durchgeführten Maßnahmen auf den Zieldimensionen Abstinenz, Integration ins Erwerbsleben und Anbindung an das Hilfesystem vor Ort sowie eine Gesamtbewertung der Maßnahme im Hinblick auf den Erfolg. Die Items wurden auf einer mehrstufigen Likertskala mit der zusätzlichen Antwortkategorie "trifft nicht zu" bewertet.

Eingeschlossen wurden Teilnehmer, die im Zeitraum vom 01.02.2008 bis zum 15.01.2010 einen Vertrag zur Reha-Fallbegleitung abgeschlossen haben.

---

[*] In Anlehnung an "Entlassfragebogen" (2005). AHG-Wissenschaftsrat Düsseldorf und an die "Katamnese Sucht 2008", Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007), Düsseldorf.

Stichprobenbeschreibung und Ergebnisse

Von 472 Versicherten, die die Einschlusskriterien für eine Reha-Fallbegleitung erfüllen, haben 313 (66 %) eine Vereinbarung zur Reha-Fallbegleitung abgeschlossen. Davon sind 95 % "Therapiewiederholer" (58 % drogenabhängig, 42 % alkoholabhängig), 89 % Männer, das Durchschnittsalter liegt bei 36 Jahren. Von den 168 Teilnehmern der wissenschaftlichen Begleitung haben 85 (51 %) den Fragebogen zur Bewertung der Fallbegleitung zurückgeschickt. Die Teilnehmer wurden im Anschluss an ihre Rehabilitation durchschnittlich 6,6 Monate von einem Reha-Fallbegleiter betreut. Diesen Zeitraum halten die Befragten für überwiegend angemessen (67,5 %) und sind mit der Anzahl der Kontakte (sehr) zufrieden (85,5 %).

Mit dem Gesamterfolg der Reha-Fallbegleitung sind die Teilnehmer zu über 70 % (sehr) zufrieden (Alk 73,3 %; Droge 77,1 %). Auf den Dimensionen Erhalt der Abstinenz und Krisenbewältigung sind sowohl die alkohol- als auch drogenabhängigen Teilnehmer sehr zufrieden. Auch die Unterstützung und die Maßnahmen bezüglich der Kooperation und Vernetzung mit poststationären Hilfsangeboten vor Ort, wie Selbsthilfegruppen, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen oder der Arbeitsagentur werden von den Teilnehmern positiv bewertet. Nicht ganz so gut werden, insbesondere von den drogenabhängigen Teilnehmern, die Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung eingestuft (Tab. 1 und 2).

Die Reha-Fallbegleiter werden insgesamt als sehr kompetent wahrgenommen (92,6 %). Unzufrieden sind die Teilnehmer jedoch mit der Weiterführung der Kontakte im Vertretungsfall (27,5 %).

	Alkoholabhängige			**Drogenabhängige**		
	Bewertet von	sehr zufrieden / zufrieden		Bewertet von	sehr zufrieden / zufrieden	
	n	n	%	n	n	%
Mit der Unterstützung der RFB im Hinblick auf meine Abstinenz	30	24	80,0	48	36	75,0
Mit der Unterstützung der RFB im Hinblick auf mögliche Krisen nach Entlassung aus der Reha	29	24	82,2	44	35	79,5
Mit der Unterstützung der RFB im Hinblick auf meine Anbindung an ein Hilfesystem/an Nachsorge	27	23	85,2	43	33	76,7
Mit der Unterstützung der RFB im Hinblick auf meine Arbeitssituation	26	18	69,2	39	23	59,5

Tab. 1: Unterstützung der Teilnehmer durch die Reha-Fallbegleiter

	Alkoholabhängige			Drogenabhängige		
	Bewertet von	sehr gut / gut		Bewertet von	sehr gut / gut	
	n	n	%	n	n	%
Die Maßnahmen zum Erhalt meiner Abstinenz und zur Rückfallprävention während der RFB	30	24	80,0	46	30	65,2
Das Krisenmanagement durch die RFB	27	23	85,2	42	33	78,6
Die Kontaktaufnahme zu und die Abstimmung mit anderen Hilfsdiensten während der RFB	25	17	68,0	44	34	77,3
Die Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung durch die RFB	21	14	66,7	34	17	50,0

Tab. 2: Bewertung der durchgeführten Maßnahmen

Diskussion

Die Inanspruchnahme und die Bewertung der Teilnehmer belegen eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Modell der Reha-Fallbegleitung. Bei den Ergebnissen muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Stichprobe eine Selektion aus der Gesamtgruppe der Teilnehmer darstellt. Inwieweit Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung durch den kontinuierlichen Ausbau der Netzwerke und Kooperationen vor Ort noch weiter intensiviert werden können, muss vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklungen des Arbeitsmarktes diskutiert werden.

Literatur

Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2004b): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) - Teil III: Abstinenz und Rückfall in der 12-Monatskatamnese, Veränderungen im Katamneseverlauf, Unterschiede zwischen Rückfälligen und Abstinenten in der Aufnahme-, Entlass- und Katamnesediagnostik sowie zwischen Erst- und Wiederbehandelten. Sucht Aktuell, 2. 11-22.

Kulick, B. (2009): Innovative Elemente der Entwöhnungsbehandlung. Sucht Aktuell, 2. 5-11.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, F., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2010): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 1. 9-20.

Je mehr, desto besser? - Kann die Wirksamkeit eines pc-gestützten, neuropsychologischen Vermeidungstrainings bei Alkoholabhängigen durch eine Erhöhung der Trainingsdurchgänge gesteigert werden?

Lindenmeyer, J. (1), Eberl, C. (1), Pawelczak, S. (1), Becker, E. (2), Rinck, M. (2), Wiers, R. (3)

(1) salus klinik Lindow, (2) Universität Nijmegen, (3) Universität Amsterdam

Theoretischer Hintergrund und Fragestellung

In einem Forschungsprojekt der salus klinik Lindow und der Universität Nijmegen (Niederlande) konnte in einer randomisierten Kontrollstudie (n=224) nachgewiesen werden, dass Suchtgedächtniseffekte bei Alkoholabhängigen mit Hilfe eines PC-gestütztes Trainings von 4x15 Minuten nachhaltig günstig beeinflusst werden können (Wiers et al., 2010). Geprüft werden soll nunmehr, inwieweit dieser Trainingseffekt durch eine Erhöhung der Trainingsdurchgänge gesteigert werden kann.

Probanden

447 Alkoholabhängige in einer 3-monatigen, stationären Entwöhnungsbehandlung (salus klinik Lindow) 75,8 % Männer und 24,2 % Frauen, mittleres Alter 45,2 J., mittlere Dauer der Abhängigkeit: 12,8 Jahre.

Procedere

Die Probanden wurden zufallsbedingt auf eine Treatmentgruppe (Neuropsychologisches Kontrolltraining, NKT), und eine Kontrollgruppe (kein Training) verteilt. Das Computertraining (NKT) umfasste diesmal jeweils 12 Sitzungen à 15 Minuten mit jeweils 220 Trainingsdurchgängen. Die Probanden haben die Aufgabe, Bilder von alkoholischen Getränken auf dem Bildschirm mit Hilfe eines Joysticks möglichst schnell wegdrücken und nicht-alkoholische Getränke möglichst rasch zu sich heranziehen. Die kurzfristigen Trainingseffekte wurden durch die veränderten Reaktionszeiten im Verlauf jeder Trainingseinheit gemessen. Zur Ermittlung der langfristigen Trainingseffekte wurde bei allen Patienten eine 1-Jahres Katamnese entsprechend den Standards der DG-Sucht durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt verkürzen sich die Reaktionszeiten der Teilnehmer entsprechend einer typischen, negativ beschleunigten Lernkurve. Ab der 5. Trainingseinheit zeigte sich ein stabiler Lerneffekt in die intendierte Richtung, dass nunmehr Alkohol schneller weggedrückt als herangezogen wird. Mit der 7. Trainingseinheit ist kein weiterer Trainingsgewinn mehr zu verzeichnen. In der 1-Jahrestaktamnese konnte die Wirksamkeit des Computertrainings erfolgreich repliziert werden: Die Trainingsgruppe zeigte eine signifikant erhöhte Abstinenzquote nach DGSS 4 um 9,1 %. Erstmals fanden sich Hinweise darauf, welche Patienten besonders gut von dem Trainingsprogramm profitieren.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass 6 Trainingseinheiten á 15 Minuten die optimale Dauer des Computertrainings darstellen. Die erfolgreiche Replikation der langfristigen Steigerung der Abstinenzquote in einer 2. Studie an einer großen Patientengruppe deutet darauf

hin, dass implizite Trainingsverfahren eine ökonomische Möglichkeit darstellen, die Wirksamkeit von stationärer Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen zu steigern. Es deutet sich außerdem an, dass besonders jene Patienten von dem Computertraining profitieren, die üblicherweise in der Entwöhnungsbehandlung eher schlechter abschneiden. In weiteren Abschnitten des Forschungsprojekts sollen Möglichkeiten einer gezielten Indikationsstellung für die Trainingsteilnahme in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen mit Hilfe einer erweiterten Eingangsdiagnostik untersucht werden. Außerdem werden Versuche unternommen, die Wirksamkeit des Trainingsprogramms durch die Hinzuziehung von weiteren Trainingsaufgaben (z. B. implizites Aufmerksamkeitstraining) zu steigern.

Literatur

Wiers, R., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E.S., Lindenmeyer, J. (2011): Re-training automatic action tendencies changes alcoholic patient's approach bias for alcohol and improves treatment outcome. Psychological science. in press.

Suchtartige Internetnutzung als komorbide Störung bei Patientinnen und Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

Müller, K.W. (1), Dickenhorst, U. (2), Medenwaldt, J. (3), Wölfling, K. (1), Koch, A. (4)

(1) Grüsser-Sinopoli-Ambulanz für Spielsucht, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, (2) LWL-Klinik Bernhard-Salzmann-Klinik, Gütersloh, (3) Redline Data GmbH, Ahrensbök, (4) Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. ("buss"), Kassel

Hintergrund

Zunehmend sind Fälle von Betroffenen zu verzeichnen, die wegen exzessiver Nutzung von Internetangeboten im Suchthilfesystem vorstellig werden (vgl. Wessel et al., 2009). Das internetbezogene Verhalten erfüllt in vielen Fällen Kernsymptome einer (stoffungebundenen) Abhängigkeitserkrankung und wird mittlerweile zunehmend unter der Bezeichnung "Internetsucht" diskutiert. Obgleich suchtartige Internetnutzung derzeit noch nicht als eigenständiges Störungsbild anerkannt ist, deutet Vieles darauf hin, dass "Internet Addiction" in der bevorstehenden Revision des DSM als Forschungsdiagnose aufgeführt wird (Holden, 2010). Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass die Prävalenz von Internetsucht in der Allgemeinbevölkerung auf ca. 2-3 % zu schätzen ist (Müller, Wölfling, 2010). Unklar ist jedoch, wie häufig Internetsucht als komorbide Erkrankung bei einer primär diagnostizierten stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung auftritt. Auf theoretischer Ebene wird angenommen, dass auf Grund zahlreicher Parallelen zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Abhängigkeitserkrankungen (vgl. z. B. Ko et al., 2005; Müller, Wölfling, 2010) eine Häufung der Prävalenz der Internetsucht bei Patienten mit einer anderen Abhängigkeitserkrankung zu erwarten ist. In Zusammenarbeit zwischen dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. ("buss") und der Grüsser-Sinopoli-Ambulanz für Spielsucht (Universitätsmedizin Mainz) wurde zur Beantwortung dieser Frage erstmalig im deutschen

Sprachraum eine standardisierte Untersuchung durchgeführt, in der Patienten der stationären Suchtrehabilitation gezielt auf komorbide Internetsucht untersucht wurden.

Methodik

In einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Erhebung in 15 stationären Rehabilitationseinrichtungen des ‚buss' wurde innerhalb von sechs Monaten eine Fragebogenerhebung an 1.826 Aufnahmepatienten durchgeführt.

Formulierte Untersuchungshypothesen lauteten, dass (1) unter Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose eine Häufung von Internetsucht feststellbar ist (2) Patienten mit komorbider Internetsucht hinsichtlich klinischer Symptombelastung (Depressivität) und subklinischer Variablen (Persönlichkeitsmerkmale, Copingstrategien) distinkte Charakteristika aufweisen.

Zur Bestimmung der Prävalenz von Internetsucht wurde die Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSV-S; Wölfling et al., 2010) eingesetzt. Die psychopathologische Symptombelastung wurde mittels der Symptomcheckliste 90R (SCL-90R) und des Becks Depressionsinventars (BDI-II) bestimmt. Zur weiteren Charakterisierung der Stichprobe kamen das Neo-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI), sowie zwei Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Stressvulnerabilität (Perceived Stress Scale) und Copingstrategien (Brief-Cope) zum Einsatz. Darüber hinaus erfolgte die weitere Auswertung auf der Grundlage des Deutschen Kerndatensatzes.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass 4,1 % der untersuchten Patienten, neben der initialen Abhängigkeitsdiagnose, die Kriterien einer Internetsucht erfüllen. Bei den Patienten handelt es sich vorwiegend um männliche Betroffene des jungen bis mittleren Erwachsenenalters. Am häufigsten (suchtartig) genutzte Internetanwendungen beziehen sich auf Computerspiele und Social Networks. Eine komorbide Internetsucht findet sich signifikant häufiger unter Patienten mit der primären Diagnose einer Cannabisabhängigkeit und Pathologischem Glücksspiel. Höchste Symptombelastungen sind im Bereich Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Zwanghaftigkeit feststellbar, die Globale Symptombelastung der Patienten liegt bei 0,95 (SD = 0,58). Knapp die Hälfte der Patienten (51,4 %) mit komorbider Internetsucht überschreitet im BDI-II den Cutoff für eine klinisch relevante Depression. Auf subklinischer Ebene zeigt sich eine hohe Vergleichbarkeit zu bisherigen Befunden zur Persönlichkeitsstruktur von Internetsüchtigen (hoher Neurotizismus und Introversion) und zu Stressbewältigungsstrategien (vornehmlich dysfunktionale Copingstrategien).

Ausblick

Unter Patienten der stationären Suchtrehabilitation ist die Auftretenshäufigkeit einer komorbiden Internetabhängigkeit häufiger als in der gesunden Normalbevölkerung. Dabei scheint insbesondere eine Subgruppe von jungen Erwachsenen mit missbräuchlichem oder abhängigem Marihuanakonsum bzw. Pathologische Glücksspieler eine spezielle Risikogruppe darzustellen. Ob die gefundenen klinischen und subklinischen Charakteristika (Symptombelastung, Persönlichkeit) als für Patienten mit komorbider Internetsucht spezifisch angesehen werden können, wird derzeit über die nachträgliche Erhebung einer Kontrollgruppe überprüft.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass es von therapeutischer Relevanz sein kann, jüngere Patientenkollektive mit einer F10-Diagnose bzw. mit der Diagnose Pathologisches Glücksspiel zusätzlich auf das Vorliegen einer Verhaltenssucht hin zu diagnostizieren und gegebenenfalls spezifische (indikative) Therapieangebote für diese Patientensubgruppe bereit zu stellen. Solche Angebote können eine erste Thematisierung der Internetnutzung in Einzelgesprächen beinhalten oder konkrete Maßnahmen (Psychoedukation, medienpädagogische Angebote) umfassen.

Literatur

Holden, C. (2010): Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. Science, 327. 935.

Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chen, C.-C., Chen, S.-H., Yen, C.-F. (2005): Proposed Diagnostic Criteria of Internet Addiction for Adolescents. Journal of Nervous and Mental Disease, 193. 728-733.

Müller, K.W., Wölfling, K. (2010): Pathologische Computerspiel- und Internetnutzung - Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Phänomenologie, Epidemiologie, Diagnostik und Komorbidität. Suchtmedizin, 12. 45-55.

Wessel, T., Müller, K.W., Wölfling, K. (2009): Computerspielsucht: Erste Fallzahlen aus der Suchtkrankenhilfe. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland. 153-158.

Wölfling, K., Müller, K.W., Beutel, M.E. (2010): Reliabilität und Validität der Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S). Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, [epub ahead of print].

Aktuelle Analysen zu Verläufen, Komorbidität und Behandlung bei Suchterkrankungen auf Datenbasis einer Krankenkasse

Marschall, U., Wolik, A., Sievers, Ch.
BARMER GEK, Wuppertal

Einleitung

Bundesweit sind 2,4 % der Bevölkerung alkoholabhängig und 3,8 % betreiben Alkoholmissbrauch. Nicht nur die Zunahme der stationären Krankenhausbehandlungen steigert die Gesamtkostenentwicklung von alkoholbezogenen Störungen.

Allein in Deutschland entstehen dadurch Kosten von 24,4 Mrd. Euro. Dies entspricht 1,16 % des deutschen Bruttosozialprodukts im Jahr 2002.

Bezogen auf Erwachsene im Alter von 18 bis 65 Jahren ergeben sich nach Berücksichtigung der Steuereinnahmen durch den Alkoholverkauf durchschnittliche Nettokosten aufgrund von Alkoholstörungen von 316 Euro pro Kopf der Bevölkerung.

In Kenntnis dieser Situation wird auf unterschiedlichen Ebenen eine lebhafte Diskussion um Einsparmöglichkeiten bei der Behandlung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen geführt. Dabei soll die medizinische Behandlungsqualität mindestens gleich bleiben, besser noch gesteigert werden. Um dies zu realisieren, und dabei die Gesamtkosten zu vermindern, wird ein verbessertes Schnittstellenmanagement beim Übergang der Patienten zwischen den Behandlungssektoren gefordert.

Konkrete Daten aus der Versorgungsrealität, die die Patientenwege zwischen dem ambulanten und stationären Behandlungssektor in der Akutversorgung, sowie den Übergang in die Rehabilitationsbehandlung, was in Deutschland mit dem Wechsel des Kostenträgers verbunden ist, aufzeigen, liegen nur in geringem Maß vor.

Die bei den Kostenträgern vorhandenen Abrechnungsdaten bilden mit Einschränkungen diese Versorgungswege ab. Ausgewählte Aspekte der Versorgungswege von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen werden näher beleuchtet.

Material und Methode

Die Analysen basieren auf Abrechnungsdaten der BARMER vor der Fusion mit der GEK. Unter ca. 7 Millionen Versicherten wurde bei 123.135 Versicherten in den Jahren 2005 bis 2007 mindestens einmal in der ambulanten Versorgung die Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" gestellt und mit dem ICD-Code F10 versehen. Die so identifizierten Versicherten bilden die Ausgangsgruppe für alle weiteren Analysen, bei denen spezifische Aspekte wie Krankenhauseinweisungen oder Komorbiditäten beleuchtet werden.

Da auch Behandlungswege innerhalb des Versorgungssystems dargestellt werden, variiert die Zahl der Betroffenen je nach dargestelltem Aspekt.

Ergebnisse

Alkoholabhängigkeit und Komorbidität:
Die Alkoholabhängigkeit ist mit weiteren psychischen Begleiterkrankungen vergesellschaftet. Die Analyse von 123.135 Versicherten zeigt, dass bei der Hälfte aller behandelten Patienten (50 %) zusätzlich eine Depression diagnostiziert wird. Angststörungen treten bei 20 % der betrachteten Versicherten auf, fast gleich viele Versicherten - hier 21 % - weisen auch einen Nikotinabusus auf. Neben der Alkoholerkrankung wird bei 12 % noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Alkoholabhängigkeit und Krankenhausbehandlung:
Gerade unter ökonomischen Gesichtspunkten steht die stationäre Krankenhausbehandlung im Fokus; denn die Hauptausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch stationäre Behandlungskosten.

Von den 123.135 Versicherten, bei denen in den Jahren 2005 bis 2007 im ambulanten Bereich eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wurde, mussten sich im darauffolgenden Jahr 2008 insgesamt 64.154 Personen einer stationären Krankenhausbehandlung unterziehen. Das heißt, jeder zweite Patient mit einer Alkoholerkrankung wird wegen unterschiedlicher Erkrankungen stationär behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer über alle Krankenhausbehandlungen betrug 10,2 Tage. Insgesamt wurden bei diesen Patienten 1.052 unterschiedliche Diagnosen (Hauptentlassungsdiagnosen) gestellt. Dabei ist auffällig, dass 1.039 unterschiedliche Diagnosen weniger als 1 % der Patienten betreffen. Diese Vielzahl der gestellten Diagnosen spiegelt die Multimorbidität der Patienten mit Alkoholerkrankungen wider. Die im Jahr 2008 entstandenen stationären Behandlungskosten beliefen sich insgesamt auf 232 Millionen Euro, die durchschnittlichen Fallkosten betrugen 3.126 Euro.

Rehabilitationsbehandlungen nach vorheriger Krankenhausbehandlung:
Von den 4.977 Personen, die im Jahr 2008 wegen Alkoholintoxikation und Alkoholentzug stationär behandelt wurden, erhielten insgesamt 1181 Patienten eine Rehabilitationsbehandlung. 139 Betroffene wurden wegen Alkoholabhängigkeit behandelt. Nach Abschluss dieser Behandlung erfolgte bei 45 % dieser Patienten (67 Personen) ein erneuter stationärer Krankenhausaufenthalt, 20 % (30 Personen) wurden zwei Mal und knapp 9 % (13 Personen) drei Mal erneut im Krankenhaus behandelt. Neun Patienten wurden mehr als sieben Mal erneut stationär aufgenommen. Am häufigsten waren 11 stationäre Krankenhausbehandlungen nach erfolgter Rehabilitationsbehandlung zur Entwöhnungsbehandlung.

Fazit

Die Ergebnisse spiegeln die Schnittstellenproblematik in der Suchtbehandlung wider. Um erneute stationäre Krankenhausbehandlungen, und damit den Drehtüreffekt zu verringern, müssen Behandlungskonzepte entwickelt werden, die eine enge Verzahnung der Versorgungssektoren sicher stellen. Nur so kann die Behandlungsqualität gesteigert werden. Zudem ist damit eine effektive Nutzung der vorhandenen finanziellen Ressourcen gewährleistet.

Literatur

Coder, B. (Hrsg.) (2009): Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Jahrbuch Sucht 2009. Neuland: Geesthacht. 21-50.

Pabst, A. (2008): Alkoholkonsum, Alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht, 54, Sonderheft 1. 36-46.

Nachhaltiger Rehabilitationserfolg durch Integration von Entgiftung und Entwöhnung als stationäre Kombi-Leistung

Missel, P. (1), Bahl, H.-J. (2), Knufinke, R. (2), Kirchner, P. (2)

(1) AHG Kliniken Daun Am Rosenberg, Daun,

(2) Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum

Hintergrund und Zielsetzung

Zur integrierten stationären Behandlung Abhängigkeitskranker (ISBA) haben die DRV Knappschaft-Bahn-See und die AHG Kliniken Daun gemeinsam eine Konzeption für eine sowohl die Entgiftungs- als auch die Entwöhnungsphase umfassende stationäre Kombi-Leistung entwickelt (Klein et al., 2004, 2006). Die stationäre Kombi-Leistung stellt eine Entwöhnungsbehandlung mit der Möglichkeit zur Durchführung einer integrierten Entgiftung als sektorenübergreifende Behandlung dar. Das Programm richtet sich an Patienten, für die ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen gestellt wird. Das Programm wurde als Modellprojekt evaluiert und ist inzwischen als Regelbehandlung implementiert (Missel et al., 2009; Missel, 2010).

Zielsetzung

Übergreifende Zielsetzung der Evaluation der stationären Kombinationsbehandlung ISBA ist der Nachweis der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges für Alkohol- und Medikamentenabhängige Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei integrierter Entgiftung.

Ziele der stationären Kombi-Leistung sind dabei u. a.:

- nahtloser Übergang von der Entgiftungs- zur Entwöhnungsphase
- Verringerung der Nichtantrittsquote
- Vermeidung von Mehrfachentgiftungen
- Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Abbau von Schnittstellen zwischen Akut- und rehabilitativen Versorgungssektoren
- Nachweis der entsprechenden Ergebnisqualität.

Methodik und Ergebnisse

Zum Einsatz kamen u. a. die Basisdokumentation Sucht sowie die Katamnese Sucht im Rahmen einer Routine-1-Jahres-Katamnese. Die Ergebnisevaluation umfasst Ergebnisse

zum Aufnahmestatus, zur integrierten Entgiftungsphase, zum Behandlungsverlauf und zum Entlassstatus, katamnestische Ergebnisse und die Darstellung von Einsparungseffekten.

Ergebnisse

Ein erstes Ergebnisscreening für den Zeitraum vom 01.01.2003 bis 31.12.2007 (n = 246 gemäß ISBA-Konzept behandelte Patienten vs. n = 790 ansonsten in den AHG Kliniken Daun behandelten abhängigkeitskranken Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) zeigte für die ISBA-Stichprobe nachfolgende Ergebnisse:

durchschnittliche Dauer der integrierten Entgiftungsphase 7,1 Tage (-), kein Suchtmittelkonsum während der Behandlung 92,3 % (89,5 %), arbeitsfähig bei Entlassung 92,7 % (81,8 %), planmäßige Entlassung 93,5 % (82,0 %), Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen 97,9 Tage (96,7 Tage), katamnestische Erfolgsquote nach DGSS 1 76,6 % (73,8 %) und nach DGSS 4 51,6 % (47,5 %) (Missel, Schneider et al., 2010).

Der Gesamteinsparungseffekt bei Entgiftungsbehandlungen in der Rehabilitationsfachklinik wird für die GKV je Behandlungsfall auf mehr als 11.000 € geschätzt.

In der vorliegenden Ergebnisdarstellung wird eine differenzierte Evaluation der vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2009 gemäß ISBA-Konzept behandelten Patienten (n = 320) vorgestellt.

Diskussion und Ausblick

Das sektorenübergreifende Behandlungsmodell für Alkohol- und Medikamentenabhängige zeigt, dass die Nichtantrittsquote zur stationären medizinischen Rehabilitation <1 % beträgt (Befragung 2010 nach FVS e.V./buss: 19,1 % bei stationärer Rehabilitation Alkoholabhängiger).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gleichzeitige Entgiftung und Entwöhnung in einer Rehabilitationsfachklinik bei hohen Haltequoten und kurzer Entgiftungsphase erfolgreich ist, eine deutliche Kostenersparnis ergibt, nachhaltige Rehabilitationseffekte zeigt und durch das Behandlungsmodul patientenfreundlich Sektorengrenzen überwunden werden können.

Literatur

Klein, W., Missel, P., Roeb-Rienas, W. (2004): Die "Integrierte stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker (ISBA)". In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.). Sucht macht krank! von der Akutmedizin zum Disease-Management. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Bd. 27. Bonn. 283-298.

Klein, W., Knufinke, R., Missel, P., Roeb-Rienas, W. (2006): Ergebnisevaluation zur integrierten stationären Behandlung Abhängigkeitskranker. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Integrierte Versorgung. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Bd. 29. Bonn. 105-128.

Missel, P. (2010): Verbesserung der Behandlungsqualität und Einsparungseffekte durch integrierte Entgiftung und Entwöhnung als stationäre Kombi-Leistung. Vortrag auf dem 23. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.. 15.06.2010.

Missel, P., Kirchner, P., Knufinke, R., Schneider, B., Bergemann, N. (2009): Integrierte Stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker (ISBA) - Entwöhnungsbehandlung mit der Möglichkeit zur Durchführung integrierter Entgiftung. Suchttherapie S1. 16.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B. Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2010): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 17/1. 9-16.

Wirkfaktor Wohnort: Empirische Befunde zu Reha-Verlauf und -Erfolg von stationären medizinischen Reha-Maßnahmen bei PatientInnen mit Abhängigkeitsstörungen

Funke, W. (1), Missel, P. (2)

(1) Kliniken Wied, (2) AHG Kliniken Daun Am Rosenberg, Daun

Fragestellung

Während in der ambulanten medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen eine Zumutbarkeitsgrenze für tägliche Fahrtstrecken einsichtig ist, spielt die Entfernung der Rehabilitationseinrichtung vom Wohnort bei der stationären Behandlung eine eher untergeordnete Rolle. Fachlich stärker ins Gewicht fallen Begründungen für die Wahl einer Einrichtung wie: Einbeziehung eines sozialen, stützenden Netzwerks auf der einen und Schutz vor den Einflussfaktoren eines eher pathogenen, destruktiven und die Behandlungsfortschritte negativ beeinflussenden sozialen Umfelds bei der Aufrechterhaltung der Abhängigkeitsstörung auf der anderen Seite (Funke, Missel, 2009; Missel, Funke, 2009). Als entscheidend für die selektive Indikation sehen ExpertInnen eher die fachliche Angemessenheit, Differenziertheit und Flexibilität eines empirisch fundierten Behandlungskonzepts einer Einrichtung sowie eine ausreichend differenzierte personelle Struktur auf der Behandlerseite als Gütekriterien für die Wahl einer geeigneten Einrichtung an als die Entfernung vom Wohnort. Dennoch sollte auch eine solche Frage empirisch angegangen werden.

Stichprobe und Methoden

In der vorliegenden Studie beteiligen sich sechs Fachkliniken (AHG Kliniken Daun Am Rosenberg, Fachklinik Eußerthal, Fachklinik Fredeburg, Fachklinik Furth im Wald, Kliniken Wied und salus Klinik Friedrichsdorf) mit insgesamt n = 4.014 PatientInnen des Entlassjahrgangs 2007 (Missel et al., 2010) an der Überprüfung der Frage, inwieweit die Entfernung zwischen Wohnort und Reha-Ort bei den aufgrund einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme einen Einfluss auf ausgewählte Merkmale des Rehabilitationsprozesses hat (z. B. Art der Behandlungsbeendigung, katamnestische Erfolgsquote nach einem Jahr) und ob in der Patientenselektion Unterschiede in soziodemografischen und störungsspezifischen Variablen bei wohnortnaher (n_1 = 1.060), regionaler (n_2 = 796) oder wohnortferner (n_3 = 2.137) Behandlung zu verzeichnen sind. Eingesetzte Auswertungsmethoden sind Häufigkeitsanalysen auf Chi-Quadrat-Basis (Bortz, Döring, 2006) einschließlich der Konfigurationsfrequenzanalyse.

Ergebnisse

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die in ihrer Struktur und im Leistungsangebot vergleichbaren Kliniken eine bemerkenswerte Unterschiedlichkeit in den Patientenzahlen aus wohnortnaher, regionaler und wohnortferner Herkunft aufweisen (Einrichtungseffekt). Es zeigten sich ein Geschlechtseffekt als Trend ($Chi^2 = 5,3$; $p < 0,10$; Frauen eher wohnortnahe Behandlung, Männer eher regional oder wohnortfern) und ein Alterseffekt ($Chi^2 = 12,8$; $p < 0,5$; ältere PatientInnen eher wohnortnahe Behandlung). Keine statistisch signifikanten Befunde ergaben sich bezüglich der Merkmale Art der Maßnahmenbeendigung ($Chi^2 = 2,9$; $p > 0,10$; planmäßig/außerplanmäßig) und katamnestischer Erfolg ($Chi^2 = 4,2$; $p > 0,10$; abstinent nach einem Jahr ja/nein) in der klassischen Erfolgsschätzung (konservative Schätzung DGSS 4: 44,4 % Erfolg nach einem Jahr, n = 4.014). Eine Typenanalyse (Konfigurationsfrequenzanalyse KFA) über die Merkmale Geschlecht, Altersgruppe, Wohnortnähe, Entlassart und Katamneseerfolg zeigt interessante Konfigurationen, bei denen es sich lohnen dürfte, sie in der Weiterentwicklung der selektiven Indikationsstellung in zukünftigen Studien aufzugreifen.

Literatur

Bortz, J., Döring N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Funke, W., Missel, P. (2009): Gemeindenahe und gemeindeferne Behandlung: Empirische Hinweise zur Indikationsstellung. Sucht aktuell, 16 (2). 35-38.

Missel, P., Funke, W. (2009): Wirkfaktor Therapiemilieu: Indikationsstellung für gemeindenahe bzw. gemeindeferne Behandlung. Vortrag anlässlich des 22. Kongresses des Fachverbands Sucht in Heidelberg vom 15.-17.06.2009 im Forum 2 (Präsentation power point).

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2010): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 17 (1). 9-20.

Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK): Therapie-Orientierungs-Werte (TOW) für die stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung

Spyra, K. (1), Egner, U. (2), Köhn, S. (1), Lindenmeyer, J. (3), Missel, P. (4)

(1) Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (3) salus Klinik Lindow, (4) AHG Kliniken Daun Am Rosenberg, Daun

Hintergrund

An der Charité-Universitätsmedizin Berlin wurde das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) für die bedarfs- und leistungsbezogene Klassifikation von Rehabilitanden, darunter auch im Bereich der stationären Alkoholentwöhnung, entwickelt (Spyra et al., 2008). Die RMK beinhalten zum einen die Differenzierung von Patientenfallgruppen nach deren reha-relevantem Beeinträchtigungsprofil und zum anderen die Definition von entsprechenden Behandlungsanforderungen.

Bisher konnten auf Basis eines RMK-Assessments in zwei unabhängigen Stichproben (Datenerhebungen 2007/08 bzw. 2009)* jeweils vier vergleichbare Bedarfsgruppen alkoholabhängiger Rehabilitanden statistisch abgeleitet werden (Spyra et al., eingereicht). Sie unterscheiden sich signifikant und klinisch plausibel im Profil ihrer substanzbezogenen, psychischen und sozialen Beeinträchtigung. Auch die bisher erbrachten therapeutischen Leistungen sind unterschiedlich, was im Sinne "impliziter Versorgungsstandards" gedeutet werden kann (Möllmann, Spyra, 2009). Allerdings gibt es große Streuungen zwischen den Kliniken, was u. a. darauf zurückzuführen ist, dass es bisher klinikübergreifend weder einheitliche Assessments für die Bedarfsdifferenzierung noch entsprechend definierte Leistungsanforderungen gab. Eine rein empirisch basierte Definition von Leistungsanforderungen birgt deshalb die Gefahr eines "Zirkelschlusses" (Lindenmeyer, 2010), d. h. einer Konservierung der derzeitigen Versorgungsstrukturen ohne explizite Berücksichtigung evidenzbasierter Erkenntnisse. Gleichzeitig liegen mit den von der Deutschen Rentenversicherung entwickelten "DRV-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit" (DRV Bund, 2010) erstmals klinikübergreifende Leistungsanforderungen vor, allerdings bisher nicht für Fallgruppen spezifiziert.

Zielstellung

Es sollten Orientierungswerte für die pro Bedarfsgruppe und evidenzbasiertem Therapiemodul (ETM) zu erbringenden therapeutischen Leistungsumfänge definiert werden. Diese sollten sowohl empirisch belastbar als auch evidenzbasiert und klinisch konsentiert sein. Sie sollten die Vorgaben der DRV-Therapiestandards zu Mindestumfängen und Anteilen der pro

* Das Projekt wurde 2007 von folgenden Unternehmen (Kliniken) gefördert: AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (AHG Kliniken Daun Am Rosenberg, AHG Kliniken Daun Thommener Höhe, AHG Klinik Wilhelmsheim, AHG Klinik Tönisstein), AKG Dr. S. Zwick GmbH und Co. KG (Fachklinik Fredeburg, Fachklinik Furth im Wald), Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss; LWL-Rehabiliationszentrum Ostwestfalen - Bernhard-Salzmann-Klinik, Fachklinik St. Marienstift-Dammer Berge), Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH (Paracelsus Berghofklinik), salus klinik Lindow, Haus Saaletal GmbH (Saaletalklinik), Klinik Eschenburg KG (Klinik Eschenburg).

Bedarfsgruppe und ETM zu erbringenden Leistungen differenzieren, gleichzeitig aber auch in der klinischen Praxis für die individuelle Therapiesteuerung einsetzbar sein.

Methodik

(1) Es wurde eine Zuordnung (experten- und evidenzbasiert) von relevanten Beeinträchtigungsmerkmalen aus dem RMK-Assessment zu den ETM vorgenommen, um fallbezogen entscheiden zu können, bei welcher Beeinträchtigung die Leistungen erbracht werden sollen. (2) Der pro ETM im Durchschnitt zu erbringende Leistungsumfang wurde unter Berücksichtigung der DRV-Mindestanforderungen sowie weiterer evidenzbasierter und klinischer Ergebnisse festgelegt. (3) Durch retrospektive Analyse des vorhandenen Datensatzes (n=1.500, 12 Kliniken) wurde geprüft, ob unter den modellierten Voraussetzungen die Anforderungen der DRV-Therapiestandards im Schnitt über alle Patienten erfüllt worden wären. Dabei wurde auch pro Bedarfsgruppe ermittelt, welche Mindestanteile pro ETM die entsprechenden Leistungsumfänge erhalten hätten. Die TOW wurden in mehreren Abstimmungsrunden mit Experten konsentiert.

Ergebnisse

Für die 4 Bedarfsgruppen alkoholabhängiger Patienten wurden Therapieorientierungswerte festgelegt. Sie enthalten pro ETM den empfohlenen Leistungsumfang sowie den zu erwartenden Anteil an Leistungsempfängern. Es wurde ein Algorithmus entwickelt, der für jeden Patienten unter Rückgriff auf seine Assessment-Ergebnisse eine individuelle Therapieempfehlung gibt. Die Bedarfsgruppen unterscheiden sich im Umfang und Profil der im Mittel erbrachten therapeutischen Leistungen. So erhalten bspw. Bedarfsgruppen mit hervorgehobener psychischer Beeinträchtigung mehr "Interventionen bei psychischer Komorbidität" (ETM 2) und Gruppen mit stärkerer sozialer Beeinträchtigung mehr "Leistungen zur Förderung der psychosozialen Kompetenz" (ETM 3).

Diskussion

Die TOW untersetzen die DRV-Therapiestandards, indem pro Bedarfsgruppe und ETM angegeben wird, welche Leistungsumfänge für welche Patientenanteile im Mittel zu erbringen sind. Sie ermöglichen damit die prospektive Abschätzung der durchschnittlich zu erwartenden Behandlungsanforderungen pro Bedarfsgruppe. Darüber hinaus sind sie für die individuelle Fallsteuerung geeignet, indem auf Basis der individuellen RMK-Assessment-Ergebnisse pro ETM ermittelt wird, ob eine entsprechende Leistung erbracht werden soll oder nicht. Dabei sind die TOW als Entscheidungsunterstützung für Behandler gedacht, nicht jedoch als "Therapeuten-Ersatz".

Ausblick

In einer Implementationsstudie sollen ab Januar 2011 die Praktikabilität und der Nutzen der RMK-Therapieorientierungswerte in der klinischen Praxis untersucht und die Werte ggf. modifiziert werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (2010): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit - Pilotversion. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin.

Lindenmeyer, J. (2010): Sinn und Unsinn von Fallgruppen in der Suchtrehabilitation. Sucht aktuell, 1. 30-35.

Möllmann, C., Spyra, K. (2009): Rehabilitanden-Management-Kategorien in der Sucht-Rehabilitation. Sucht aktuell, 1. 26-31.

Spyra, K., Müller-Fahrnow, W., Blume, C., Böttcher, J., Erhart, M., Streibelt, M. (2008): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMPs). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 80. 108-129.

Spyra, K., Köhn, S., Ammelburg, N., Schmidt, C. (eingereicht): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) - Ergebnisse aus der Entwicklungsphase und dem ersten klinischen Einsatz in der Suchtrehabilitation. Die Rehabilitation.

Reha-Therapiestandards und RMK-Therapieorientierungswerte als Leistungsanforderungen für die Rehabilitation Alkoholabhängiger - Wie passt das zu den Personalanforderungen der Deutschen Rentenversicherung?

Vorsatz, N.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Deutsche Rentenversicherung führt seit rund 15 Jahren ein umfassendes Reha-Qualitätssicherungsprogramm mit verschiedenen Instrumenten durch, um sicherzustellen, dass medizinische Rehabilitation im Auftrag der Rentenversicherung auf qualitativ hohem Niveau erbracht wird (Klosterhuis, 2010). Einen Baustein der Qualitätssicherung stellen Anforderungen an die Leistungserbringer dar, die das erwartete Niveau der Reha-Leistungen und der strukturellen Voraussetzungen in den Reha-Einrichtungen vorgeben. Mit den Reha-Therapiestandards hat die Deutsche Rentenversicherung indikationsbezogene Mindestanforderungen an die therapeutischen Leistungen, u. a. für die Rehabilitation Alkoholabhängiger, in Form von evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) definiert (DRV Bund, 2010a). Darüber hinaus hat sich die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2010 auf gemeinsame Strukturanforderungen verständigt, die u. a. die personelle Ausstattung der Reha-Einrichtungen indikationsbezogen festlegen (DRV Bund, 2010b).

Parallel dazu wurden in den letzten Jahren die Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) im Rahmen von Forschungsprojekten entwickelt. RMK sind bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppen, die bisher u. a. für die Rehabilitation Alkoholabhängiger definiert wurden. Funktion der RMK als Patientenklassifikationssystem ist es, Rehabilitanden mit gleichartigem Behandlungsbedarf und vergleichbaren therapeutischen Leistungen in Fallgruppen zusammenzufassen. Für die RMK-Gruppen lassen sich auch gruppenspezifische Behandlungsanforderungen, so genannte Therapieorientierungswerte, für die Therapieplanung ableiten (Egner et al., 2009; Möllmann, Spyra, 2009).

Um sicherzustellen, dass die verschiedenen Leistungs- bzw. Strukturanforderungen ein in sich schlüssiges Gesamtkonzept darstellen, ist es erforderlich, zum einen die Vereinbarkeit der Reha-Therapiestandards für Alkoholabhängigkeit mit den Strukturanforderungen zu un-

tersuchen und zum anderen die Konsequenzen zu analysieren, die sich aus den Therapieorientierungswerten als subgruppenbezogene Therapieempfehlungen für die Anforderungen an die personelle Ausstattung ergeben könnten.

Methodik

Im Rahmen einer Aufwandsanalyse wird im ersten Schritt zunächst die geforderte Therapiedauer für den Rehabilitanden, die sich aus den Reha-Therapiestandards für Alkoholabhängigkeit (Pilotversion) ergibt, ermittelt. Hierbei wird von den Verweildauern 12 oder 15 Wochen im Rahmen der Standardtherapie ausgegangen. Im zweiten Schritt wird eine Aufwandsabschätzung für das Personal zur Erbringung des geforderten Leistungsumfangs durchgeführt. Dazu werden die berufsgruppen- bzw. funktionsgruppenbezogenen Nettoarbeitszeiten auf Basis der definierten Personalausstattung mit dem berechneten Zeitaufwand für die Berufs- bzw. Funktionsgruppe zur Leistungserbringung im Rahmen der Reha-Therapiestandards verglichen. Als Grundlage der Berechnung der Nettoarbeitszeit dienen Verfahren zur Personalbedarfsplanung. Da die Reha-Therapiestandards flexibel ausgestaltet sind, wird der erforderliche personelle Zeitaufwand abgeschätzt, indem über angenommene ETM-bezogene Kombinationen von Gruppen- und Einzelleistungen ein minimaler und maximaler Wert je Funktions- bzw. Berufsgruppe ermittelt wird. Um zu untersuchen, wie sich die im Rahmen des Forschungsprojekts "Evaluation der RMK-Therapieorientierungswerte für die stationäre Alkoholentwöhnung" definierten subgruppenspezifischen Behandlungsanforderungen auf den Zeitaufwand auswirken, wird die Aufwandsanalyse analog für die Therapieorientierungswerte der vier Bedarfsgruppen Alkoholabhängigkeit durchgeführt.

Ergebnisse

1. Die von den Reha-Therapiestandards geforderte Mindesttherapiedauer für den Rehabilitanden, der im Reha-Antrag Arbeitslosigkeit angegeben hat, liegt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Verweildauern und der geforderten Mindestanteile durchschnittlich bei 8,2 bzw. 8,6 Stunden pro Woche. Für den Rehabilitanden mit Arbeit liegt die Mindesttherapiedauer pro Woche durchschnittlich bei 7,4 bzw. 7,6 Stunden.
2. Die Aufwandsanalyse zeigt, dass der in den Reha-Therapiestandards geforderte Leistungsumfang mit der in den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung definierten Personalausstattung für alle Berufs- bzw. Funktionsgruppen in Einklang steht. Zudem kann eine große Spanne, bedingt durch die flexible Ausgestaltung der Reha-Therapiestandards, zwischen minimalen und maximalen Zeitaufwand je Berufs- bzw. Funktionsgruppe festgestellt werden. So ergibt sich z. B. für die Funktionsgruppe Ergotherapeuten/Beschäftigungstherapeuten ein Zeitaufwand von minimal rd. 13.500 Minuten pro Rehabilitation mit einer angenommenen Dauer von 12 Wochen und maximal rd. 59.000 Minuten. Die dem gegenüberzustellende Nettoarbeitszeit der Funktionsgruppe liegt bei rd. 74.500 Minuten. Auffällig ist, dass der Ausschöpfungsgrad der Nettoarbeitszeit zwischen den Berufs- bzw. Funktionsgruppen stark variiert.
3. In Abhängigkeit von der prozentualen Verteilung der Bedarfsgruppen innerhalb einer Klinik kann sich der Zeitaufwand für das Personal deutlich ändern, so dass eine Weiterentwicklung der indikationsbezogenen Anforderungen hin zu subgruppenbezogenen diskutiert werden muss.

Ausblick

Das aktuell durchgeführte Forschungsprojekt zur Evaluation der entwickelten Therapieorientierungswerte für die Rehabilitation Alkoholabhängiger wird zeigen, inwieweit die potenziellen Anwender die Therapieorientierungswerte als nutzbringend einstufen, welche Konsequenzen sich für die Patientenzufriedenheit und das Rehabilitationsergebnis ergeben und ob sich subgruppenspezifische Behandlungsanforderungen in der Praxis bewähren und perspektivisch in die Leistungs- und Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung integriert werden sollten.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.) (2010 a): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit - Pilotversion. Berlin: DRV Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.) (2010 b): Strukturanforderungen für stationäre medizinische Reha-Einrichtungen - Abschlussbericht der Projektgruppe "Strukturanforderungen" (PGSTA). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Egner, U., Spyra, K., Vorsatz, N. (2009): Suchtbehandlung passgenau! - Anforderungen und Entwicklungspotenziale aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund. Sucht aktuell, 2. 21-25.

Klosterhuis, H. (2010): Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung - eine kritische Bestandsaufnahme. RV aktuell, 57. 260-268.

Möllmann, C., Spyra, K. (2009): Rehabilitanden-Management-Kategorien in der Sucht-Rehabilitation. Sucht aktuell,1. 26-31.

Entwicklung eines Integrierten suchtmedizinischen und orthopädischen Rehabilitationsangebots

Sieveking, C.F. (1), Kasten, Y. (2), Stein, I. (1) Bethge, M. (2), Spyra, K. (2)

(1) Paracelsus-Wiehengebirgsklinik, Bad Essen - Hüsede,

(2) Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Einführung und Hintergrund

Die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen zielt auf eine abstinente und selbstverantwortliche Lebensführung sowie die Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Für die Umsetzung dieser Ziele wird im Rahmen multimodaler Therapieprogramme im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells die gesamte Lebenssituation der Rehabilitanden berücksichtigt: Hierzu zählen neben psychischen und sozialen Kontextfaktoren auch somatische Komorbiditäten und/oder Folgeerkrankungen (Adamson et al., 2009). Insbesondere das Vorliegen einer muskuloskeletalen Erkrankung ist einer der häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen (Kohlmann, 2003) und stellt somit ein zusätzliches Risiko für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung nach der Suchtrehabilitation dar.

Für Patienten, die gleichzeitig eine Suchterkrankung und eine orthopädische Erkrankung aufweisen, findet sich jedoch zurzeit kein spezifisches Rehabilitationsangebot, das das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Dennoch ist ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen davon betroffen: So wurde in der Paracelsus-Wiehengebirgsklinik im Jahr 2009 bei fast einem Viertel (23,7 %) der Patienten neben der Suchterkrankung eine behandlungsbedürftige orthopädische Erkrankung diagnostiziert. Bei etwa der Hälfte handelt es sich um chronische Rückenschmerzen gemäß der DRV-Leitlinie für die Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen.

Der Zusammenhang zwischen Abhängigkeits- und Schmerzerkrankungen wird unterschiedlich erklärt (Brennan et al., 2005; Leboeuf-Yde, 2000; Sandström et al., 1984; Skillgate et al., 2009). Evident ist, dass für beide Erkrankungen psychosoziale Chronifizierungsfaktoren existieren, die sich aus dem gleichen Bedingungsgefüge biologischer, psychischer und sozialer Lebensumstände ergeben (Adamson et al., 2009; Brennan et al., 2005). Die Beeinflussung bzw. therapeutische Aufarbeitung psychosozialer Chronifizierungsfaktoren ist wesentlicher Bestandteil der Suchtrehabilitation. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, Behandlungsanteile, die sich mit den Themen chronischer Schmerz, Sucht-Abstinenz und deren Zusammenhängen auseinandersetzen, in die Alkoholentwöhnungsbehandlung zu integrieren.

Konzept

Die "Integrierte suchtmedizinische und orthopädische Rehabilitation (ISOR)" ist ein von der Paracelsus-Wiehengebirgsklinik konzipiertes Rehabilitationsangebot für Patienten, bei denen zusätzlich zu ihrer Suchterkrankung eine orthopädische Erkrankung vorliegt. In das Therapieprogramm der stationären Entwöhnungsbehandlung werden spezifische orthopädische Behandlungsmodule wie eine orthopädische Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, ein Work Hardening und eine intensivierte Bewegungstherapie integriert. Die Inhalte dieser Module orientieren sich im Wesentlichen an dem Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP) (Hildebrandt et al., 1996). Bei der Ausgestaltung des Therapieangebotes werden darüber hinaus Zusammenhänge und Wechselwirkungen von chronischem Schmerz und Abhängigkeitserkrankung mit berücksichtigt. Das Kernmodul von ISOR bildet die Patientenschulung "Sucht und chronische Schmerzen". Sie wird wöchentlich als Indikativgruppe durchgeführt und beinhaltet Einheiten zu den Zusammenhängen von Alkohol und Schmerz, Elemente einer Rückenschule sowie Inhalte zur beruflichen Orientierung. Die Schulung ist, wie das gesamte Therapieangebot der ISOR, multiprofessionell konzipiert und wird von Ärzten, Diplom-Psychologen, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten durchgeführt.

Aktueller Stand und weitere Planung

Die primären Ansätze des ISOR-Konzepts wurden durch das interdisziplinäre Therapeutenteam der Wiehengebirgsklinik entwickelt und im Rahmen von Supervisionen weiterentwickelt. Bisher haben 32 Patienten das Angebot bzw. einzelne Module der ISOR in der Klinik durchlaufen. Die Weiterentwicklung des Programms wird von der Charité - Universitätsmedizin Berlin wissenschaftlich begleitet. Patienteninterviews sollen zu neuen Erkenntnissen über Einstellungen und Sichtweisen der Patienten führen, die diese im Hinblick auf beide Erkrankungen bzw. deren mögliche Zusammenhänge entwickelt haben. Erste Ergebnisse der Patienteninterviews bestätigen die hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem ISOR-Angebot. Vorgesehen ist weiterhin die Implementierung des Alltagsfunktionstrainings (Work Hardening) im Rahmen der Ergotherapie sowie die Entwicklung und Implementierung einer Verlaufserhebung zur Dokumentation des Behandlungserfolgs der orthopädischen Erkrankung.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Durch die gleichzeitige und aufeinander abgestimmte Behandlung beider Erkrankungen soll der Erfolg der Entwöhnungsbehandlung gesteigert und die gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabechancen der Patienten langfristig verbessert werden. Die erhöhte Effektivität der Maßnahme muss jedoch in einer Wirksamkeitsstudie überprüft werden.

Literatur

Adamson, S.J., Sellman, J.D., Frampton, C.M. (2009): Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. J Subst Abuse Treat, 36/1. 75-86.

Brennan, P.L., Schutte, K.K., Moos, R.H. (2005): Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. Addiction, 100/6. 777-786.

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.

Kohlmann, T. (2003): Muskuloskelettale Schmerzen in der Bevölkerung. Der Schmerz, 17/6. 405-411.

Leboeuf-Yde, C. (2000): Alcohol and low-back pain: a systematic literature review. J Manipulative Physiol Ther, 23/5. 343-346.

Sandström, J., Andersson, G.B., Wallerstedt, S. (1984): The role of alcohol abuse in working disability in patients with low back pain. Scand J Rehabil Med, 16/4. 147-149.

Skillgate, E., Vingard, E., Josephson, M., Holm, L.W., Alfredsson, L. (2009): Is smoking and alcohol consumption associated with long-term sick leave due to unspecific back or neck pain among employees in the public sector? Results of a three-year follow-up cohort study. J Rehabil Med, 41/7. 550-556.

Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten zu psychologischen Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischem Rückenschmerz: Zusammenfassung der vorliegenden Empfehlungen und der Evidenz

Reese, C. (1), Mittag, O. (1), Jäckel, W.H. (1,2)

(1) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) RehaKlinikum und Hochrhein-Institut, Bad Säckingen

Hintergrund und Fragestellung

Obwohl psychologische Interventionen ein fester Bestandteil in der multimodalen, multidisziplinären Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen sind, zeigen Analysen von KTL-Daten (Gülich et al., 2003) sowie eine aktuelle Erhebung bei den psychologischen Abteilungen der Rehaeinrichtungen in Deutschland (Reese et al., eingereicht), dass es in Bezug auf die psychologische Behandlung von chronischen Rückenschmerzen eine große Variabilität zwischen den Einrichtungen gibt. Dabei scheint das Leistungsgeschehen weitgehend unabhängig von wichtigen Patientenmerkmalen (wie z. B. der psychischen Belastung) zu sein (Irle et al., 2002). Dies macht deutlich, wie wenig die psychologische Praxis in der medizinischen Rehabilitation standardisiert ist und unterstreicht die Bedeutung von Behandlungsempfehlungen bzw. Leitlinien für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen. Hier werden die wichtigsten Ergebnisse einer systematischen Auswertung der existierenden nationalen und internationalen Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten berichtet, die psychologische Interventionen bei der Behandlung bzw. Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen berücksichtigen.*

Methode

Im November 2009 erfolgte eine systematische Literaturrecherche nach internationalen und nationalen Leitlinien sowie nach systematischen Übersichtsarbeiten zum Thema "Sekundärprävention / Rehabilitation von Patienten mit chronischem Rückenschmerz". Neben den Leitlinien wurden auch explizite Empfehlungen, HTA-Berichte, Standards, Positionspapiere, "scientific statements" etc. in die Suche miteinbezogen. Bei der elektronischen Literaturrecherche wurden zahlreiche Datenbanken (u. a. Medline, PsycInfo, Cochrane Library, Evidence-Based Medicine Reviews) und Websites (u. a. http://awmf.org/, www.leitlinien.de) berücksichtigt. Die Suche wurde anhand von Stichworten und Standardvokabular (MeSH) durchgeführt und auf Publikationen ab dem Jahr 1990 limitiert. Zusätzlich zur elektronischen Recherche fand eine Handsuche in den Literaturverzeichnissen der einschlägigen Leitlinien statt. Relevante Inhalte, die sich auf psychologische Interventionen in der Sekundärpräven-

* Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Projektes "Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen" angefertigt (Förderer: DRV Bund; FKZ 0423-40-64-50-18)

tion bzw. Rehabilitation von Patienten mit chronischem Rückenschmerz beziehen, wurden extrahiert.

Ergebnisse

Es wurden 14 einschlägige Leitlinien und 7 systematische Übersichtsarbeiten identifiziert, die Empfehlungen bzw. Evidenz für die folgenden psychologischen Interventionen beinhalten: (1) Screening bzw. Diagnostik psychosozialer Belastungen sowie komorbider psychischer Störungen (v. a. Depression und Angst), (2) Schmerzbewältigungstraining, (3) kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, Unterstützung beim Selbstmanagement und "fear-avoidance training", (4) Patientenberatung und Edukation, (5) Entspannungstraining, (6) Stressbewältigung, (7) Einbeziehung der Angehörigen und Partner, (8) Psychotherapeutisches Einzelgespräch sowie (9) Rückenschule mit einem biopsychosozialen Ansatz. Alle eingeschlossenen Leitlinien empfehlen eine multimodale und multidisziplinäre Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Eine systematische Übersichtsarbeit (Guzman et al., 2001) findet Hinweise auf die Wirksamkeit intensiver multidisziplinärer Therapieprogramme mit funktioneller Wiederherstellung ("functional restoration approach"). Bei diesen Programmen wurden eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit und eine Schmerzreduktion erreicht, während weniger intensive Programme keine Verbesserungen hinsichtlich klinisch relevanter Parameter erzielten.

Diskussion

Die Literaturrecherche zeigt, dass chronischer Rückenschmerz in vielen Industrienationen ein großes Problem darstellt und sich die multimodale, multidisziplinäre Behandlung chronischer Rückenschmerzen etabliert hat. In den vergangenen Jahren sind - teilweise durch internationale Kooperation (z. B. Airaksinen et al., 2006) - verschiedene ausführliche Leitlinien für die Behandlung chronischer Rückenschmerzen entwickelt worden, wobei die Empfehlungen, die sich auf psychologische Diagnostik und Interventionen beziehen, meist nicht detailliert genug sind, um praktisches psychologisches Handeln im Einzelfall leiten zu können. Insbesondere fehlen Angaben dazu, welches konkrete Vorgehen sich bei welchen spezifischen Problemlagen der Patienten anbietet. Darüber hinaus findet die Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen im internationalen Raum meist in einem ambulanten Setting und über einen längeren Zeitraum statt, so dass die Übertragbarkeit etlicher Empfehlungen auf das stationäre Rehabilitationssystem (v. a. hinsichtlich Dauer und Intensität) nur eingeschränkt möglich ist. Bei der Entwicklung detaillierter, evidenzbasierter Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der medizinischen Rehabilitation kann daher nur begrenzt auf Aussagen aus der Literatur rekurriert werden.

Literatur

Airaksinen, O., Brox, J., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Mannion, A., Reis, S., Staal, J., Ursin, H., Zanoli, G. (2006): On behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain: Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. European Spine Journal, 15/2. 192-300.

Gülich, M., Engel, E., Rose, S., Klosterhuis, H., Jäckel, W.H. (2003): Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten - Phase 2: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten. Die Rehabilitation, 42. 109-117.

Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., Bombardier, C. (2001): Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. BMJ, 322. 1511-1516.

Irle, H., Worringen, U., Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (2002): Erfassung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in der somatisch-medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 41. 382-388.

Reese, C., Mittag, O., Jäckel, W.H. (eingereicht): Strukturen und Praxis der Psychologischen Abteilungen in der stationären medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen und koronarer Herzerkrankung: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Die Rehabilitation.

Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz und Anforderungsprofil für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung - Wie passen beide Therapieanforderungen zusammen?

Vorsatz, N.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Das Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung, das seit rund 15 Jahren etabliert ist, umfasst u. a. Anforderungen an die Leistungserbringer, die das erwartete Niveau der Reha-Leistungen und die strukturellen Voraussetzungen in den Reha-Einrichtungen vorgeben. Mit den Reha-Therapiestandards hat die Deutsche Rentenversicherung indikationsbezogene Mindestanforderungen an die therapeutischen Leistungen in Form von evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) definiert (DRV Bund, 2010b). Die Deutsche Rentenversicherung hat sich im Jahr 2010 auf gemeinsame Strukturanforderungen verständigt, die u. a. die personelle Ausstattung der Reha-Einrichtungen indikationsbezogen festlegen (DRV Bund, 2010c). Darüber hinaus wurde im Jahr 2010 rentenversicherungsweit ein Anforderungsprofil für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) für Rehabilitanden konzipiert (DRV Bund, 2010a), die eine besondere berufliche Problemlage aufweisen und damit eine stärker auf den Beruf bezogene Diagnostik und Therapiegestaltung benötigen (Streibelt, 2010). Um sicherzustellen, dass die verschiedenen Leistungs- bzw. Strukturanforderungen ineinandergreifen und einen nachvollziehbaren Rahmen darstellen, ist es erforderlich, zum einen die Vereinbarkeit der Reha-Therapiestandards mit dem MBOR-Anforderungsprofil zu untersuchen und zum anderen aufzuzeigen, welche Konsequenzen sich aus dem MBOR-Anforderungsprofil für die Anforderungen an die personelle Ausstattung der Reha-Einrichtungen ergeben.

Methodik

Im Rahmen einer Aufwandsanalyse wird zum einen die geforderte Therapiedauer für den Rehabilitanden, die sich aus den Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz ergibt, ermittelt. Hierbei wird von einer Verweildauer von 23 Tagen ausgegangen. Zum ande-

ren wird berechnet, wie sich die geforderte Therapiedauer für einen Rehabilitanden erhöht, der eine besondere berufliche Problemlage aufweist und nicht nur entsprechend der Reha-Therapiestandards sondern auch des MBOR-Anforderungsprofils therapiert wird. Abschließend wird eine Aufwandsabschätzung für das Personal durchgeführt, um zu untersuchen, wie sich der geforderte Leistungsumfang aus dem MBOR-Anforderungsprofil auf die Inanspruchnahme der personellen Kapazitäten auswirkt. Dazu werden die berufsgruppen- bzw. funktionsgruppenbezogenen Nettoarbeitszeiten auf Basis der definierten Personalausstattung mit dem berechneten Zeitaufwand für die Berufs- bzw. Funktionsgruppe zur Leistungserbringung verglichen. Als Grundlage der Berechnung der Nettoarbeitszeit dienen Verfahren zur Personalbedarfsplanung. Da die Reha-Therapiestandards und das MBOR-Anforderungsprofil flexibel ausgestaltet sind, wird der erforderliche personelle Zeitaufwand abgeschätzt, indem über angenommene Kombinationen von Gruppen- und Einzelleistungen sowie möglicher Variation der Leistungsdauer ein minimaler und maximaler Wert je Funktions- bzw. Berufsgruppe ermittelt wird.

Ergebnisse

(1) Sowohl die Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz als auch das MBOR Anforderungsprofil stellen Anforderungen an die berufliche Orientierung im Rahmen der orthopädischen Rehabilitation. Unterschiede zeigen sich im geforderten Umfang der Leistungen und der Zielgruppe. Beide Leistungsanforderungen stehen damit nicht im Widerspruch zueinander, sondern ergänzen sich sinnvoll.

(2) Die von den Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz geforderte Mindesttherapiedauer für den Rehabilitanden liegt unter Berücksichtigung einer Verweildauer von 23 Tagen und der geforderten Mindestanteile durchschnittlich bei 10,4 Stunden pro Woche. Die geforderte Mindesttherapiedauer erhöht sich für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen im Durchschnitt auf minimal 12,5 und maximal 14,6 Stunden pro Woche.

(3) Die Anforderungen von MBOR und Reha-Therapiestandards stehen bei Annahme einer Reha-Einrichtung mit 100 Rehabilitanden und einem 30 % Anteil an Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage in Einklang mit den Anforderungen an die personelle Ausstattung. Lediglich bei der Berufsgruppe Sozialarbeiter/Sozialpädagogen wird der zur Verfügung stehende Zeitrahmen in der Maximalversion überschritten. Auffällig ist, dass die Ausschöpfung der auf Basis der Strukturanforderungen verfügbaren Nettoarbeitszeit durch den geforderten Leistungsumfang im Rahmen von Reha-Therapiestandards und MBOR-Anforderungsprofil zwischen den Funktions- und Berufsgruppen stark variiert.

Ausblick

Das aktuell durchgeführte Modellprojekt "MBOR-Management" der Deutschen Rentenversicherung wird zeigen, inwieweit das MBOR-Anforderungsprofil in seiner jetzigen Ausgestaltung praktisch umgesetzt werden kann und welche Konsequenzen sich mit Blick auf die personellen Anforderungen insbesondere der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen für das MBOR-Anforderungsprofil bzw. für eine MBOR-spezifische Änderung der personellen Ausstattung ergeben.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.) (2010a): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung - Somatische Indikationen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.) (2010b): Reha-Therapiestandards chronischer Rückenschmerz. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.) (2010c): Strukturanforderungen für stationäre medizinische Reha-Einrichtungen - Abschlussbericht der Projektgruppe (PGSTA). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Streibelt, M. (2010): Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. Praxis - Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitatio, 86. 5-14.

Schmerztherapie des chronischen Rückenschmerzes bei Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation

Krischak, G., Jacobi, E., Kaluscha, R.

Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Hintergrund

Während der Schmerztherapie bei der Behandlung des akuten Rückenschmerzes eine zentrale Rolle zugesprochen wird, erfordert die eingetretene Chronifizierung eine komplexere Behandlung auf somatischer, psychischer und sozialer Ebene (Raspe, 2008). In interdisziplinärer Betreuung wird ein multimodales Behandlungsprogramm erstellt, dessen zentraler Bestandteil die Erhöhung des Aktivitätsniveaus trotz der Schmerzen ist. Im Umkehrschluss ist hierfür eine suffiziente Schmerzbehandlung erforderlich, um die aktiven Bewegungsangebote entsprechend beanspruchen zu können. Da Rehabilitanden oft schon eine jahrelange "Patientenkarriere" hinter sich haben, ist eine Auseinandersetzung mit der bisherigen Schmerztherapie sowie physikalischen Therapiemaßnahmen bei Aufnahme in der medizinischen Rehabilitation von Interesse. Angaben hierzu werden jedoch im Entlassungsbericht aus der Rehabilitation nicht strukturiert erfasst, sondern lassen sich nur aus dem Freitext gewinnen.

Methodik

Aus der Forschungsdatenbank "Patientenkonto" des Forschungsverbundes Ulm mit insgesamt ca. 100.000 anonymisierten Entlassungsberichten der Jahre 1999 bis 2006 wurden 18.514 Fälle identifiziert, die eine Rehabilitation bei "chronischem Rückenschmerz" entsprechend den Kriterien der DRV-Leitlinie unternahmen. Diese wurden mit Hilfe einer computerlinguistischen Analyse (Kaluscha, 2005) nach der bisher erfolgten Schmerztherapie sowie auf zuvor absolvierte Therapieversuche mit physikalischen Maßnahmen im weiteren Sinne untersucht. Nach Medikamenten wurde anhand des Wirkstoffes, Generikabezeichnungen und in Deutschland gängigen Handelsnamen in den ersten drei Abschnitten des Blattes 2

("Allgemeine Anamnese", "Jetzige Beschwerden" und "Gegenwärtige Therapie") gesucht. Dabei wurden gängige Formulierungsvarianten und Synonyme einschließlich typischer Rechtschreibfehler berücksichtigt und ggf. um Doppelnennungen bereinigt.

Ergebnisse

Behandlungen durch Schmerztherapeuten mit Interventionen sind nur in weniger als 2 % der Fälle erfolgt (Tab. 1). Weit verbreitet ist die medikamentöse Therapie mit NSAIDs und Opioiden. Fast 10 % aller Patienten nehmen zusätzlich Komedikationen (Muskelrelaxantien, Antidepressiva, Sedativa) ein (Tab. 2). In der Behandlung des chronischen Rückenschmerzes dominieren physiotherapeutische Verfahren mit ca. 2/3 und Massagen mit über der Hälfte der Patienten (Auswahl s. Tab. 3). Bei ca. 1/5 der Patienten ist eine Badetherapie erfolgt. Die Elektrotherapie, aber auch die Manuelle Medizin (Chirotherapie), Osteopathie und Akupunktur haben zahlenmäßig nur eine untergeordnete Bedeutung.

Therapieart	n	Anteil
Schmerztherapeut/-therapie	308	1,66 %
Infiltration	695	3,75 %
Katheter/Schmerzpumpe	28	0,15 %

Tab. 1: Interventionelle Schmerztherapien (Absolutzahlen (n) anteilig bezogen auf 18.514 Rehabilitanden mit "chronischem Rückenschmerz").

Therapieart	n	Anteil
NSAID nicht-selektiv	5.570	30,09 %
COX 2-Hemmer	134	0,72 %
Opioide	1.442	7,79 %
antipyretisch wirkende Analgetika	879	4,75 %
Muskelrelaxantien	986	5,33 %
Antidepressiva	698	3,77 %
Sedativa	113	0,61 %

Tab. 2: Medikamentöse Schmerztherapie (Absolutzahlen (n) anteilig bezogen auf 18.514 Rehabilitanden mit "chronischem Rückenschmerz")

Therapieart	Spezifische Therapie	n	Anteil
Physiotherapie	Physiotherapie/Krankengymnastik	12.171	65,74 %
Massagetherapie	Massage	10.820	58,44 %
Elektrotherapie	Elektrotherapie	948	5,12 %
	Reizstrom/TENS	347	1,87 %
Thermotherapie	Wärmetherapie	812	4,39 %
	Kältetherapie	542	2,93 %
Hydrotherapie	Bäder/Dämpfe	3.944	21,30 %
Ultraschalltherapie	Ultraschalltherapie	9	0,05 %

Therapieart	Spezifische Therapie	n	Anteil
Spezielle Verfahren	Akupunktur	805	4,35 %
	Manuelle Medizin	598	3,23 %
	Magnetfeldtherapie	32	0,17 %
	Neuraltherapie	56	0,30 %
	Osteopathie	23	0,12 %

Tab. 3: Therapiearten bei Aufnahme der medizinischen Rehabilitation (Absolutzahlen (n) anteilig bezogen auf 18.514 Rehabilitanden mit "chronischem Rückenschmerz")

Diskussion

Im Vorfeld der Rehabilitation muss von einer somatisch zentrierten Therapie des chronischen Rückenschmerzes und von einer fortbestehenden Beschwerdehaftigkeit ausgegangen werden. Von daher ist es erstaunlich, dass die Hilfe von Schmerztherapeuten und ggf. interventionelle Methoden zahlenmäßig hier keine große Rolle spielen. Innerhalb der medikamentösen Therapie sind mehr als die Hälfte der Patienten mit nicht-selektiven NSAIDs eingestellt. Damit verbleiben 85 % der Schmerzmedikationen auf der WHO-Stufe 1. Bei den physikalischen Verfahren werden zudem entgegen der weitläufigen subjektiven Wahrnehmung alternative Verfahren im erhobenen Zeitraum selten erwähnt. Für den Rehabilitationsmediziner ergeben sich aus der Kenntnis der bisherigen Behandlung damit wichtige Informationen über therapeutische Steuerungsmöglichkeiten. Da dennoch ein Rehabilitationsverfahren eingeleitet wurde, ist zu erwarten, dass einige Therapieelemente von Patientenseite mit negativen Erfahrungen belegt sind. Dies sollte der Rehabilitationsmediziner im Patientengespräch und bei der Auswahl der Therapiemittel berücksichtigen. Die Anpassung der Medikation sollte gemäß WHO-Schema konsequent durchgeführt werden. Es gibt mehrere erfolgreiche Berichte über die Behandlung durch interventionelle Therapie, wobei das hier geführte Evidenzlevel noch ungenügend ist (Chou et al., 2009). Zusammengefasst zeigt sich, dass das breite Spektrum rehabilitativer Therapien vor der Rehabilitation nicht ausgeschöpft wurde. Insofern bietet die stationäre Maßnahme in einer spezialisierten Klinik die Chance für den Rehabilitanden, neue Therapieansätze und eine Anpassung der Schmerzmedikation zu finden.

Literatur

Chou, R., Atlas, S.J., Stanos, S.P., Rosenquist, R.W. (2009): Nonsurgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. Spine, 34. 1078-1093.

Kaluscha, R. (2005): Informationsgewinnung aus Freitexten in der Rehabilitationsmedizin. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm. URL: http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5265, Abruf: 18.10.2010.

Raspe, H. (2008): Management of chronic low back pain in 2007-2008. Curr Opin Rheumatol, 20. 276-81.

Chronische Rückenschmerzen mental beeinflussen durch "Expressives Schreiben"

Hennighausen, A.E., Schilling, G.

Psychosomatische Abteilung, Rehabilitationszentrum am Sprudelhof der Deutschen Rentenversicherung Hessen, Bad Nauheim

Einleitung

Das "Expressive Schreiben" (ES) ist eng mit dem Namen Pennebaker verbunden, der dieses Verfahren bereits in den 90er Jahren in den USA entwickelte (Francis, Pennebaker, 1992). Erste metaanalytische Studien zeigen reliable, positive Effekte hinsichtlich psychologischer, physiologischer, immunologischer sowie verhaltensbezogener Parameter. Es handelt sich dabei vermutlich um eine Methode, die eine Verarbeitung langfristig unterdrückter Gedanken und Gefühle an hochbelastende Ereignisse ermöglicht und dadurch negative Gesundheitsfolgen kompensiert.

Methode

Ziel der Studie war die Untersuchung des Einflusses von ES bei stationären Rehabilitationspatienten mit chronischen Rückenschmerzen (ICD-10: M40-M54). Orthopädische Patienten waren ausgewählt worden, weil das ES bei dieser Patientengruppe die einzige Psychotherapiemethode darstellte. Neu aufgenommene Patienten wurden randomisiert einer Experimental- bzw. Kontrollgruppe zugewiesen. Beide Gruppen wurden in einem Einführungsvortrag gleichermaßen instruiert, innerhalb der nächsten Woche dreimal alleine für jeweils 15 bis 20 Minuten zu schreiben, wobei absolute Anonymität bezüglich des Geschriebenen zugesichert wurde. Patienten der Experimentalgruppe wurden aufgefordert, ihre Gedanken und Gefühle zu der bisher traumatischsten Erfahrung ihres Lebens niederzuschreiben. Patienten der Kontrollgruppe sollten zu drei neutralen Themen schreiben.

Es wurden insgesamt 60 Patienten erfasst. In einem Prä-Post-Design erfolgte die Datenerhebung zu 3 Zeitpunkten: vor Intervention, 2 Wochen nach Intervention und katamnestisch nach 5 Monaten. An Instrumenten wurden der FESV, der SCL-90-R, PDI, SKID II sowie Analogskalen von Pennebaker eingesetzt. Die Effektivität des ES wurde anhand der Veränderungen schmerzbezogener kognitiver und affektiver Parameter bewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass durch die ökonomische, nur gering zeitintensive Intervention des ES bei chronischen Schmerzpatienten deutlich positive Behandlungseffekte erzeugt werden können. Infolge des "Schreibparadigmas" kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Schmerzbewältigung, zu einer Abnahme der Beeinträchtigung durch Schmerz in verschiedenen Lebensbereichen. Insofern kann das Pennebaker'sche Paradigma aufgrund seiner Einfachheit als isolierte Intervention, gerade bei orthopädisch behandelten Rehabilitationspatienten mit chronischen Rückenschmerzen, die häufig ein rein somatisches Krankheitskonzept aufweisen und daher in der Regel keine spezielle psychotherapeutische Behandlung suchen, eine Inspiration für die klinische Anwendung darstellen.

Literatur

Francis, M.E., Pennebaker, J.W. (1992): Putting stress into words: the impact of writing on physiological, absentee, and self reported emotional well-being measures. Am. J. Health Promot., 6. 280-287.

Halpert, A., Rybin, D., Doros, G. (2010): Expressive writing is a promising therapeutic modality for the mamagement of IBS: a pilot study Am. J. Gastroenterol., Jun 15. (epub ahead of print).

Pennebaker, J.W., Traue, H.C. (1993): Inhibition and Psychosomatic Process. In: Traue, H.C., Pennebaker, J.W. (eds): Emotion, Inhibition and Health. Hogrefe & Huber Publishes Seattle.

Lumley, M.A. (2004): Alexithymia, emotional disclosure and health: a program of research. J. Pers., 72 (6). 1271-1300.

Smyth, J., Helm, R. (2003): Focused expressive writing as a self-help for stress and trauma. J. Clin. Psychol., 59 (2). 227-235.

Prädiktoren für die Veränderung der Teilhabe bei ambulant physiotherapeutisch behandelten Wirbelsäulenpatienten

Karstens, S. (1,2), Froböse, I. (1), Wolf, G. (3), Orthman, P. (1), Weiler, S.W. (4)

(1) Deutsche Sporthochschule, Köln,

(2) Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg,

(3) Zentralverband der Physiotherapeuten und Krankengymnasten, Nordverbund, Hamburg,

(4) Gesundheitsschutz AUDI AG, Ingolstadt

Hintergrund und Fragestellung

Studienergebnisse für den Bereich der ambulanten Physiotherapie in Deutschland gibt es kaum. Die bedeutsamste orthopädisch-traumatologische Patientengruppe ist jene der Wirbelsäulenpatienten.

Im Rahmen der "Ambulanten Physiotherapiestudie Norddeutschland" (APT-Nord-Studie) wurde der sekundären Fragestellung nachgegangen, ob sich für Wirbelsäulenpatienten Prädiktoren bestimmen lassen, die eine Vorhersage dazu ermöglichen, ob die Teilhabebeeinträchtigung ein halbes Jahr nach Therapie deutlich geringer als zu Therapiebeginn sein wird.

Patienten und Methode

322 Wirbelsäulenpatienten (LWS-Syndrom 73,4 %, LWS-Bandscheibe 17,3 %, BWS-Syndrom 9,3 %, 58 % Frauen, mittleres Alter (SD): 44,0 (11,4) Jahre) wurden in einer multizentrischen Beobachtungsstudie (84 Physiotherapiepraxen) vor der Therapie (t1) und sechs Monate nach der Therapie (t2) befragt. Dabei kam neben der extrakurzen Version des Musculoskeletal Function Assessment Questionnaire (XSMFA-D; Wollmerstedt et al., 2006; Karstens, Froböse, 2009) der Arbeitsbewältigungsindex mit kurzer Krankheitsliste (ABI;

Nübling et al., 2005) zum Einsatz. Außerdem wurden die soziodemografischen Daten sowie Angaben zur Vorgeschichte erfasst.

Berechnet wurde ein binär-logistisches Regressionsmodell (rückwärts-schrittweise), mit dem Beeinträchtigungsindex (BI) des XSMFA-D als primärem Outcomekriterium. Die Veränderungen zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 wurden am Median dichotomisiert.

Die potentiellen Prädiktoren Alter, Body-Mass-Index (BMI) und BI zu t1 wurden in metrischer Ausprägung aufgenommen. Die dichotom ausgeprägten bzw. dichotomisierten unabhängigen Variablen wurden, wie in Tabelle 1 angegeben, 0/1-kodiert.

VARIABLEN (Abkürzungen)	KODE
Diagnosegruppen: Brustwirbelsäulen-, Unterer Rücken diverse-, Unterer Rücken Bandscheiben-Patient	0 = nein, 1 = ja
Nebendiagnosen: Ischiasbeschwerden, Beschwerden im Bereich oberer Rücken und unterer Rücken und Extremitäten (Multifokalität), Stoffwechselerkrankung, Sonstige Nebendiagnosen	
Sonstige: Beschwerdedauer ≥ ½ Jahr, WS-Operation in Vorgeschichte (½ Jahr), Einnahme von Schmerzmedikamenten zu t1, beruflich vorwiegend psychische Beanspruchung (Beruf psychisch), Sportlich aktiv (Sport), Nikotinkonsum, Geringe psychische Reserven*, zuversichtliche Eigenprognose zur Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren (Positive Eigenprognose*)	

* Dimensionen des ABI

Tab. 1: 0/1-kodierte unabhängigen Variablen

Ergebnisse

Als Prädiktoren wurden die Variablen Alter, Body-Mass-Index, Beeinträchtigungsindex zu t1, psychische Reserven, Eigenprognose zur Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren, psychische Beanspruchung am Arbeitsplatz, sportliche Aktivität, Nikotinkonsum, Beschwerdedauer und Multifokalität identifiziert (siehe Tabelle 2).

Variablen und Konstante	RK B	SE	Sig.	Exp(B)
Alter	-0,051	0,015	0,001	0,950
BMI	-0,118	0,034	0,000	0,888
BI zu t1	0,097	0,012	0,000	1,101
Geringe psych. Reserven	-1,672	0,643	0,009	0,188
Positive Eigenprognose	0,889	0,351	0,011	2,433
Beruf psychisch	0,655	0,323	0,043	1,925
Sport	0,689	0,328	0,036	1,991
Nikotin	-0,788	0,405	0,052	0,455
Beschwerdedauer ≥ ½ Jahr	-1,052	0,340	0,002	0,349
Multifokalität	-0,908	0,420	0,031	0,404
Konstante	1,179	1,139	0,301	3,252

RK B = Regressionskoeffizient B, CI (95 %) = 95-Prozent-Konfidenzintervall, SE = Standardfehler; Erläuterungen zu den Variablen s. Tabelle 1

Tab. 2: Variablen in der Gleichung

Durch das Modell kann die Vorhersage der Veränderung der Lebensqualität auf 78,2 Prozent gegenüber einer Prognose von 54,7 Prozent ohne die Verwendung von Prädiktoren

verbessert werden. Nagelkerkes R-Quadrat zufolge werden 52 Prozent der Datenvarianz erklärt.

Diskussion

Auf der Grundlage von Basisdaten sowie Kurzformen standardisierter Fragebogen lässt sich die Entwicklung der Teilhabebeeinträchtigung nach ambulanter Physiotherapie prognostizieren. Das dazu entwickelte Modell zeigt eine große Varianzaufklärung und bestätigt die für die Entwicklung im Allgemeinen in der Literatur beschriebene bio-psycho-soziale Vielschichtigkeit der prädiktiven Faktoren (Schmidt, Kohlmann, 2007). Die Berücksichtigung entsprechender Einflussgrößen bei der Planung von zukünftigen Interventionsstudien könnte zu homogeneren Patientengruppen führen (McCarthy, Cairns, 2005). Häufig wird in Studien die Diagnose zur Definition der Patientengruppen herangezogen. Im erarbeiteten Modell liefert die ärztliche, auf der Heilmittelverordnung angegebene Diagnose keinen prädiktiven Mehrwert.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studie liefern erste auf einer umfangreichen Stichprobe basierende Ergebnisse zum Feld der ambulanten deutschen Physiotherapie und ermöglichen bei großer Varianzaufklärung eine Prognose der Entwicklung der Alltagsbeeinträchtigung.

Literatur

Karstens, S., Froböse, I. (2009): ICF-Kategorien des XSMFA im Abgleich zum Core-Set Arthrose. DRV-Schriften, Bd. 83. 300-301.

McCarthy, C.J., Cairns, M.C. (2005): Why is the recent research regarding non-specific pain so non-specific? Manual Therapy, 10. 239-241.

Nübling, M., Hasselhorn, H.M., Seitsamo, J., Ilmarinen, J. (2005): Work Ability Index Fragebogen: Vergleich kurze und lange Krankheitenliste. Poster. URL: http://www.arbeitsfaehigkeit.net/pdf_files/downloads/WAI3PosterNueblingeta230305.pdf, Abruf: 31.10.2007.

Schmidt, C.O., Kohlmann, T. (2007): Rückenschmerzen in Deutschland - ein epidemiologischer Überblick. Klinikarzt, 36. 680-684.

Wollmerstedt, N., Faller, H., Schneider, J., Glatzel, M., Krischner, S., König, A. (2006): Evaluierung des XSMFA-D an Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates und operativer oder konservativer stationärer Therapie. Die Rehabilitation, 45. 78-87.

Traumatisierung, posttraumatische Belastungsstörung und Schmerzbewältigung bei Fibromyalgie und somatoformer Schmerzstörung

Bernardy, K. (1,2), Welter, T. (1,2), Meiser, E.M. (2), Bialas, P. (1), Köllner, V. (2,3)
(1) Universitätsklinikum des Saarlandes, (2) MediClin Bliestal Kliniken,
(3) Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum des Saarlandes

Hintergrund

Studien zeigen erhöhte Kindheitsbelastungen bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (FMS) und somatoformer Schmerzstörung (SOMS) (Häuser et al., 2006). Vergleicht man prognostische Faktoren chronischer Schmerzen mit denen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), finden sich bezüglich kognitiver Faktoren große Überschneidungen. So hängt ein katastrophisierender, passiver Bewältigungsstil mit der Schmerzbeeinträchtigung zusammen (Thieme et al., 2008), und auch bei der Aufrechterhaltung einer PTBS sind dysfunktionale kognitive Strategien relevant (Lidl, Knaevelsrud, 2008).

Die vorliegende Arbeit hat zwei Ziele: Zum einen die Untersuchung, ob sich chronische Schmerzpatienten mit und ohne PTBS hinsichtlich ihrer Schmerzbewältigung unterscheiden. Zum anderen soll erhoben werden, ob sich FMS-Patienten hinsichtlich Trauma-Vorgeschichte und PTBS-Symptomatik von SOMS-Patienten unterscheiden - was für differentielle Konzepte in der Rehabilitation sprechen könnte.

Methodik

Zielpopulation waren chronische Schmerzpatienten nach ihrem Aufenthalt in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Eine konsekutive Stichprobe aus 128 FMS-Patienten und eine Kontrollgruppe aus 50 SOMS-Patienten wurde restrospektiv untersucht. Die Erhebungsinstrumente bestanden aus dem Essener Trauma-Inventar (ETI, Tagay et al., 2004) zur Unterscheidung von PTBS-Schmerz-Patienten und Kontrollgruppe, aus dem Coping Strategies Inventar (CSQ-D, Verra et al., 2006) zur Erhebung der Schmerzbewältigung und aus Becks-Depressions-Inventar (BDI, Hautzinger et al., 1995).

Ergebnisse

Der bisherige Rücklauf beträgt 47 % (n: 84, 94 % weiblich, mittleres Alter 54,4, SD 6,4), davon 60 FMS und 24 SOMS-Patienten. Die mittlere Schmerzstärke beträgt VAS 5,3 (SD 2,46) und unterscheidet sich kaum zwischen den Gruppen, ebenso wenig die mittlere Depressionsstärke (FMS: 19,4 SD 12,08; SOMS: 18,8, SD 12,7). 23,6 % der FMS-Patienten weisen im ETI eine PTBS auf, aber nur 9,1 % mit SOMS. Die mittlere klinische Beeinträchtigung unterscheidet sich jeweils nur wenig (FMS 2,33, SD 0,89; SOMS 3,00, SD 0).

Insgesamt weisen nach ETI 15 Patienten der Gesamtstichprobe eine PTBS auf. Der Mittelwert in der CSQ-Skala "Katastrophisieren" liegt in dieser Gruppe bei 4,09 (SD 1,13) im Vergleich zu 3,48 (SD 1,44) in der Kontrollgruppe ohne PTBS.

Diskussion

Die Ergebnisse der Vorauswertung zeigen eine höhere Prävalenz einer PTBS bei FMS-Patienten im Vergleich zu SOMS-Patienten. Zum anderen zeigt sich bei traumatisierten Schmerzpatienten eine höhere Tendenz zum Katastrophisieren. Da gerade Katastrophisieren ein Risiko für eine Chronifizierung von Aktivitäts- und Teilhabestörungen ist, sollte auf eine Traumavorgeschichte oder eine komorbide PTBS bei Patienten mit FMS vermehrt geachtet werden. Eine Fragestellung für künftige Studien ist, ob bei Schmerzpatienten mit Traumavorgeschichte die Einbeziehung traumatherapeutischer Elemente in den Rehabilitationsplan zu einer Verbesserung der Prognose führt.

Literatur

Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B. (2006): Das Fibromyalgie-Syndrom - eine somatoforme Schmerzstörung? Der Schmerz, 20. 128-135.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995): Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch (2., überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.

Liedl, A., Knaevelsrud, C. (2008): PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang - Ein Überblick. Schmerz, 22. 644-655.

Tagay, S., Stölk, B., Möllering, A., Erim, Y., Senf, W. (2004): ETI, Essener Trauma-Inventar.

Thieme, K., Häuser, W., Batra, A., Bernardy, K., Felde, E., Gesmann, M., Illhardt, A., Settan, M., Wörz, R., Köllner, V. (2008): Psychotherapie in der Behandlung des Fibromyalgie-Syndromes. Schmerz, 22 (3). 295-302.

Verra, M.L., Angst, F., Lehmann, S. (2006): Translation, cross-cultural adaption, reliability, and validity of the German version of the Coping Strategies Questionnaire. J Pain, 7 (5). 327-336.

Prädiktoren der Schmerzintensität bei Fibromyalgie-Patientinnen zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme

Ullrich, A. (1), Glattacker, M. (1), Ehlebracht-König, I. (2), Kruse, M. (3), Jäckel, W.H. (1,4,5)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Rehazentrum Bad Eilsen, (3) Rheumaklinik Aachen, (4) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen, (5) RehaKlinikum Bad Säckingen

Hintergrund

Fibromyalgie ist eine chronische Erkrankung, deren Schmerzen charakterisiert sind durch ein unvorhersehbares, diffuses und multifokales Erscheinungsbild. Zudem unterscheidet sich die Schmerzausprägung der Patienten stark voneinander. Der Hinweis auf eine fehlende Gruppenhomogenität der Fibromyalgie-Patienten führt immer häufiger zur Forderung nach Einteilung der Patienten in Subgruppen (de Souza et al., 2009). Nach den Ergebnissen von Turk (2005) lassen sich drei homogene Subgruppen voneinander unterscheiden. Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale sind dabei die Ausprägung von Angst und Depression, soziale Unterstützung sowie Krankheitsbewältigung. Auch andere psychologische Konstrukte wie subjektive Krankheitskonzepte oder krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung konnten bei Fibromyalgie-Patienten als relevante Prädiktoren z. B. bezüglich des Behandlungserfolgs identifiziert werden (Dobkin et al., 2010; Glattacker et al., 2010).

Der aktuelle Beitrag analysiert, inwiefern und in welchem Ausmaß psychologische Variablen, die in der Literatur häufig als Einzelkonstrukte diskutiert werden, unter multivariater Betrachtung prädiktive Relevanz hinsichtlich der Ausprägung von Schmerzintensität bei Fibromyalgie-Patientinnen aufweisen.

Methodik

Die Daten wurden im RehaKlinikum Bad Säckingen, im Rehazentrum Bad Eilsen und in der Rheumaklinik Aachen erhoben. Messzeitpunkt war der Beginn der Rehabilitation.

Die folgenden Konstrukte wurden als potenzielle Prädiktoren der Ausprägung der Schmerzintensität berücksichtigt: Die krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (operationalisiert über die Arthrithis Self-Efficacy Scale; ASES-D), subjektive Krankheitskonzepte (operationalisiert über die Kurzversion des Illness Perception Questionnaire; Brief IPQ mit den Dimensionen: Konsequenzen, Zeitverlauf, persönliche und Behandlungskontrolle, Krankheitsidentität (mit der Fibromyalgie ursächlich assoziierte Symptome), Sorgen, Kohärenz, emotionale Repräsentation), Depressivität und Angst (operationalisiert über die Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-D), soziale Unterstützung, Lebensbewältigung und Krankheitsakzeptanz (operationalisiert über die Subskalen des IRES 3.1) sowie die soziodemographischen Variablen Alter und Krankheitsdauer. Die Erfassung von Schmerzintensität erfolgte mit dem Fibromyalgia Illness Questionnaire (FIQ-G). In einem ersten Auswertungsschritt wurden korrelationsstatistisch die Einflussfaktoren identifiziert, die bivariat signifikant mit Schmerzintensität korrelierten. Ausschließlich diese Variablen wurden mit Hilfe einer multiplen linearen Regressionsanalyse schrittweise auf ihre prädiktive Relevanz bezüglich der Ausprägung der Schmerzintensität geprüft.

Ergebnisse

Die Stichprobe besteht aus 207 Patientinnen mit einem Altersmittelwert von 50,1 Jahren (SD: 8,2). 38 % der Patientinnen geben an, dass sie mehr als 10 Jahre an der Erkrankung leiden.

Korrelationsanalytische Berechnungen weisen bei 11 der 14 untersuchten Variablen eine signifikante Korrelation mit der Schmerzintensität auf. Kohärenz (Brief IPQ), Alter und Krankheitsdauer korrelieren nicht signifikant mit dem FIQ-G-Gesamtscore.

Die multivariate Berechnung ergibt, dass Depressivität als stärkster Prädiktor für die Ausprägung der Schmerzintensität ($\beta = 0.32$, $p < 0.001$) 36 % der Varianz aufklärt. Darüber hinaus stellen die Krankheitsidentität ($\beta = 0.27$, $p < 0.001$), Angst ($\beta = 0.22$, $p < 0.002$) und die krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung ($\beta = -0.17$, $p < 0{,}003$) relevante Prädiktoren bezüglich der Ausprägung von Schmerzintensität dar. Ca. 15 % der Gesamtvarianz können zusätzlich zu Depressivität durch diese drei Regressoren aufgeklärt werden.

Diskussion

Aus dem Feld der subgruppenspezifischen Merkmale konnten Depression und Angst als prädiktiv relevante Variablen der Schmerzintensität nachgewiesen werden. Soziale Unterstützung sowie Krankheitsbewältigung korrelieren zwar bivariat signifikant mit Schmerzintensität, weisen aber bei multivariater Betrachtung keine prädiktive Relevanz auf. Im Vergleich dazu stellen die Zuschreibung vieler Symptome zur Fibromyalgie (Dimension "Krankheitsidentität" bei subjektiven Krankheitskonzepten) und die Kontrollüberzeugung bezüglich der Erkrankung (krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung), die bei früheren Studien bereits als Prädiktoren für den langzeitlichen Behandlungserfolg ausgewiesen wurden, relevante Prädiktoren hinsichtlich der Schmerzintensitätsausprägung dar. Das Ergebnis zeigt, dass zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme die Berücksichtigung nicht nur von Depression bei Fibromyalgie-Patientinnen wichtig ist. Zusätzlich scheinen auch andere psychologische Konstrukte wie Selbstwirksamkeitserwartung oder Aspekte des subjektiven Krankheitskonzepts relevant und keineswegs redundant zur Depression zu sein. Das Ergebnis kann ggf. Ansatzpunkte für neue Interventionsansätze bieten.

Weiterer Forschungsbedarf besteht in der Ausdehnung der Fragestellung auf ein längsschnittliches Design und auf die Berücksichtigung anderer diskutierter Prädiktoren wie Kindheitserfahrungen.

Literatur

De Souza, J.B., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., Marchand, S. (2009): Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. Rheumatology International, 29. 509-515.

Dobkin, P.L., Liu, A., Abrahamowicz, M., Ionescu-Ittu, R., Bernatsky, S., Goldberger, A., Baron, M. (2010): Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. Clinical Journal of Pain, 26. 23-29.

Glattacker, M., Opitz, U., Jäckel, W.H. (2010): Illness representations in women with firbomyalgia. British Journal of Health Psychology, 00. 1-22.

Turk, D.C. (2005): The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain. Lumping versus splitting. Clinical Journal of Pain, 21. 44-55.

Evaluation der Patientenschulungen in der Rheumatologie mit Hilfe des Health Education Impact Questionnaire (heiQ), eines generischen Fragebogens zur Bewertung von Patientenschulungen

Kirchhof, R. (1), Musekamp, G. (2), Schuler, M. (2), Ehlebracht-König, I. (1,3), Faller, H. (2), Nolte, S. (4), Osborne, R. (5), Gutenbrunner, C. (1), Schwarze, M. (1)

(1) Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, (2) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, (3) Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, (4) Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e.V., Dermatologisches Zentrum Buxtehude, (5) Deakin University, School of Health and Social Development, Burwood, Australia

Hintergrund und Ziel

Distale Ziele von Patientenschulungen (PS) sind es, langfristig Kriterien wie Lebensqualität oder Funktionsfähigkeit zu verbessern. An diesen Zielkriterien wurden PS bis dato hauptsächlich evaluiert. Geeigneter für eine valide Bewertung von PS sind aber proximale Zielkriterien wie Krankheitswissen, Compliance, Selbstmanagementfähigkeiten und Empowerment (Faller et al., 2005). Da bisher kaum deutschsprachige Instrumente zur Evaluation der proximalen Zielkriterien einer PS existieren, wird derzeit der generische Fragebogen "Health Education Impact Questionnnaire" (heiQ; Osborne et al., 2007) ins Deutsche übersetzt, adaptiert und validiert. Die von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie entwickelten PS zeigten in einer kontrollierten Studie mit Spondylitis-ankylosans-Patienten eine hohe Akzeptanz durch die Patienten und signifikante Effekte auf verschiedenen Ebenen. Als proximale Effekte ließen sich eine Verbesserung des Krankheits- und Behandlungswissen sowie eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit erzielen. Als Sekundäreffekte konnten die Funktionskapazität erhalten bleiben und die AU Tage reduziert werden (Bönisch et al., 2005). Der heiQ stellt weitere Kategorien proximaler Effekte zur Verfügung, die bislang nicht Gegenstand der Evaluation waren. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine Evaluation der PS im Rehazentrum Bad Eilsen bezüglich ihrer Wirkung auf proximale Variablen, wie sie durch den heiQ erfasst werden.

Methoden

Kennzeichnend für das Rehazentrum Bad Eilsen ist eine multimodale Rehabilitation mit indikationsspezifischen PS. Für die Studie wurden Qualitätskriterien für die PS angelegt, wie sie vom Zentrum Patientenschulung festgelegt wurden (Ströbl et al., 2007). Insgesamt konnten für das Rehazentrum Bad Eilsen 248 Patienten aus drei Indikationsgruppen (Spondylitis ankylosans - SpA, Fibromyalgie-Syndrom - FM, Chronische Polyarthritis - CP) zur Auswertung herangezogen werden. Die Patienten füllten den heiQ für die Messzeitpunkte t1 (vor der Patientenschulung) und t2 (nach der Patientenschulung) aus. Zur Auswertung der Zeit- und Gruppeneffekte wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit der Indikationsgruppe als Zwischensubjektfaktor durchgeführt. Ebenso wurden Effektstärken (Cohens d) berechnet. Das Signifikanzniveau Alpha wurde auf 0,05 festgelegt.

Ergebnisse

Die Datenanalyse erbrachte, dass sich die Patienten in allen acht Skalen des heiQ signifikant verbesserten. Es wurden folgende Effektstärken (Cohens d) errechnet: Gesundheitsförderndes Verhalten: d=.38, aktive Beteiligung am Leben: d=.37, emotionales Wohlbefinden: d=.35, Selbstüberwachung und Krankheitsverständnis: d=.45, konstruktive Einstellungen: d=.13, Erwerb von Fertigkeiten und Handlungsstrategien: d=.54, soziale Integration und Unterstützung: d=.14 sowie Kooperation und Zurechtfinden im Gesundheitswesen: d=.15. Für den Faktor Indikationsgruppe (SpA, FM, CP) konnte kein signifikanter Effekt auf die Skalen des heiQ festgestellt werden.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass proximale Größen direkt und unmittelbar durch PS, welche in eine multimodale Reha implementiert sind, verändert werden können. Die Effektstärken liegen für die Skalen "Gesundheitsförderndes Verhalten", "aktive Beteiligung am Leben", "emotionales Wohlbefinden", "Selbstüberwachung und Krankheitsverständnis" und "Erwerb von Fertigkeiten und Handlungsstrategien" in einem eher mittleren Bereich. Dies scheint darauf hinzudeuten, dass sich diese Konzepte relativ schnell verändern lassen. Dies scheint für die Konzepte "konstruktive Einstellungen", "soziale Integration und Unterstützung" sowie "Kooperation und Zurechtfinden im Gesundheitswesen" weniger der Fall zu sein, da sich hier deutlich kleinere Effektstärken ergeben. Während der Reha, die außerhalb des normalen Alltags stattfindet, sind hier vielleicht aber auch keine bedeutenden Änderungen zu erwarten, da soziales Umfeld und Gesundheitswesen erst nach der Reha wieder eine größere Rolle spielen. Konstruktive Einstellungen wiederum verändern sich möglicherweise langsamer als z. B. Fertigkeiten und Handlungsstrategien. Insgesamt sind die Effektstärken aber deutlich höher als die typischerweise im arthritischen Bereich ermittelten Effektstärken (d=.04, d=.10; Warsi et al., 2003). Die Ergebnisse zeigen, dass sich die antizipierten Effekte der PS durch Verwendung proximaler Zielkriterien abbilden lassen. Der heiQ stellt daher eine wichtige Ergänzung zu den bereits verwendeten krankheitsspezifischen Instrumenten dar.

Literatur

Bönisch, A., Ehlebracht-König, I., Krauth, C., Rieger, J. (2005): Evaluation eines Schulungsseminares für Patienten mit Spondylitis ankylosans (SpA). In: Petermann F. (Hrsg.): Prädiktion, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation, 2. Auflage, Regensburg: Roderer. 51-102.

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44. 277-286.

Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Whitfield, K. (2007): The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. Patient Education and Counseling, 66. 192-201.

Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2007): Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische. Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 75. 11-14.

Warsi, A., Valley, M.P., La Wang, P., Avorn, J., Solomon, D. (2003): Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research), 48. 2207-2213.

Interdisziplinäre Schmerztherapie in der orthopädischen Rehabilitation (ISOR) - Erste Zwischenergebnisse zu längerfristigen Effekten

Zucker, A. (1), Keck, M. (1), Nübling, R. (2), Schmidt, J. (2)

(1) Drei-Burgen-Klinik der Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Bad Münster am Stein, (2) GfQG - Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe

Hintergrund

Nach Schätzungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung leben in Deutschland 5-8 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen. 5-10 % aller Schmerzpatienten entwickeln eine chronische Schmerzkrankheit. Unter Einschluss der indirekten Sozialkosten ist der Rückenschmerz die teuerste Krankheit für die Versorgungssysteme der westlichen Industriestaaten (Hildebrandt et al., 2005). Die Interdisziplinäre Schmerztherapie in der orthopädischen Rehabilitation (ISOR) der Drei-Burgen-Klinik bietet einen Rehabilitationsansatz, der Patienten mit Schmerzsyndromen befähigen soll, Prozesse der Schmerzchronifizierung zu erkennen, sie zurück zu entwickeln und/oder adäquate Bewältigungsstrategien zu erwerben, mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und der damit verbundenen sozialen Akzeptanz (Miller, Rollnick, 2009; Kanfer et al., 2005). Zentrale Säulen des ISOR-Konzeptes sind:

- ausführliche Eingangsdiagnostik einschließlich Schmerz- und psychosoziale Diagnostik,
- verhaltenstherapeutisch fundierte Behandlung,
- intensive Bewegungstherapie,
- Interventionen zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation im engeren Sinne.

Zentrales Ziel der ISOR ist die Förderung aktiver Teilhabe der Rehabilitanden am gesellschaftlichen Leben, privat wie beruflich, unter Einbeziehung partiell fortbestehender Belastungen durch Schmerzen.

Methodik

Mittels eines SGPP(single group-pre-post)-Designs mit Datenerhebungen zu Beginn der stationären Reha (A) und 12 Monate nach Entlassung (K) sollten erste Anhaltspunkte zum Nutzen und insbesondere zu den längerfristigen Effekten der ISOR-Maßnahme gewonnen werden. Zum Zwecke der indirekten Veränderungsmessung wurden bei beiden Messungen der Deutsche Schmerzfragebogen (Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie), SF-12 (Bullinger, Kirchberger, 1998), MFHW (Herda et al., 1998) und HADS (Hermann et al., 1995) vorgegeben. Über einen speziell entwickelten Nachbefragungsbogen wurden weiterhin direkte und quasi-indirekte Veränderungsmessungen einbezogen. In die naturalistische Beobachtungsstudie sollten konsekutiv 200 ISOR-Rehabilitanden der Klinik einbezogen werden. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf eine erste Zwischenauswertung (n = 127 Aufnahmemessungen und n = 54 Katamnesen).

Ergebnisse

Charakteristika der untersuchten Patienten bei Aufnahme: Durchschnittsalter 49,9 Jahre (SD = 7,8 Jahre); 51,6 % Frauen; 73,3 % Hauptschulabschluss; bei 57,7 % dauerten die Schmerzen bereits über 5 Jahre an; 67 % hatten täglich Schmerzen; bei 60 % dauerten die Schmerzattacken länger als 3 Tage; 78,6 % hatten mehrere Schmerzbilder; 79,8 % waren durch die Schmerzen ziemlich oder sehr behindert; 82,4 % beurteilten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht.

Befunde zur Ergebnisqualität 12-Monate nach der Reha: 48,1 % waren mit dem Behandlungsergebnis zufrieden oder sehr zufrieden, 36,5 % teils-teils, 15,4 % waren unzufrieden. Tabelle 1 zeigt, dass bei den untersuchten Parametern im Vergleich Aufnahme - Katamnese (1 Jahr nach Entlassung) insgesamt geringe bis große Effektgrößen beobachtet werden konnten. Deutliche Verbesserungseffekte lagen bezüglich der selbstbeurteilten durchschnittlichen Schmerzstärke, der maximalen Schmerzstärke und insbesondere der körperlichen Summenskala im SF-12 vor. Ebenfalls deutlich war eine Besserung des gesundheitlichen Befindens bzw. des habituellen Wohlbefindens. Geringe Veränderungen lagen hingegen in den psychischen Merkmalsdimensionen (Psychische Summenskala des SF-12, Angst und Depression im HADS).

Variable	Bezeichnung	Skala (S) / Einzelitem (EI)	Anzahl der Messwert-paare	Effektgröße ES[1]	Art der Veränderungs-messung
GB-10	Gesundheitliches Befinden	S	53	*0,62*	quasi-indirekt[2]
MFHW	Habituelles Wohlbefinden	S	49	*0,53*	indirekt
DSS	Durchschnittliche Schmerzstärke	EI	46	*0,84*	indirekt
MSS	Maximale Schmerzstärke	EI	46	*0,72*	indirekt
SF-12-KSK	Körperliche Summenskala	S (gewichtet)	32	*1,17*	indirekt
SF-12-PSK	Psychische Summenskala	S (gewichtet)	32	*0,15*	indirekt
HADS-A	Angst	S	53	*0,12*	indirekt
HADS-D	Depression	S	53	*0,17*	indirekt

1) Die Effektgröße ES wurde jeweils über folgende Formel berechnet: M_A - M_K / SD_A , wobei M = Mittelwert, A = Aufnahmemessung, K = Katamnesemessung, SD = Standardabweichung,

2) Die Prä-Messung wurden hier retrospektiv in der Nacherhebung erhoben.

Tab. 1: Beobachtete Effektgrößen - Vergleich Aufnahme - Katamnese

Diskussion

Die vorläufigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass die ISOR-Patienten hinsichtlich Schmerzstärke und körperlichem Befinden längerfristig sehr gut zu profitieren scheinen. Die geringe Veränderung bezüglich der psychischen Parameter lässt sich einerseits durch die markanten Belastungsfaktoren der untersuchten Patienten erklären, andererseits muss aber auch überlegt werden, ob die psychologischen Programminhalte entsprechend der vorlie-

genden Evaluationsergebnisse angepasst werden müssen. Darüber hinaus bleibt abzuwarten, ob und inwieweit die endgültigen Befunde die Ergebnisse der Zwischenauswertung bestätigen werden.

Literatur

Hildebrand, J., Müller, G., Pfingsten, M. (2005): Lendenwirbelsäule. München: Urban & Fischer.

Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2005): Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Miller, W., Rollnick, St. (2009): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Körperliche Aktivitäten 12 Monate nach stationärer rheumatologischer Rehabilitation mit intensivem Training und systematischer Motivationsarbeit

Mattukat, K. (1), Rennert, D. (1), Ehlebracht-König, I. (2), Kluge, K. (3), Mau, W. (1)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
(2) Rehazentrum Bad Eilsen, (3) Teufelsbad Fachklinik Blankenburg

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Obwohl regelmäßige (intensive) körperliche Aktivitäten bei Patienten mit chronischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen mit einer Vielzahl an gesundheitsbezogenen Verbesserungen einhergehen (Baillet et al., 2010), ist ein inaktiver Lebensstil bei Personen mit Gelenkerkrankungen besonders verbreitet (Hootman et al., 2003). In der konventionellen rheumatologischen Rehabilitation werden die Patienten bisher vor allem an gemäßigte Bewegungstherapien herangeführt. Zur Aufrechterhaltung der positiven Reha-Ergebnisse werden ihnen neben der Verordnung entsprechender Nachsorgeleistungen vor allem Bewegungsaktivitäten in Eigeninitiative empfohlen.

Im vorliegenden Projekt* wurde während der stationären Rehabilitation ein intensives Kraft-, Ausdauer- und Koordinationstraining (KAKo-Training) bei Patienten mit chronischen Polyarthritiden (cP) oder Spondyloarthritiden (SpA) in geschlossenen Gruppen durch systematische Motivationsarbeit vor dem Hintergrund des Transtheoretischen Modells (TTM) ergänzt, um die Aufnahme und Aufrechterhaltung eigenständiger Bewegungsaktivitäten langfristig zu fördern. Die Effekte dieser Intervention werden im Ein-Jahres-Verlauf untersucht.

Methoden

Im Rahmen der Studie wurden Rehabilitanden mit cP oder SpA im Rehazentrum Bad Eilsen und der Teufelsbad Fachklinik Blankenburg zu vier (Kontrollgruppe [KG]) bzw. fünf Messzeitpunkten (Interventionsgruppe [IG]) befragt. Die vorliegenden Analysen beruhen auf Da-

* Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" - FKZ: 0421-FSCP-0536 (Deutsche Rentenversicherung Bund)

ten von insgesamt 227 Rehabilitanden (Durchschnittsalter 48 [± 8] Jahre, 61 % Frauen, 74 % cP, 26 % SpA) zu T1 (Reha-Beginn) und T5 (12 Monate nach Reha-Ende).

Ergebnisse

Zu T1 zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen KG und IG in gesundheits- und aktivitätsbezogenen Merkmalen (α=0,05, korrigiert nach Bonferroni).

Im Vergleich zu T1 berichteten die Rehabilitanden zu T5 gruppenübergreifend eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. körperlicher Aktivität sowie durchschnittlich höhere Motivationsstufen nach dem Stufenalgorithmus des TTM ($p<0,01$). Insgesamt wurden mehr Vor- als Nachteile körperlicher Aktivität wahrgenommen.

Die Gesamtaktivität nach dem Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität (FFkA; Frey et al., 1999) zeigt zu T5 im Vergleich zu T1 signifikante Verbesserungen der IG gegenüber der KG ($p<0,001$). Diese Ergebnisse spiegeln sich vor allem in den Bereichen der Basisaktivitäten (Wege per Rad oder zu Fuß, Treppensteigen, Gartenarbeit) und Sportaktivitäten wider ($p<0,001$). Die Freizeitaktivitäten (Spaziergänge, Spazierfahrten, Tanzen, Kegeln) der KG und IG zeigen 12 Monate nach Reha-Ende keine signifikanten Veränderungen. In Anlehnung an die Empfehlungen zum Bewegungssoll nach Paffenbarger et al. (1986: min. 2000 kcal/Woche Gesamtaktivität) waren zu T5 73 % der Teilnehmer der IG ausreichend aktiv, während nur 56 % der Teilnehmer der KG dieses Kriterium erreichten ($p<0,01$). Die Empfehlungen des American College of Sports Medicine (1990: min. 1000 kcal/Woche durch Training) erfüllten zu T5 46 % der Teilnehmer der IG und nur 28 % der Teilnehmer der KG ($p<0,01$).

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen gruppenübergreifend eine deutliche Steigerung sowohl der Bewegungsmotivation als auch der umgesetzten Bewegungsaktivitäten im Ein-Jahres-Verlauf. Ehemalige Teilnehmer der Interventionsgruppe mit intensivem KAKo-Training und Motivationsarbeit während der Reha berichten langfristig eine höhere Alltags- und Sportaktivität als ehemalige Teilnehmer der Kontrollgruppe mit konventioneller Rehabilitation. Ein intensives Training in geschlossenen Gruppen gekoppelt mit systematisch bearbeiteten Motivationsaspekten stellt somit eine erfolgreiche Strategie der Förderung langfristiger Bewegungsaktivitäten dar.

Literatur

American College of Sports Medicine (1990): The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. Medicine and Science in Sports and Exercise, 22. 265-274.

Baillet, A., Zeboulon, N., Gossec, L., Combescure, C., Bodin, L.A., Juvin, R., Dougados, M., Gaudin, P. (2010): Efficacy of cardiorespiratory aerobic exercise in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. Arthritis Care & Research, 62. 984-992.

Frey, I., Berg, A., Grathwohl, D., Keul, J. (1999): Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität - Entwicklung, Prüfung und Anwendung. Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin, 44. 55-64.

Hootman, J.M., Macera, C.A., Ham, S.A., Helmick, C.G., Sniezek, J.E. (2003): Physical Activity Levels Among the General US Adult Population and in Adults With and Without Arthritis. Arthritis Care & Research, 49. 129-135.

Paffenbarger, R.S.J., Hyde, R.T., Wing, A.L., Hsieh, C.C. (1986): Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. The New England Journal of Medicine, 314. 605-613.

Wie gut bildet der Entwicklungstest ET6-6 die nonverbalen Intelligenzleistungen entwicklungsverzögerter Kinder ab?

Kastner, J. (1), Petermann, F. (1), Petermann, U. (1), Hecking, M. (2), Mayer, H. (2), Springer, S. (2)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) Klinik Hochried, Murnau am Staffelsee

Hintergrund

Eine umschriebene Entwicklungsstörung liegt vor, wenn die Leistungen in einem Test zur spezifischen Erfassung des betroffenen Funktionsbereichs deutlich von der Altersnorm und dem allgemeinen Leistungsniveau des Kindes abweichen. Die Normalitätsannahme setzt unter anderem voraus, dass den Entwicklungsstörungen ursächlich keine erheblichen kognitiven Defizite zugrunde liegen (Esser, Petermann, 2010). Die ICD-10 formuliert in ihren Diagnosekriterien der umschriebenen Entwicklungsstörungen entsprechend einen nonverbalen IQ unter 70 in einem standardisierten Test als Ausschlusskriterium.

Zu Beginn einer stationären Rehabilitation von Vorschulkindern erfolgt in der Regel eine umfassende diagnostische Überprüfung verschiedener Entwicklungsbereiche (Sprache, Motorik, Kognition), um umschriebene Entwicklungsstörungen entsprechend zu quantifizieren und gezielte Fördermaßnahmen einzuleiten. Dabei werden insbesondere auch Entwicklungs- und Intelligenztests eingesetzt. Die hochstandardisierte Eins-zu-Eins Testsituation (die Intelligenztests unbedingt voraussetzen) in einer unvertrauten Umgebung stellt allerdings gerade für junge Kinder regelmäßig eine große Belastung dar. Der klinische Einsatz des Entwicklungstests ET 6-6 deutet darauf hin, dass insbesondere die Testleistungen in der Dimension Handlungsstrategien mit handlungsbezogenen Intelligenzleistungen korrelieren und somit auch bei sprachgestörten Kindern eine faire Einschätzung des kognitiven Leistungsniveaus erlauben (Macha, Petermann, 2006).

Die vorliegende Studie* möchte klären, inwieweit die kognitive Dimension Handlungsstrategien des Entwicklungstests für Kinder im Alter von sechs Monaten bis sechs Jahren (ET 6-6) (Petermann et al., 2008) eine zuverlässige Schätzung der nonverbalen Intelligenz entwicklungsverzögerter Kinder erlaubt und eine zusätzliche Intelligenztestung zur Absicherung der Normalitätsannahme entbehrlich macht.

Methodik

Anhand einer klinischen Stichprobe von 47 entwicklungsverzögerten Kindern (16 Mädchen, 31 Jungen) im Alter von 54 bis 78 Monaten (M=67,24, SD=7,53) wurde untersucht, inwieweit die kognitive Dimension Handlungsstrategien des ET 6-6 eine valide Einschätzung des

* Dieses Projekt wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund (Aktenzeichen: 8011-106-31/31.90) gefördert.

nonverbalen kognitiven Leistungsniveaus ermöglicht. Diesbezüglich wird die Produktmoment-Korrelation nach Pearson zwischen der ET6-6-Skala Handlungsstrategien und den handlungsbezogenen Subtests Mosaik-Test, Matrizen-Test und Bildkonzepte der Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-III (WPPSI-III) (Petermann, 2009) sowie dem daraus resultierenden Handlungs-IQ berechnet. Mittels linearer Regressionsanalysen wird überprüft, inwieweit die Handlungsstrategien des ET 6-6 signifikant zur Vorhersage des Handlungs-IQ beitragen. Die Testungen fanden innerhalb der ersten zwei Wochen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme statt. Alle untersuchten Kinder litten an gravierenden Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Motorik, Kognition und Sprache oder an einer umschriebenen Entwicklungsstörung der Sprache und des Sprechens (F 80.0, F80.1, F80.2) bzw. der motorischen Funktionen (F82.0).

Ergebnisse

Auf Subtestebene zeigt sich der höchste Zusammenhang zwischen den Handlungsstrategien des ET 6-6 und dem WPPSI-Untertest Bildkonzepte (r=0,655, p=0,000). Die Korrelationen zwischen den Handlungsstrategien und dem Mosaik-Test sowie dem Matrizen-Test fallen etwas geringer aus (Handlungsstrategien-Mosaiktest: r=0,644, p=0,000; Handlungsstrategien-Bildkonzepte: r=0,459, p=0,011).

Die Korrelation zwischen der Entwicklungsdimension Handlungsstrategien und dem Handlungs-IQ des WPPSI ist hoch signifikant (r=0,728, p=0,000).

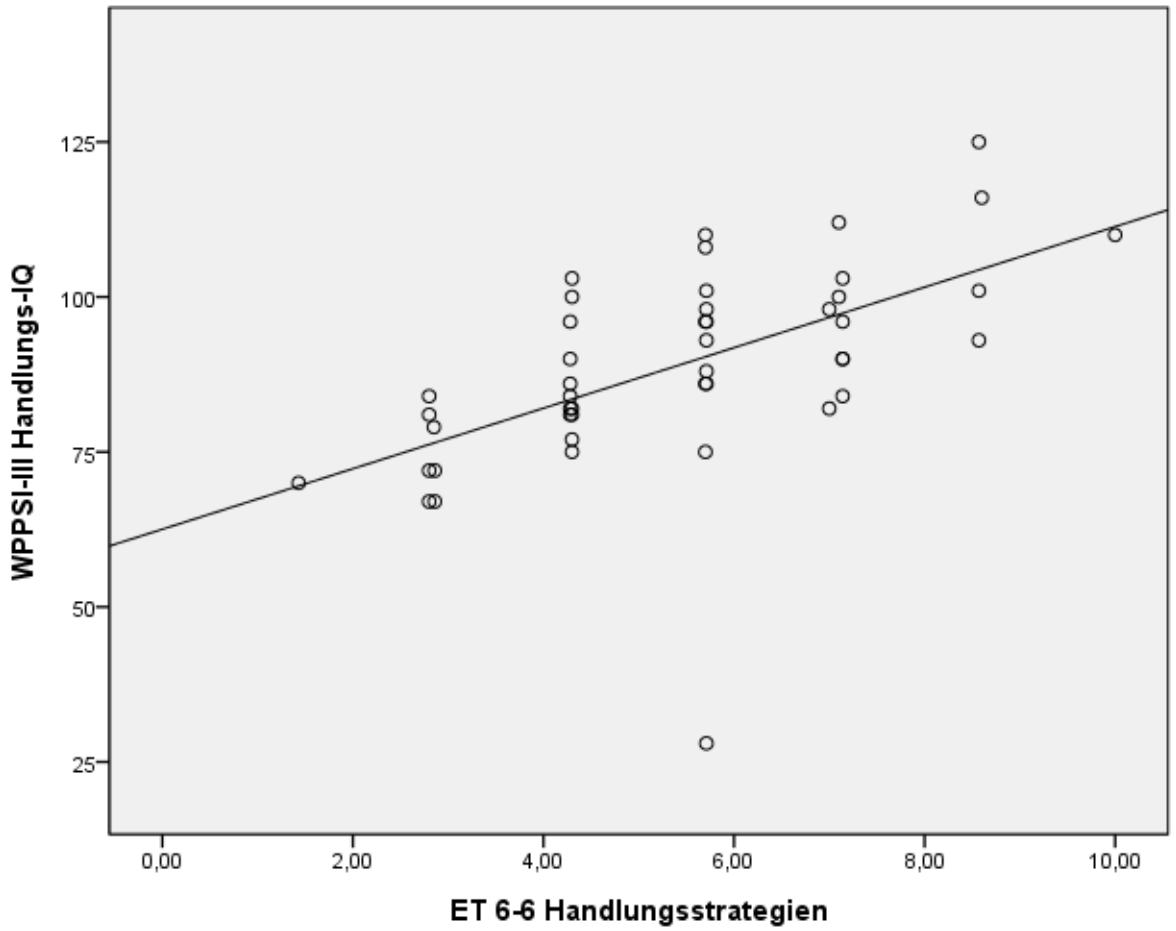


Abb. 1: Zusammenhang zwischen der Dimension Handlungsstrategien des ET 6-6 und dem Handlungs-IQ der WPPSI-III.

Gesonderte Analysen für die 18 sprachentwicklungsverzögerten Kinder der Stichprobe ergeben, dass in dieser Subgruppe ebenfalls hohe Zusammenhänge zwischen den Handlungsstrategien und dem Handlungs-IQ (r=0,753) bestehen und signifikant zur Vorhersage des Handlungs-IQ beitragen (p=0,000). Für die Gruppe der sprachunauffälligen Kinder zeigt sich eine vergleichbare Tendenz (r=0,680, p=0,000).

Diskussion

Die Ergebnisse der Korrelations- und Regressionsanalysen der Gesamtstichprobe zeigen, dass die Handlungsstrategien des ET 6-6 einen guten Prädiktor zur Vorhersage des nonverbalen kognitiven Leistungsniveaus entwicklungsverzögerter Kinder darstellen. Die Differenzierung zwischen den Subgruppen sprachauffälliger bzw. unauffälliger Kinder zeichnet ein ähnliches Bild: Für beide Subgruppen erweisen sich die Handlungsstrategien als aussagekräftiger Indikator für den Handlungs-IQ. Aus den vorliegenden Resultaten lässt sich schlussfolgern, dass die Leistungen der Handlungsstrategien sprachunabhängig sind und sich gleichermaßen zur fairen Einschätzung des kognitiven Leistungsniveaus sprachauffälliger und sprachunauffälliger Kinder eignen.

Literatur

Esser, G., Petermann, F. (2010): Entwicklungsdiagnostik. Göttingen: Hogrefe.

Macha, T., Petermann, F. (2006): Wie gut bilden Entwicklungstests die kognitive Entwicklung ab? Kinder- und Jugendmedizin, 6. 381-388.

Petermann, F. (Hrsg.) (2009): Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-III (WPPSI-III). Frankfurt/M.: Pearson Assessment.

Petermann, F., Stein, I.A., Macha, T. (2008): Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre (ET 6-6), 3. veränd. Aufl. Frankfurt/M.: Pearson Assessment.

Wirksamkeit von elternzentrierten Interventionen bei Eltern entwicklungsauffälliger Kinder im Rahmen einer stationären Rehabilitation

Springer, S. (1), Mayer, H. (1), Kastner, J. (2), Petermann, U. (2), Petermann, F. (2), Hecking, M. (1)

(1) Klinik Hochried, Murnau am Staffelsee,

(2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund

Die Behandlung und Förderung von entwicklungsverzögerten Kindern in der stationären Rehabilitation sollte sich nicht auf kindzentrierte Interventionen beschränken, sondern auch eine intensive Betreuung und Schulung der Eltern umfassen. Während die Kinder im Verlauf der stationären Behandlung von einem umfangreichen therapeutischen Angebot profitieren, gilt es nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme eine entsprechende Förderung der Kinder im häuslichen Kontext durch die Eltern weiterzuführen. Die elterlichen Förder- und Erziehungskompetenzen wirken sich entscheidend auf das Förderklima und die Alltagsbe-

wältigung im familiären Umfeld aus und beeinflussen den Entwicklungsfortschritt der Kinder nachhaltig (Bradley et al., 2001).

Studien berichten, dass eine Vielzahl von Eltern mit entwicklungsauffälligen Kindern an erhöhtem Stress sowie an einem verminderten Selbstwirksamkeitsgefühl leiden. Beide Faktoren wirken sich negativ auf das Entwicklungsklima in der Familie aus (Paster et al., 2009) und können die Entwicklungsfortschritte der Kinder behindern. Dieses ungünstige Wirkungsgefüge soll durch gezielte Stärkung elterlicher Kompetenzen durchbrochen werden.

Ziel der Studie* war es, die kurzfristige Wirksamkeit elternzentrierter Maßnahmen auf die empfundene Erziehungskompetenz und Selbstwirksamkeit der Eltern sowie deren Stresserleben zu untersuchen.

Methodik

Mittels eines zweifaktoriellen Designs wurde untersucht, inwieweit die elternzentrierten Interventionen (Einzelgespräche, Elternschulungen und Teilnahme an Therapien) zur Erhörung der empfundenen Erziehungskompetenz und Selbstwirksamkeit sowie zur Reduktion des Stresserlebens beitrugen. Diesbezüglich wurden die Ergebnisse einer Befragung von 95 Eltern entwicklungsverzögerter Vorschulkinder (86 Mütter; 9 Väter) unmittelbar zu Beginn und Ende einer sechswöchigen Rehabilitation verglichen. Die Kinder der befragten Eltern (36 Mädchen; 59 Jungen) waren 54 bis 78 Monate alt (M=67.65; SD=7.48) und wiesen dabei gravierende Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Motorik, Kognition und Sprache auf oder litten an einer umschriebenen Entwicklungsstörung der Sprache und des Sprechens (F 80.0, F80.1, F80.2) bzw. der motorischen Funktionen (F82.0). Zur Erfassung des elterlichen Stresserlebens, der wahrgenommenen Erziehungskompetenz und der Selbstwirksamkeit wurden sechs Skalen des Fragebogenverfahrens Parental Stress Index (PSI, Sarimski, 1992), der Alabama Parenting Questionnaire (APQ, Lösel et al., 2003) sowie die Skala Selbstwirksamkeit des Parenting Sense of Competence (PSOC, Lösel et al., 2003) eingesetzt. Die Datenerhebungen fanden unter Anleitung der zuständigen Projektmitarbeiterin am jeweils ersten (t1) und letzten Tag (t2) der Rehabilitation statt.

Die Datenanalyse erfolgte mittels nonparametrischer Testfahren (U-Test von Mann-Whitney, Wilcoxon-Test) für abhängige und unabhängige Stichproben. Zusätzlich wurden für einzelne Fragestellungen Effektstärken nach Cohen (d) und der Produktmoment-Korrelationskoeffizient von Pearson berechnet.

Ergebnisse

Zur Katamnese verbessern sich die Kennwerte der Eltern in den sechs Skalen des PSI (Gesundheitliche Beeinträchtigungen p=0,000, d=0,45; Eltern-Kind-Interaktion p=0,039, d=0,17; Depression p=0,000, d=0,30; Zweifel an der Kompetenz p=0,000, d=0,40; Elterliche Bindung p=0,000, d=0,32; Akzeptierbarkeit der Eigenheiten des Kindes p=0,000, d=.0,30). Weiterhin kann ein positiver Rehabilitationseffekt auf die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der Eltern nachgewiesen werden (p=0,000, d=0,32). In den Skalen des APQ ist jedoch nur für das Elterliche Engagement eine positive Tendenz erkennbar (p=0,001, d=0,24), während für die Skalen Positive Erziehung (p=0,311, d=0,08) und Geringe Kontrolle

* Dieses Projekt wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund (Aktenzeichen: 8011-106-31/31.90) gefördert.

(p=0,665, d=0,00) keine Veränderungen zu beobachten sind. In der Skala Inkonsistente Erziehung zeigt sich zum Zeitpunkt der Katamnese ein signifikanter negativer Effekt (p=0,000, d= -0,75).

Es wird deutlich, dass diejenigen Eltern, die häufigere (> 5 Gespräche) und längere (> 120 Minuten) individuelle Beratungen erhalten, höhere Kennwerte in der Selbstwirksamkeit aufweisen als diejenigen Eltern, die weniger häufig (< 5 Gespräche) und kürzer (< 120 Minuten) beraten werden (p=0,016, d=0,50). Auswertungen mit dem Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten zeigen, dass insbesondere die Verbesserung des elterlichen Engagements positiv signifikant auf einem Niveau von p=0,01 mit der Häufigkeit der individuellen Beratungen korreliert (r=0,30).

Diskussion

Die Betrachtung aller Ergebnisse lässt darauf schließen, dass die elternzentrierten Interventionen in ihrer Gesamtheit kurzfristig zu einer Verbesserung des Stresserlebens sowie der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit beitragen. Die Befunde sprechen dafür, die elternzentrierten Interventionen zukünftig fortzuführen. Insbesondere das Konzept der individuellen Elternberatungen erscheint sinnvoll, um das elterliche Vertrauen in deren Fähigkeiten als Erziehende und Fördernde zu verstärken. Es wird jedoch deutlich, dass die bisherigen Interventionsangebote die erlebte Erziehungskompetenz nicht maßgeblich steigern. Deshalb ist das Konzept der elternzentrierten Maßnahmen zu modifizieren. Zukünftig gilt es, die Erziehungskompetenzen intensiver zu schulen, wobei insbesondere die Bereiche positive Verstärkung und konsequentes Handeln zu thematisieren sind.

Literatur

Bradley, R.H., Corwyn, R.F., Burchinal, M., McAdoo, P., Garcia Coll, C. (2001): The home environments of children in the United States part II: Relations with behavioral development through age thirteen. Child Development, 72. 1868-1886.

Lösel, F., Beelmann, A., Jaursch, S., Schererer, S., Stemmler, M., Wallner, S. (2003): Skalen zur Messung elterlichen Erziehungsverhaltens bei Vorschul- und Grundschulkindern. Die Deutschen Versionen der Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) und des Alabama Parenting Questionnaire (APQ). Erlangen-Nürnberg: Institut für Psychologie der Universität.

Paster, A., Brandwein, D., Walsh, J. (2009): A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. Research in Developmental Disabilities, 30. 1337-1342.

Sarimski, K. (1992): Parenting Stress Index - deutsche Version. München: Kinderzentrum München.

Auswirkungen psychischer Auffälligkeit auf die Lebensqualität chronisch kranker Jugendlicher

Stachow, R. (1), Wintjen, L. (2), Ender, S. (2), Tiedjen, U. (1), Petermann, F. (2)

(1) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung Nord, Westerland, (2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund und Fragestellung

Chronisch-körperliche Erkrankungen beeinflussen die psychische und soziale Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Familie nachhaltig und stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten dar (Noeker, Petermann, 2008). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von chronisch kranken Jugendlichen ist im Vergleich zu gesunden Jugendlichen nachweislich eingeschränkt. Dies ergibt sich sowohl im Selbst- als auch im Elternurteil. Bei verschiedenen chronisch-körperlichen Erkrankungen unterscheidet sich die von den Jugendlichen beschriebene Lebensqualität nicht wesentlich (Sawyer et al., 2004). Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten erfahren ebenso wie chronisch-körperlich kranke Jugendliche deutliche Beeinträchtigungen in ihrer Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al., 2007). Bei verschiedenen chronisch-körperlichen Erkrankungen verbessert sich die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen nach einer stationären Rehabilitation (Ravens-Sieberer et al., 2005). Kiera et al. (2010) beschreiben Unterschiede bei chronisch kranken Jugendlichen mit und ohne psychische Auffälligkeiten in der Entwicklung ihres Selbstwertes nach der Rehabilitation. Die Studie untersucht, ob sich auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Jugendlicher mit und ohne psychische Auffälligkeiten nach einer vier- bis sechswöchigen Reha-Maßnahme unterschiedlich entwickelt. Es wird vermutet, dass die Lebensqualität bei Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten deutlicher eingeschränkt ist und dass diese Jugendlichen weniger von der Reha-Maßnahme profitieren.

Methodik

176 körperlich chronisch kranke Jugendliche (112 Mädchen, 64 Jungen) zwischen 14 und 17 Jahren (M=15.24, SD=1.07), die in den Jahren 2007 bis 2008 in der Fachklinik Sylt an einer stationären Rehabilitation teilgenommen hatten, und ihre Eltern wurden zu Beginn (t0), zwei Wochen nach (t1) und ein Jahr nach der stationären Reha-Maßnahme (t2) befragt. Die Diagnosegruppen umfassen chronische Atemwegs- und Hauterkrankungen, Adipositas sowie Diabetes mellitus. Einschätzungen zur psychischen Auffälligkeit wurden mit der deutschen Version des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-D) anhand des Elternurteils zu t0 ermittelt und nach den Cut-off-Werten des Gesamtproblemwertes in zwei Ausprägungen eingeteilt: "unauffällig" vs. "grenzwertig/auffällig". Zu allen drei Messzeitpunkten schätzten die Jugendlichen ihre Lebensqualität mit dem Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL-R) selbst ein. Der KINDL-R umfasst die sechs Subskalen körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule). Zusätzlich lässt sich ein Gesamtwert für die gesundheitsbezogene Lebensqualität bilden. Mittels multivariater Varianzanalysen wurden der Verlauf der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die

Einflüsse der psychischen Auffälligkeit untersucht. Außerdem wurden geschlechts- und diagnosespezifische Effekte auf die Ausprägung der Lebensqualität überprüft.

Ergebnisse

Die multivariaten Analysen zu den Einflüssen des Geschlechts und der Diagnose auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei der gesamten Stichprobe lieferten keine geschlechts- [$F(7,124)=1.731$; $p=.108$] und diagnosespezifischen Haupteffekte [$F(21,372)=0.980$; $p=.487$].

Von den 176 Jugendlichen wurden 128 als psychisch unauffällig (73 %) und 48 als psychisch grenzwertig/auffällig (27 %) anhand des Elternurteils des SDQ eingestuft.

Die Untersuchung auf Gruppenunterschiede bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Jugendlichen mit und ohne psychische Auffälligkeiten mittels zweifaktorieller, multivariater Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt "Gruppe" [$F(7,124)=3.592$; $p=.001$; $Eta^2=.169$]. Auf fünf der sieben Skalen schätzen die Jugendlichen mit psychischer Auffälligkeit ihre Lebensqualität signifikant schlechter ein als die Jugendlichen ohne psychische Auffälligkeit. Die meisten signifikanten Unterschiede treten dabei zu t1 auf, die wenigsten zu t2. Außerdem ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt "Zeit" [$F(14,117)=2,315$; $p=.008$; $Eta^2=.217$] und ein signifikanter Interaktionseffekt "Zeit x Gruppe" [$F(14,117)=1.993$; $p=.024$; $p=.193$]. So verbessert sich der Gesamtwert der Lebensqualität im Verlauf bei beiden Gruppen signifikant, sodass zu t2 keine Unterschiede mehr zwischen den Gruppen bestehen, jedoch findet diese Verbesserung zu unterschiedlichen Messzeitpunkten statt.

Diskussion und Ausblick

Chronisch kranke Jugendliche mit einer von den Eltern beurteilten grenzwertigen oder auffälligen psychischen Befindlichkeit beschreiben - wie vermutet - größere Einschränkungen im Selbsturteil der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als chronisch kranke Jugendliche ohne psychische Auffälligkeiten. Eine grenzwertige oder psychische Auffälligkeit scheint den Verlauf der Lebensqualität bei chronisch kranken Jugendlichen zu beeinflussen.

Da Unterschiede in der Ausprägung und Entwicklung der Lebensqualität nach einer Reha-Maßnahme bei körperlich chronisch kranken Jugendlichen mit und ohne psychische Auffälligkeiten auftreten, ist der Einsatz psychologischer Screeningverfahren und eine gezielte psychologische Beratung bei psychischer Auffälligkeit empfohlen, um den Verlauf der Reha-Maßnahme zu optimieren.

Literatur

Kiera, S., Stachow, R., Petermann, F., Tiedjen, U. (2010): Einflüsse der medizinischen stationären Rehabilitation auf den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit von chronisch kranken Jugendlichen. Die Rehabilitation, 49. 248-255.

Noeker, M., Petermann, F. (2008): Chronisch-körperliche Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe. 515-531.

Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M., Bauer, C.-P., Mayer, H., Stachow, R., Kiosz, D., van Egmond-Fröhlich, B., Rempis, R., Kraft, D., Bullinger, M. (2005): Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Rehabilitation. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14. 5-12.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50. 871-878.

Sawyer, M.G., Reynolds, K.E., Couper, J.J., French, D.J., Kennedy, D., Martin, J., Staugas, R., Ziaian, T., Baghurst, P.A. (2004): Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness - a two year prospective study. Quality of Life Research, 13. 1309-1319.

Schlaganfälle im Kindes- und Jugendalter - Versorgungssituation und familiäre Belastung

Werpup, L., Petermann, F., Daseking, M.

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund und Fragestellung

Im Kindes- und Jugendalter gehören Schlaganfälle zwar zu den selten pädiatrischen Erkrankungen, dennoch resultieren daraus häufig vielfältige neurologische, kognitive und Verhaltensprobleme, die umfangreiche und langandauernde therapeutische Maßnahmen nach sich ziehen (Daseking et al., 2011; Daseking et al., 2008). Nach einem Schlaganfall im Kindesalter sind Eltern durch die erhöhten Anforderungen durch Pflege, Betreuung und Erziehung zudem einer deutlichen Belastung ausgesetzt. Diese Belastungen, die sich für die Familien der schlaganfallerkrankten Kinder und Jugendlichen ergeben, sind bisher wenig erforscht. Auch zur Versorgungssituation dieser Kinder und Jugendlichen gibt es nur wenige Informationen. Maßnahmen und rechtliche Ansprüche, die im Rahmen von Beschulung, Pflegestufen und Behindertenausweis bestehen und die Belastung der Familien und insbesondere der Eltern moderieren können, sind nicht hinreichend bekannt.

Es soll geprüft werden, welche Faktoren die Familien schlaganfallerkrankter Kinder in besonderer Weise belasten und welche Gegebenheiten diese Faktoren moderieren. Dazu wurde die elterliche Belastung hinsichtlich des organisatorischen und zeitlichen Aufwands sowie der finanziellen Mehrbelastungen, die der Familie aufgrund der Schlaganfallerkrankung ihres Kindes entstehen, erhoben. Als moderierende Prozesse wurden die Art der Beschulung bzw. des Kindergartens, die Pflegestufen, der Behindertenausweis und die Größe des Wohnortes als Hinweis auf die Qualität und den Umfang von therapeutischen Angeboten untersucht.

Methodik

Die Studie basiert auf Daten, die im Rahmen des Forschungsprojekts "Schlaganfälle im Kindes- und Jugendalter: Neuropsychologische Störungen im Langzeitverlauf" der Universität Bremen erhoben wurden. Anhand eines Erhebungsbogens wurden Informationen zur familiären Belastung und zur Versorgungssituation von Familien mit einem schlaganfallerkrankten Kind spezifiziert. Insgesamt 60 Familien haben an der Datenerhebung teilgenommen.

Ergebnisse

Die Belastung der Eltern schlaganfallerkrankter Kinder fällt in allen Bereichen hoch aus. Durchschnittlich wenden die Eltern wöchentlich mehr als 5 Stunden für häusliche Therapiemaßnahmen auf. Ähnlich hoch liegt der Zeitaufwand im Mittel, um Kinder zu außerhäuslichen Therapien zu bringen. Der durchschnittliche Fahrweg beträgt dabei 60 Kilometer. Hinzu kommen ein zeitlicher Mehraufwand für Verwaltungsaufgaben von 1 ½ Stunden und Mehrausgaben zur Versorgung des Schlaganfallkindes von durchschnittlich 153 Euro.

Die Eltern der Kinder und Jugendlichen, die formal in eine Pflegestufe eingeordnet wurden, zeigen eine höhere Belastung für die Variablen "zeitlicher Aufwand für häusliche Therapien und Verwaltungsaufgaben" und "Fahrweg zu Therapien". Dabei ergeben sich Unterschiede in Abhängigkeit von der Pflegestufe: am deutlichsten fühlten sich Eltern belastet, deren Kind in Pflegestufe I eingestuft wurde. Zudem konnte für Eltern von Kindern und Jugendlichen, die eine Förderschule oder einen Integrativen Kindergarten besuchten, ein höherer Belastungswert hinsichtlich des zeitlichen Aufwands für Therapien festgestellt werden. Die Eltern der schlaganfallerkrankten Kinder und Jugendlichen, die in kleineren Orten leben, müssen mit durchschnittlich 96.7 km (SD = 77.6 km) signifikant längere Wege zurücklegen, um ihr Kind zu Therapiemaßnahmen zu befördern als die Eltern der Kinder, die in Städten leben (M = 41.2 km, SD = 49.5 km; $p = .008$).

Insgesamt hat nur die Hälfte der Kinder (51.8 %) bislang an einer stationären kinderneurologischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Dabei ist festzustellen, dass Kinder mit perinatalen oder frühkindlichen Schlaganfällen seltener eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhalten als Kinder, deren Schlaganfall zu einem späteren Zeitpunkt stattfand.

Diskussion

Es besteht ein Nachbesserungsbedarf bei den unterstützenden Leistungen, die Eltern von Kindern mit Pflegestufe I erhalten. Die Eltern der Kinder werden durch die bereits bestehenden Fördermaßnahmen und Therapieangebote an den entsprechenden Schulen oder Kindergärten nicht ausreichend entlastet. An dieser Stelle sollte das Angebot aller Einrichtungen ergänzt werden. Die therapeutische Versorgung in ländlichen Gebieten sollte weiter ausgebaut werden. Zudem sollte eine stationäre kinderneurologische Rehabilitation unabhängig vom Alter des Kindes zum Zeitpunkt des Schlaganfalls angeboten werden.

Literatur

Daseking, M., Petermann, F., Simonis, A. (2008): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Folgen nach Schlaganfällen im Kindesalter. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 76. 662-671.

Daseking, M., Schlagheck, W., Petermann, F. (2011): Perinatale und frühkindliche Schlaganfälle: Kognitive Entwicklung im Kindergartenalter. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 59. 37-46.

Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas (IDA-Insel) Phase 2

Kaps, A. (1), Eggers, I. (2), Schiel, R. (1,3)

(1) MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Seeheilbad Heringsdorf,
(2) Ostsee-Kurklinik Fischland GmbH, Wustrow, (3) Lehrstuhl für Diabetes und Gesundheitsmanagement, Mathias Hochschule, Rheine

Hintergrund

In Phase 1 der IDA-Insel Studie wurde interdisziplinär ein geeignetes Untersuchungsprogramm entwickelt, mit dessen Hilfe psychologische, soziale und medizinische Prädiktoren und Determinanten, die in Interaktion zur Gewichtsveränderung stehen könnten, identifiziert werden können. Das Untersuchungsprogramm wurde an 97 übergewichtigen/adipösen Kindern und Jugendlichen, die an einen 6-wöchigen stationären strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen teilgenommen haben, evaluiert. In Phase 2 wird das neu entwickelte Untersuchungsprogramm multizentrisch in 4 Kliniken eingesetzt. Nach einem Jahr werden die eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen nachuntersucht. Ziel ist die Identifikation von Prädiktoren und Determinanten der Gewichtsreduktion und -stabilisation.

Patienten/Methoden

Multizentrisch wird das neu entwickelte Untersuchungsprogramm implementiert. Bisher wurden zwei Untersuchungskliniken in die Studie aufgenommen. Die Daten der Patienten von zwei weiteren Kliniken werden in den nächsten Monaten erhoben. Nach Aufnahmeuntersuchung konnten aus den zwei Kliniken bisher 100/112 Kinder und Jugendlichen (89 %) in die Studie eingeschlossen (Alter 13,3±2,6Jahre, BMI 30,8±5,3kg/m^2, BMI-SDS 2,46±0,55) werden.

Ergebnisse

Die mittlere Gewichtsreduktion betrug während des stationären Aufenthalts 5,62±2,61 kg ($p<0,001$). Der BMI war auf 29,4±5,0kg/m^2 abgesunken ($p<0,001$), der BMI-SDS auf 2,19±0,61 ($p<0,001$). 91/100 (91 %) kamen intrinsisch motiviert, die übrigen auf Initiative der Eltern/Ärzte (extrinsische Motivation). Zu Hause hatten die Kinder 2,5±1,7h/d mit Fernsehen, 1,6±1,5h/d vor Computern verbracht. 27 (36 %) trieben ≥2h/Woche Sport im Verein, 79 (88 %) Sport zu Hause/in der Schule.

Zu der Gewichtsabnahme während des Aufenthaltes ergaben sich Korrelationen mit: Alter ($r=-0,282$, $p=0,004$), Gewicht bei Aufnahme ($r=-0,576$, $p<0,001$), BMI bei Aufnahme ($r=-0,456$, $p<0,001$), BMI-SDS bei Aufnahme ($r=-0,408$, $p=0,001$), Schulkonflikte ($r=-0,208$, $p=0,032$), Stressbewältigung (soz. Unterstützung) ($r=0,198$, $p=0,039$), Figurenschema Anfang ($r=-0,445$, $p<0,001$), Figurenschema Ende ($r=-0,345$, $p=0,001$)

In der durchgeführten Multiplen Regression korreliert die Modellgleichung zu $R=0,799$ mit der Kriteriumsvariable und kann damit $R^2= 63,8$ % aufklären. Der erwartungstreue Wert für die Populationsschätzung liegt bei $R^2= 40,4$ %. Die Vorhersage wird signifikant ($F=2,722$, $p=0,004$)

Schlussfolgerung und Ausblick

Kinder und Jugendliche mit Übergewicht/Adipositas, die zu einer stationären Gewichtsreduktion im Rahmen eines SBSP eingewiesen werden, erreichen eine gute initiale Gewichtsreduktion. Mit einigen psychologischen und psychosozialen Parametern ergeben sich signifikante Assoziationen zum Ausmaß der Gewichtsreduktion. Das Ausmaß der Gewichtsreduktion und insbesondere die Langzeiteffektivität scheinen daher auf relativ komplexen Verhaltens- und psychologischen Mustern zu beruhen.

Nach vollständig abgeschlossener Datenerfassung werden alle eingeschlossenen Probanden in definierten Abständen nachuntersucht, um die Determinanten der Gewichtsreduktion langfristig zu evaluieren. Ziel ist die systematische Anpassung des Behandlungs- und Schulungsprogramm hinsichtlich der identifizierten Determinanten, um eine langfristige und stabile Gewichtsreduktion zu erreichen.

Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche mit Übergewicht/Adipositas und Diabetes mellitus hinsichtlich psychosozialer Charakteristika?

Schiel, R. (1,2), Kramer, G. (1), Kaps, A. (1)

(1) MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Ostseebad Heringsdorf,

(2) Lehrstuhl für Diabetes und Gesundheitsmanagement, Mathias-Hochschule, Rheine

Ziel der Untersuchung

Es soll die Frage beantwortet werden, ob sich Kinder und Jugendliche mit Übergewicht/Adipositas und Diabetes mellitus, die zur Rehabilitation eingewiesen werden, hinsichtlich psychosozialer Charakteristika unterscheiden.

Methoden

In den Vergleich aufgenommen wurden die Analysenergebnisse von 757 Kindern und Jugendlichen <20 Jahre (Alter 12,1±4,0 Jahre, Diabetesdauer 4,6±3,6 Jahre, HbA1c bei Aufnahme 7,8±1,6 %), die zwischen 01/12/2006 in einer Klinik der "Arbeitsgemeinschaft (AG) Rehabilitation in der pädiatrischen Diabetologie", behandelt worden waren (Schiel et al., 2010). Es wurden deren psychosozialen Charakteristika mit 97 Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas (Alter 13,4±2,6 Jahre, BMI 31,2±5,0 kg/m^2, BMI-SDS 2,49±0,52) verglichen, die im gleichen Zeitraum in der MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf zur Gewichtsreduktion und Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm zur Gewichtsreduktion nach KgAS aufgenommen worden waren.

Ergebnisse

Von den Kindern/Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas stammten 37 % aus Elternhäusern mit niedrigem Bildungsstandard. Interessanterweise lag aber der Bildungsstandard der Eltern der Kinder mit Diabetes mellitus noch niedriger (Übergewicht/Adipositas vs Diabetes): Eine Schulbildung von 9 Klassen oder weniger hatten 31 % vs 49 % der Väter (p=0,014) und 30 % vs 47 % der Mütter (p=0,029). 31 % vs 36 % der Väter (p=0,54) und 46 % vs 38 % der Mütter (p=0,32) hatten die 10. Klasse absolviert. 23 % vs 15 % der Väter (p=0,21) und 17 % vs 15 % der Mütter (p=0,85) hatten eine über die 10. Klasse hinausgehende Schulbildung. Ein tendenziell gegensätzlicheres Bild ergab sich hinsichtlich der Berufstätigkeit der Väter. Trotz höherem durchschnittlichen Bildungsniveau hatten die Väter der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas tendenziell eine schlechtere Berufstätigkeit: 9 % vs 5 % der Väter (p=0,41) hatten keinen Beruf erlernt oder arbeiteten als ungelernte Arbeiter, nur 66 % vs 83 % (p=0,0094) hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung und 10 % vs 12 % (p=0,97) waren selbständig oder in leitender Position tätig.

Schlussfolgerungen

Im Vergleich mit den bundesdeutschen Statistiken zu psychosozialen Faktoren bei gesunden Kindern und Jugendlichen wird deutlich, dass sowohl Kinder und Jugendliche mit Übergewicht/Adipositas, als auch Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes mellitus, die zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen eingewiesen werden, häufig aus sozial schwächeren Familien stammen. Möglicherweise ist die schlechtere psychosoziale Situation bei diesen Kindern und Jugendlichen auch häufiger mit medizinischen Problemen assoziiert und bedingt somit wesentlich den Rehabilitationsaufenthalt: Ambulant sind diese Patienten häufig schwierig zu führen. Die stationäre Rehabilitation kann aufgrund ihres längerdauernden Interventionseinsatzes, aber auch aufgrund ihrer Multimodalität und Interdisziplinarität, durch Einbeziehung von Ärzten, Psychologen, Sozial-, Ergo-, Sporttherapeuten, Ernährungs- und Diabetesberatern und Pädagogen, eine nachhaltigere Besserung und Konsolidierung bewirken.

Literatur

Schiel, R., Stachow, R., Fröhlich, C., Koch, S., Hermann, T., Regling, B., Holl, R.W. (2010): Psychosoziale Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes mellitus, die zur stationären Rehabilitation eingewiesen werden. Eine bundesweite "DPV-Wiss"-Analyse. Diabetologie, 5. 104-109.

Akzeptanz und Anwendbarkeit der Therapiestandards in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation - Ergebnisse der Anwenderbefragung

Ahnert, J., Löffler, S., Müller, J., Vogel, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

In der abschließenden Phase des im Auftrag der DRV Bund durchgeführten Forschungs- und Entwicklungsprojekts "Entwicklung von Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis" ging es um die Implementierung einer Erprobungsfassung ("Pilotversion") der Therapiestandards bei den Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2010). Diese Pilotphase wurde von einer Anwenderbefragung begleitet, die den Einrichtungen zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation Gelegenheit gab, die neuen Therapiestandards zu kommentieren und Änderungen anzuregen.

Methoden

In der zweiten Hälfte des Jahres 2010 wurden insgesamt 26 Rehabilitationseinrichtungen angeschrieben, die pro Jahr mehr als 25 Patient(inn)en der Deutschen Rentenversicherung Bund mit den Diagnosen Asthma bronchiale (2 Gruppen: bis 7 J. und ab 8 J.), Adipositas (ab 8 J.) oder Neurodermitis (bis 7 J.) behandelten. Dabei erhielt jede Einrichtung eine Rückmeldung ihrer Leistungsdaten des Jahres 2008 nach der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL), die eine Einschätzung der Erfüllung der neuentwickelten Therapiestandards dieser Indikationsgruppen ermöglicht. Zusätzlich wurde ihnen ein weitgehend stan-

dardisierter Fragebogen geschickt, der u. a. folgende Themen behandelte: Qualität, Verständlichkeit und Akzeptanz der Therapiestandards, Bewertung der Ergebnisrückmeldung, Gründe für ein Abweichen von den Vorgaben. Insgesamt liegen Rückmeldungen von 14 Einrichtungen (Rücklaufquote 54 %) vor, die in die deskriptive statistische Analyse einbezogen werden konnten.

Ergebnisse

Die Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis erfüllen die Qualitätsmerkmale "Aktualität" sowie "Inter- und multidisziplinäre Erstellung" nach Ansicht der überwiegenden Anzahl der befragten Einrichtungen (Zustimmung 57-71 %), bzgl. der "wissenschaftlichen Fundierung" und Relevanz für die tägliche Arbeit" liegen geteilte Meinungen vor (Zustimmung 43-50 %). Die einzelnen Kapitel der Therapiestandards und die Abschnitte zu den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) sind für 70 % bis 100 % "eher bis sehr verständlich". Zwischen 69 % und 100 % sind der Meinung, dass die vorgeschlagenen KTL-Codes zur Verschlüsselung der therapeutischen Inhalte die ETM angemessen abbilden. Den Anforderungen hinsichtlich des Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Rehabilitand(inn)en stimmen je nach ETM und Indikation 61% bis 100% der Einrichtungen zu. Die Verbesserungsvorschläge zu den Therapieanforderungen variieren zum Teil sehr stark. Als Hauptgründe für das Nichterreichen der Anforderungen im Jahr 2008 werden für alle drei Indikationen am häufigsten "KTL-Verschlüsselungsprobleme" und das "Erbringen von Leistungen, die nicht im ETM enthalten sind", genannt.

Diskussion

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Anwenderbefragung, dass die Reha-Therapiestandards im Prinzip auf eine positive Resonanz stoßen und die Kliniken motiviert sind, Lösungen zu erarbeiten, bisher nicht ausreichend erfüllte Therapiemodule durch entsprechende Maßnahmen der internen Umstrukturierung zu erfüllen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2010). Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis - Pilotversion. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (Pfad: Zielgruppe Sozialmedizin und Forschung, Qualitätssicherung).

Die Ergebnisse eines Qualitätssicherungsverfahrens zur Analyse der Ergebnisqualität und Rehabilitandenzufriedenheit in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Farin-Glattacker, E. (1), Gustke, M. (1), Jäckel, W.H. (1), Widera, T. (2), Matthies, S. (3)
(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (3) Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Einleitung

Nach dem Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) stellt die Berücksichtigung der speziellen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen eine der zentralen Herausforderungen des Versorgungssystems dar. Es wird dabei von einer "so genannten "neuen Morbidität", bei der chronische Erkrankungen … eine zunehmende Rolle spielen" (S. 146), gesprochen. In diesem Zusammenhang besitzt die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation eine wichtige Funktion bei der Sicherstellung einer differenzierten Versorgungsstruktur. Zwischen September 2008 und April 2010 wurde das von der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung initiierte und geförderte Projekt "Sicherung der Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen" durchgeführt. Das Vorhaben verfolgte das Ziel, ein Verfahren zur Analyse der Ergebnisqualität und Rehabilitandenzufriedenheit in Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu erarbeiten, das Verfahren zu erproben und die Qualität der Versorgung in 23 Piloteinrichtungen zu analysieren (Farin et al., eingereicht). Der vorliegende Beitrag berichtet zusammenfassend von den Ergebnissen des Projekts.

Methodik

Nach einer sechsmonatigen Konzeptionsphase, in der ein Instrumentarium zur Messung von Ergebnisqualität und Rehabilitandenzufriedenheit mit Hilfe von Nutzwertanalysen, Experten-Konsensusverfahren, Befragungen von Einrichtungen sowie qualitativen und quantitativen Vorstudien entwickelt wurde, fand in den Piloteinrichtungen die Datenerhebung statt. Das Projekt wurde auf folgende vier Hauptdiagnosen in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation beschränkt: Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis sowie ADHS unter Einschluss verwandter Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen. Ab einem Alter von 12 Jahren wurden die Kinder bzw. Jugendlichen selbst befragt, stellvertretend für jüngere Kinder wurden die Eltern befragt (Messzeitpunkte: Reha-Beginn, Reha-Ende, 6 Wochen nach der Reha). Es wurde entschieden, sieben Konstrukte zu erfassen, die als Indikatoren der Ergebnisqualität bzw. der Rehabilitandenzufriedenheit angesehen werden können: Generische und erkrankungsspezifische Lebensqualität, wahrgenommene Veränderung gesundheitlicher Beschwerden durch die Rehabilitation, Körperfunktionsparameter (z. B. Blutdruck), krankheitsbezogenes Selbstmanagement, Zufriedenheit der Kinder/Jugendlichen mit

der Rehabilitation und Elternzufriedenheit. Es wurden n=1.439 selbst urteilende Kinder/Jugendliche und n=2.056 Eltern von Kindern sowie jeweils deren Behandler befragt.

Ergebnisse

Bezüglich der Lebensqualität wurden geringe bis mittelhohe Effekte (Effektstärken je nach Skala meist zwischen 0,15 und 0,50) erzielt. Bei Adipositas und ADHS/Verhaltensstörungen fallen die Effekte generell höher aus als bei Asthma bronchiale und Neurodermitis, was im Zusammenhang mit der höheren Eingangsbelastung bei den beiden erst genannten Diagnosen gesehen werden muss. Auch bei den indikationsspezifischen Körperfunktionsparametern Blutdruck, Münchner Fitnesstest und spirometrische Lungenfunktionsmessung wurden geringe bis mittelhohe Effekte erzielt. Beim standardisierten Body Mass Index (BMI-SDS) und beim SCORAD-Hautscore konnten starke Effekte nachgewiesen werden (Effektstärken 2.02 bzw. 1.15). Das krankheitsbezogene Selbstmanagement hat sich nach der Rehabilitation ebenfalls deutlich verbessert (Effektstärken 0,42 bis 0,84). Sowohl bei der Eltern- als auch bei der Rehabilitandenbefragung zeigte sich ein hohes Niveau der Zufriedenheit. Die Eltern der Rehabilitanden unter 12 Jahren bewerteten die Einrichtungen je nach Indikation im Mittel mit 1,6 bis 1,8; Rehabilitanden ab einem Alter von 12 Jahren benoteten die Einrichtungen im Mittel mit 2,0 (auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht). Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen fielen nach einer Risikoadjustierung gering aus, insbesondere bei der Lebensqualität, dem Gesundheitsverhalten und den Körperfunktionsmessungen. Die Zufriedenheit variierte stärker zwischen den Einrichtungen.

Diskussion

Man kann die Ergebnisse dahingehend zusammenfassen, dass die Rehabilitation in den Lebensqualitätsbereichen, in denen deutliche Beeinträchtigungen bestehen, in der Regel auch erkennbare Effekte erreicht. Dies deckt sich mit anderen vorliegenden Studien (z. B. Bullinger et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2005; Hampel et al., 2006). Für die relativ geringen Einrichtungsunterschiede gibt es verschiedene Erklärungsansätze, die sich auf die umfassende Risikoadjustierung, die begrenzten Fallzahlen (geringe Teststärke), mögliche Selektionseffekte bei der Einrichtungsauswahl sowie auf die vergleichsweise hohe Homogenität des Sektors der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation beziehen.

Literatur

Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C., Ravens-Sieberer, U. (2006): Quality of life - Evaluation criteria for children with chronic conditions in medical care. Journal of Public Health, 14. 343-355.

Farin, E., Gustke, M., Widera, T., Matthies, S. (eingereicht): Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Die Rehabilitation.

Hampel, P., Desman, C., Petermann, F., Roos, T., Siekmann, K. (2006): Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. Die Rehabilitation, 45. 52-59.

Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M., Bauer, C.P., Mayer, H., Stachow, R., Kiosz, D., van Egmond-Fröhlich, B., Rempis, R., Kraft, D., Bullinger, M. (2005): Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Rehabilitation. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14 (1). 5-12.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Sondergutachten 2009) 2009.

Prädiktoren des Behandlungserfolgs in der stationären medizinischen Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas

Gustke, M. (1), Farin-Glattacker, E. (1), Widera, T. (2), Matthies, S. (3)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (3) Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Hintergrund

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stellt ein zunehmend verbreitetes Krankheitsbild dar (Kurth, Schaffrath Rosario, 2007). Der stationären Behandlung dieser chronischen Erkrankung kommt vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2009). Im Rahmen des Projektes "Sicherung der Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen" (initiiert und gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung) wurde die Ergebnisqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen u. a. bei Adipositas in 23 Einrichtungen erfasst (Farin et al., eingereicht). Für die Bereiche der stationären und ambulanten Behandlung dieser Erkrankung liegen bislang nur wenige Ergebnisse zu Prädiktoren des Behandlungserfolgs vor (z. B. van Egmond-Fröhlich et al., 2006). In der vorliegenden Untersuchung werden mittels hierarchischer Regressionsanalysen Prädiktoren für die Veränderung der Lebensqualität der Jugendlichen nach einer stationären Rehabilitation bestimmt.

Methodik

Es liegen Daten von n=707 Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose Adipositas sowie deren Behandlern aus 14 Einrichtungen der stationären Rehabilitation vor. Die befragten Rehabilitanden waren in der Mehrzahl weiblich (60,9 %), das Durchschnittsalter betrug 14,3 Jahre (Range 12-22). Daten wurden zu den Messzeitpunkten Reha-Beginn (t1), Reha-Ende (t2) und 6 Wochen nach Reha-Ende (t3) erhoben. Als Kriterien für den Behandlungserfolg wurden im Rahmen der durchgeführten Regressionsanalysen die jeweiligen Ausprägungen auf den fünf Subskalen Unabhängigkeit, Emotion, soziale Inklusion, soziale Exklusion und körperliche Einschränkungen des Fragebogens DISABKIDS (Simeoni et al., 2007) zur Erfassung generischer Lebensqualität (LQ) zum Messzeitpunkt t3 definiert. Variablen zur Vorhersage des Kriteriums wurden zunächst mittels Korrelationsanalysen auf ihren Zusammenhang mit dem Kriterium untersucht und ab einem vorab definierten Siginifikanzniveau von $p < .20$ bei hinreichend vorhandener Fallzahl in den Regressionsanalysen berücksichtigt. Die Variablen wurden in fünf thematischen Blöcken (Eingangsstatus generische LQ, Soziodemographie, Körperfunktionen, motivational-behaviorale Faktoren (Eingangsstatus Gesundheitsverhalten, Reha-Motivation bei Reha-Ende), Dauer der Rehamaßnahme) in die hierarchische Regressionsanalyse einbezogen.

Ergebnisse

Je nach Skala wird mit den durchgeführten Regressionsanalysen 26,2 % bis 37,5 % der Kriteriumsvarianz aufgeklärt. In den zugrunde gelegten Regressionsmodellen treten lediglich Variablen aus den Themenblöcken Eingangsstatus generische LQ, Soziodemographie und Körperfunktionen als Prädiktoren in Erscheinung, hingegen haben die Bereiche motivational-behaviorale Faktoren sowie Dauer der Rehamaßnahme keinen Vorhersagewert. Bei allen fünf Regressionsanalysen ist der Eingangsstatus auf der entsprechenden Skala zur Lebensqualität (t1) der bedeutsamste Prädiktor, daneben besitzen die Variablen Alter (bei den Subskalen Emotion und Körperliche Einschränkungen) sowie BMI-SDS (bei der Skala Soziale Inklusion) den statistisch größten Vorhersagewert. Dabei wird der Behandlungserfolg (hohe LQ zum Zeitpunkt 6 Wochen nach Reha-Ende) durch einen hohen Eingangsstatus der LQ (alle Skalen), männliches Geschlecht (Skalen Emotion und Körperliche Einschränkungen) und niedrigen BMI-SDS zu Reha-Beginn (Skala Soziale Inklusion) vorhergesagt.

Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass der Behandlungserfolg in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas zum Teil durch die einbezogenen Variablen vorhergesagt werden kann. Allerdings bleibt ein nicht unerheblicher Anteil unaufgeklärter Varianz bestehen, was zeigt, dass der Behandlungserfolg auch von anderen Einflüssen abhängt. Dennoch können Risikogruppen für geringeren Behandlungserfolg definiert werden. Im Bereich emotional-körperlicher Aspekte von LQ (Skalen Emotion und körperliche Einschränkungen) ist dies das Merkmal weibliches Geschlecht, im Bereich interaktionaler LQ-Aspekte (Skala soziale Inklusion) ist dies ein höherer BMI-SDS zu Reha-Beginn. Diese Ergebnisse entsprechen den Befunden anderer Untersuchungen aus dem stationären und ambulanten Bereich, wonach größerer Behandlungserfolg u. a. durch den Schweregrad der Erkrankung und eine höhere krankheitsspezifische LQ prädiziert ist (van Egmond-Fröhlich et al., 2006). Für die stationäre Adipositasbehandlung verdeutlichen diese Resultate besondere Erfordernisse von Mädchen und Jugendlichen mit zu Reha-Beginn höherem BMI-SDS.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2009): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter - Evidenzbasierte Leitlinie der AGA und der beteiligten medizinischen-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbände und weiterer Organisationen. URL: http://www.adipositas-gesellschaft.de/leitlinien.php, Abruf: 19.10.2010.

Egmond-Fröhlich, A. van, Bräuer, W., Goldschmidt, H., Hoff-Emden, H., Oepen, J., Zimmermann, E. (2006): Effekte eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogramms nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas - Multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie. Die Rehabilitation, 45. 40-51.

Farin, E., Gustke, M., Widera, T., Matthies, S. (eingereicht): Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projektes zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Das Gesundheitswesen.

Kurth, B.M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des bundesweiten Kinder-

und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 50. 736-743.

Simeoni, M., Schmidt, S., Muehlan, H., Debensason, D., Bullinger, M. (2007): Field testing of a European quality of life instrument for children and adolescents with chronic conditions: the 37-item DISABKIDS Chronic Generic Module. Quality of Life Research, 16. 881-893.

Evaluation der Wirksamkeit eines Trainings der Stressbewältigung und sozialen Kompetenz für Jugendliche und junge Erwachsene mit Hirnschädigungen

Thomsen, M. (1), Spranger, M. (2), Hampel, P. (3)

(1) Universität Hamburg, (2) Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst, Bremen, (3) Universität Flensburg

Hintergrund

Entgegen der Erwartung in der allgemeinen Bevölkerung ist die Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Hirnschädigungen beträchtlich. In einer eigenen Bedarfsanalyse zeichneten sich Jugendliche und junge Erwachsene im Vergleich zu einer Normstichprobe durch eine geringere Lebenszufriedenheit (FLZM), einen geringeren Selbstwert (RSE) und eine verringerte Rehabilitation-Motivation (PAREMO) aus (Thomsen, 2010). Außerdem wendeten sie emotionsregulierende günstige Stressverarbeitungsstrategien signifikant seltener an, während die ungünstige Strategie Gedankliche Weiterbeschäftigung erhöht war (SVF-KJ). Da psychosoziale und motivationale Faktoren den Rehabilitationserfolg maßgeblich gefährden (Baethge, Hanisch, 2003) und bislang keine evaluierte, spezifische Trainings für diese Altersgruppe vorliegen (vgl. McKinlay, 2010), wurde ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training entwickelt, das die Behandlungsmotivation, den adäquaten Umgang mit sozialen und beruflichen Belastungssituationen, die Selbstwahrnehmung sowie den Selbstwerts gezielt fördert.

Ziel der Interventionsstudie war die Evaluation dieses neu entwickelten Trainings der Stressverarbeitung und sozialen Kompetenz für Jugendliche und junge Erwachsene in der neurologischen Rehabilitation.

Methodik

Der Trainingsevaluation lag ein quasiexperimentelles zweifaktorielles Design mit Messwiederholung zugrunde. Aufgrund von Ausgangslageneffekten wurden die Prämessung immer und in statistisch indizierten Fällen auch das Geschlecht als Kovariaten in den statistischen Analysen berücksichtigt. Der erste unabhängige Faktor Experimentelle Bedingung war zweifach gestuft mit den Ausprägungen Interventionsgruppe (IG), deren Probanden an dem neu erstellten Training teilnahmen, und Kontrollgruppe (KG), die abgesehen von dem Training dieselbe Behandlung wie die Interventionsgruppe erhielt. Der zweite unabhängige Faktor Zeit bezog sich auf die Messwiederholung und war dreifach gestuft (t0, vor Trainingsbeginn, t1, nach Trainingsende, t3, 6 Monate nach Trainingsende). Für die Evaluation des Trainings

gingen insgesamt Daten von 28 Rehabilitanden der stationären neurologisch-beruflichen Rehabilitation im Rehabilitationszentrum Friedehorst in Bremen im Alter zwischen 16 und 26 Jahren ein, die in gleichen Teilen und geschlechtsparallelisiert auf die Gruppen der experimentellen Bedingungen verteilt waren. Das kognitiv-behaviorale Gruppentraining basierte auf dem Anti-Stress-Training (Hampel, Petermann, 2003) und dem Training mit Jugendlichen (Petermann, Petermann, 2010). Es umfasste vier 45-minütige Einzel- und vier 90-minütige Gruppensitzungen, die alternierend durchgeführt wurden und sich über vier Wochen erstreckten.

Ergebnisse

Die IG wies im Vergleich zur KG über die Zeit nach dem Training hinweg eine signifikant höhere gesundheitliche Lebenszufriedenheit und einen tendenziell signifikant höheren Selbstwert sowie ein verringertes Ausmaß der ungünstigen Stressverarbeitungsstrategie Gedankliche Weiterbeschäftigung auf. Demgegenüber war die Änderungsbereitschaft in der KG signifikant stärker ausgeprägt als in der IG.

Diskussion

Das Training konnte im Klinikalltag erfolgreich implementiert werden und stieß auf eine hohe Akzeptanz. Hinweise auf eine kurz- bis mittelfristige Wirksamkeit des Trainings ergaben sich insbesondere durch die über die Zeit stabil erhöhte gesundheitliche Lebenszufriedenheit in der IG. Da die Lebenszufriedenheit als Indikator für psychische Gesundheit angesehen wird, stimmen die Ergebnisse zuversichtlich, dass das Training auch langfristig positive Effekte bei den Teilnehmern bewirken könnte. Diese müssen jedoch in zukünftigen Studien überprüft werden. Die Ergebnisse sprechen außerdem dafür, dass das gezielte Einüben von Stressbewältigungsstrategien und von adäquaten Verhaltensweisen in sozialen Situationen den Selbstwert verbessert und die ungünstige Stressverarbeitungsstrategie Gedankliche Weiterbeschäftigung reduziert. Da die gedankliche Weiterbeschäftigung als wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Störungen gilt, ist anzunehmen, dass die psychische Gesundheit durch unser Training verbessert wird.

Um den Bedürfnissen der Patienten noch besser gerecht zu werden, sollten künftige Studien geschlechtsspezifische Interventionseffekte untersuchen und die Heterogenität der verschiedenen Störungsbilder in der neurologischen Rehabilitation berücksichtigen. Insgesamt stellt die Studie eine bedeutsame Ergänzung der bisherigen Forschung zum Kenntnisstand über Hirnschädigungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dar.

Literatur

Baethge, K., Hanisch, L. (2003): Diagnostik und Behandlung des Schädel-Hirn-Traumas. Trauma und Berufskrankheit, 5. 415-420.

Hampel, P., Petermann, F. (2003): Anti-Stress-Training für Kinder (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

McKinlay, A. (2010): Controversies and outcomes associated with mild traumatic brain injury in childhood and adolescences. Child: Care, Health and Development, 36. 3-21.

Petermann, F., Petermann, U. (2010): Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten (9., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Thomsen, M. (2010): Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung durch ein Training zur Stressbewältigung und sozialen Kompetenz für Jugendliche und junge Erwachsene in

der neurologischen Rehabilitation - Bedarfsanalyse, Entwicklung und Evaluation. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bremen.

Stationäre Rehabilitation von Jugendlichen - Psychosozialer Status und erste Evaluation eines Trainings zur Förderung der Stressbewältigung, Volition und sozialen Kompetenz

Hampel, P. (1), Hermann, T. (2), Perner, M. (2), Fellmann, K. (3)

(1) Universität Flensburg, (2) Hochgebirgsklinik Mittelberg, (3) Universität Bremen

Hintergrund

Frühere Erhebungen haben ergeben, dass die Häufigkeiten internalisierender Störungen über die Jahre 2003 bis 2007 bei Jugendlichen in der stationären Rehabilitation zunahmen (Fuhrmann, Hermann, 2008). Es ist anzunehmen, dass diese begleitenden psychischen Auffälligkeiten den Rehabilitationserfolg von chronisch körperlich kranken Jugendlichen gefährden. Dagegen haben sich Stressbewältigungs- und soziale Kompetenzen als wesentliche Ressourcen in der psychischen Entwicklung von chronisch körperlich kranken Jugendlichen erwiesen. Schließlich hat sich im Erwachsenenbereich gezeigt, dass mangelnde volitionale Kompetenzen dazu führen können, dass in der Rehabilitation erlernte Verhaltensweisen im Alltag nicht umgesetzt werden (vgl. Forstmeier, 2005).

Die Studie verfolgte zwei Ziele: Erstens wurde untersucht, ob sich die psychischen Auffälligkeiten und die Stressverarbeitung von den Normstichproben unterscheiden. Zweitens sollten erste Befunde zur Wirksamkeit eines neuen multimodalen Behandlungsprogramms gewonnen werden.

Methodik

Zur Untersuchung des psychosozialen Status wurden insgesamt 240 Jugendliche im Alter zwischen 11 und 19 Jahren einbezogen, die an einer stationären Rehabilitation in der Hochgebirgsklinik Mittelberg teilnahmen (M=13.9, SD=1.53 Jahre). In der Erstdiagnose wiesen 42 Jugendliche internalisierende Störungen auf, 35 externalisierende Störungen, 129 Atemwegserkrankungen und 34 Adipositas. Die Stressverarbeitung wurde mit dem Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ; Hampel et al., 2001) und die psychischen Auffälligkeiten mit dem Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J; Hampel, Petermann, 2005) erfasst. Bereiche der Selbstregulation (Selbstmotivierung und Selbstberuhigung), Selbstkontrolle (Planungsfähigkeit) und Willensbahnung (Absichten umsetzen und Konzentrationsfähigkeit) wurden mit einer modifizierten Fassung des Selbststeuerungs-Inventars (SSI; Kuhl, Fuhrmann, 2004) über 20 Items erfragt. Zur Überprüfung des psychosozialen Status wurden die Mittelwerte der Rehabilitanden in der Stressverarbeitung und den psychischen Auffälligkeiten mit der Norm verglichen.

Erste Befunde zur Wirksamkeit wurden an 7 Rehabilitanden im Alter zwischen 13 und 15 Jahren erhoben (3 Jungen, 4 Mädchen). Das neue Patientenschulungsprogramm umfasste Module zur Förderung der Stressbewältigung sowie der volitionalen und sozialen Kompetenzen, die zusätzlich zur medizinischen Rehabilitation in 8 Sitzungen durchgeführt wurden.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurden einfaktorielle Varianzanalysen über die Stressverarbeitung, psychischen Auffälligkeiten und die Selbststeuerung mit dem Faktor "Zeit" (prä vs. post) berechnet.

Ergebnisse

Die Vergleiche mit den Normen ergaben, dass die Jugendlichen in der Rehabilitation höhere psychische Auffälligkeiten sowie ein ungünstigeres Stressverarbeitungsmuster im Vergleich zur Norm aufwiesen (SPS-J: aggressiv-dissoziales Verhalten: p=.005, Ärgerkontrollprobleme: p=.004, Ängstlichkeit/Depressivität: p<.001, Selbstwertprobleme: p=.002; SVF-KJ: Ablenkung, Bagatellisierung, positive Selbstinstruktionen, Resignation und Aggression: p<.001, Situationskontrolle: p=.013).

Die Varianzanalysen ergaben wenige Zeiteffekte. Die Effektstärken (Cohens d und η^2) sprechen jedoch dafür, dass sich im Rehabilitationsverlauf die Ängstlichkeit/Depressivität mit einer mittleren Effektstärke reduzierte (d=-.63) und die problemösende Bewältigung mit einer kleinen Effektstärke verbesserte (d=.29). Für die Selbststeuerung ergab sich in der multivariaten Varianzanalyse ein tendenzieller Zeiteffekt, der sich univariat in der Planungsfähigkeit darstellte. Die Effektstärken legen nahe, dass sich die Selbstmotivierung, Selbstberuhigung und Planungsfähigkeit mit großer Effektstärke verbesserten (Abb. 1).

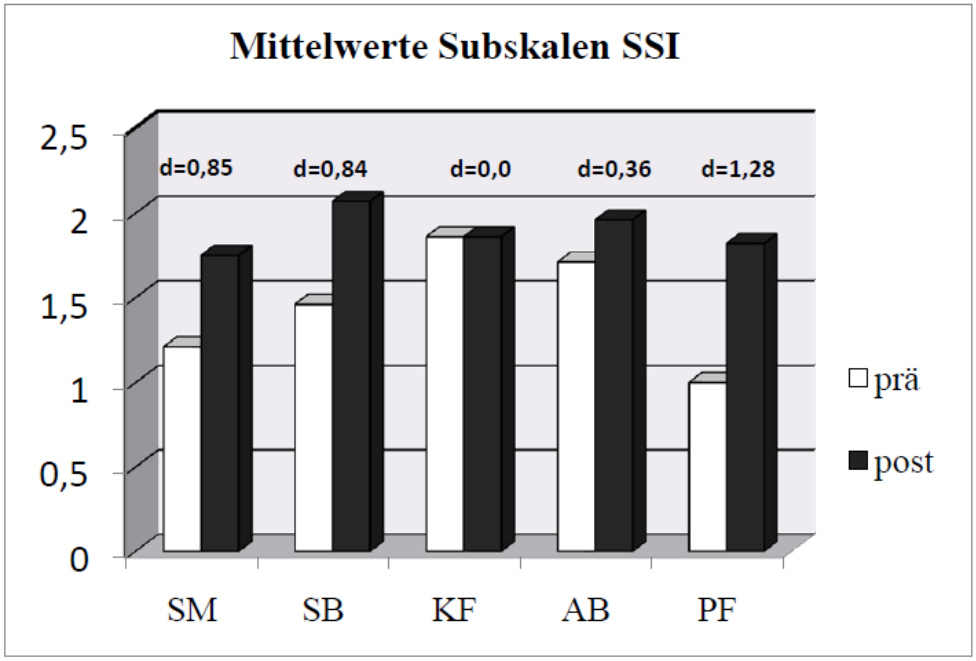


Abb. 1: Mittlere Verläufe für die fünf Subskalen des Selbststeuerungs-Inventars (Anmerkungen: SM…Selbstmotivierung, SB…Selbstberuhigung, KF…Konzentrationsfähigkeit; AB…Absichten umsetzen, PF…Planungsfähigkeit)

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Normvergleiche zeigen, dass die Jugendlichen in der Rehabilitation einen bedeutsam schlechteren psychosozialen Status aufzeigen. Da noch keine Normen für die Selbststeuerung vorliegen, konnten hier keine Vergleiche vorgenommen werden. Insgesamt ist somit ein Bedarf an einer Verbesserung des psychosozialen Status festzuhalten.

Die wenigen signifikanten Veränderungen nach der Rehabilitation lassen sich vor allem auf die geringe Stichprobengröße zurückführen. Dies wird unterstützt durch die mittleren bis ho-

hen Effektstärken in der Ängstlichkeit/Depressivität sowie der Selbstmotivierung, Selbstberuhigung und Planungsfähigkeit, die eine klinisch bedeutsame Verbesserung nahelegen. Zukünftige Studien müssen die Effektivität des neuen Trainings zur Förderung der Stressbewältigung, Volition und sozialen Kompetenz mit größeren Stichproben und einem Kontrollgruppendesign belegen.

Literatur

Forstmeier, S. (2005): Willenstraining: Förderung volitionaler Kompetenzen in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation. Berlin: WiKu.

Fuhrmann, B., Hermann, T. (2008): Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten bzw. Intelligenz und Schwerpunktindikationen bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. DRV-Schriften, Bd. 77. 529-530.

Hampel, P., Petermann, F. (2005): Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J): Deutsche Adaptation des Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory (RAASI). Bern: Huber.

Hampel, P., Petermann, F., Dickow, B. (2001): Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ). Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J., Fuhrmann, A. (2004): Selbststeuerungs-Inventar: SSI-K3 (Kurzversion). Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Osnabrück.

Effekte eines Power- vs. Krafttrainings auf die Funktionalität bei älteren Personen im Stadium der Pre-Frailty in der geriatrischen Rehabilitation

Zech, A. (1), Freiberger, E. (2), Drey, M. (3), Bauer, J. (4), Sieber, C. (3), Pfeifer, K. (2)

(1) Fachbereich Bewegungswissenschaft, Universität Hamburg, (2) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Erlangen-Nürnberg, (3) Institut für Biomedizin des Alterns, Universität Erlangen-Nürnberg, (4) Klinik für Geriatrie, Klinikum Oldenburg

Einleitung

Mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Verbesserung motorischer Funktion bzw. der Mobilität und der Vermeidung von Stürzen und Sekundärerkrankungen, nehmen Bewegungsprogramme in der geriatrischen Rehabilitation einen zentralen Stellenwert ein. Unklar ist bislang jedoch, welche Trainingsmodalitäten verwendet werden sollten, um die Therapieziele effizient zu erreichen. Obwohl im Zusammenhang mit einer altersbedingten Reduktion der muskulären Power und Kraft oftmals ein Fortschreiten der "Frailty" bzw. "Pre-Frailty" diskutiert wird, liegen bisher kaum Studien zur Effektivität entsprechender Trainingsprogramme vor. Ziel der Studie war es, Auswirkungen eines Kraft- bzw. Powertrainings auf die Funktionalität von älteren Personen mit "Pre-Frailty"-Syndrom zu untersuchen.

Methode

Der Untersuchung lag ein prospektives, randomisiert kontrolliertes, einfach verblindetes Studiendesign zugrunde. Von insgesamt 298 älteren Personen, die den Einschlusskriterien entsprachen, konnten 69 (65-94 Jahre, 163,1±7,8 cm, 67,1±11,7 kg) als Pre-Frail identifiziert (Fried et al., 2001) und in die Studie eingeschlossen werden. Die Studienteilnehmer wurden von einer unabhängigen Person per Zufallsauswahl auf eine von drei Untersuchungsgruppen aufgeteilt. Teilnehmer in den beiden Interventionsgruppen führten in einer geriatrischen Tagesklink ein zwölfwöchiges Trainingsprogramm durch, wobei sich die Gruppen hinsichtlich der Bewegungsausführung unterschieden: a) traditionelles Krafttraining mit normaler Bewegungsgeschwindigkeit und b) Powertraining mit maximal schneller Bewegungsausführung. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe führten im Untersuchungszeitraum kein sportliches Training durch. Primärer Endpunkt zur Prüfung der Effektivität der Trainingsprogramme war die Short Physical Performance Battery (SPPB). Als sekundäre Endpunkte dienten der Physical Activity Recall (PAR), die "Sit-to-Stand-Transfer Power" und die Körperzusammensetzung aLM (DXA).

Ergebnisse

Absolutwerte und Prä- vs. Post-Test Differenzen des SPPB, PAR sowie der Power und Körperzusammensetzung sind in Tabelle 1 dargestellt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten die Kraft- und die Powertrainingsgruppe signifikante Trainingseffekte hinsichtlich des SPPB (p=0,011, p=0,012), während zwischen den beiden Trainingsmodalitäten keine Unterschiede festgestellt wurden. Keine Gruppenunterschiede in den Veränderungen über die Zeit konnten zudem in den sekundären Outcomes beobachtet werden.

	Prä-Test	Post-Test	Differenz (Post-Prä)
SPPB (pt.)			
Powertraining	9 (7,5 - 11)	11 (9 - 12)	1 (0 - 2,5)
Krafttraining	9,5 (7,25 - 11)	10,5 (8,25 - 12)	1 (-0,75 - 2,75)
Kontrollgruppe	11 (8,75 - 12)	9,5 (8,75 - 12)	0 (-2 - 1)
Power (W)			
Powertraining	485 (397 - 654)	506 (441 - 602)	-1 (-71 - 91)
Krafttraining	440 (292 - 573)	502 (388 - 595)	30 (-15 - 141)
Kontrollgruppe	453 (296 - 593)	482 (347 - 551)	3 (-48 - 72)
aLM (kg)			
Powertraining	16,9 (15,3 - 21,0)	17,4 (15,8 - 20,2)	0,1 (-0,4 - 0,6)
Krafttraining	17,5 (15,5 - 20,1)	18,1 (16,0 - 20,6)	0,3 (-0,2 - 0,6)
Kontrollgruppe	17,8 (16,1 - 20,3)	17,6 (16,4 - 20,5)	0,0 (-0,4 - 0,7)
PAR (h)			
Powertraining	14,8 (1,5 - 24)	18,5 (0 - 38)	3,4 (-6 - 19,5)
Krafttraining	18,2 (0 - 51)	21,5 (2 - 43)	3,3 (-21 - 29)
Kontrollgruppe	19,1 (3 - 37,5)	18,2 (0 - 45,5)	-0,9 (-32 - 17,5)

Tab. 1: Median und Range des SPPB, der Power, der Körperzusammensetzung (aLM) und des PAR sowie Prä- vs. Post-Test Differenzen über alle Probanden

Diskussion

Die Studie zeigte hinsichtlich der Verbesserung der Funktionalität von pre-frail älteren Personen deutliche Effekte eines 12-wöchigen Kraft- und Powertrainingsprogramms auf und unterstreicht das Potenzial dieser Trainingsformen im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation. Die fehlenden Unterschiede zwischen den beiden Trainingsmodalitäten stehen teilweise im Gegensatz zu den Ergebnissen zurückliegender Studien und könnten einerseits auf den Einschluss von ausschließlich pre-frail älteren Personen oder auf spezifische Probleme der Zielgruppe bei der Schnellkraftentwicklung mit den gewählten Trainingsgeräten zurückzuführen sein.

Literatur

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G., McBurnie, M.A. (2001): Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci., 56 (3). M1461-56.

Wirkung einer dreimonatigen stochastischen Resonanztherapie (SRT®) auf die Knochendichte, Rumpfkraft und Koordination bei älteren Menschen - Stochastische Resonanztherapie bei Senioren mit Osteoporose

Eichner, G., Dittrich, M., Kleist, B., Beyer, W.F.
Orthopädie-Zentrum Bad Füssing

Forschungsstand und Bedeutung für die medizinische Rehabilitation

Sowohl in der Prävention als auch in der Rehabilitation von zahlreichen orthopädischen und neurologischen Erkrankungen kommt immer häufiger das sog. Ganzkörpervibrationstraining zum Einsatz. Zum Beispiel wurden positive Effekte der stochastischen Resonanztherapie bei Parkinson-Patienten in Bezug auf das Gangbild im Sinne einer postural verbesserten Stabilität festgestellt (Turbanski et al., 2005). Tanaka (2002) ermittelte in einem Tierversuch an Mäusen, dass insbesondere die stochastischen Vibrationen mit überlagerten Störeinflüssen positiv auf die Knochenfestigkeit wirkten. Mit dieser Therapieform sollen zum einen die Propriozeption und die Gleichgewichtsfähigkeit verbessert werden. Zum anderen wird eine Verminderung des Osteoporoserisikos sowie eine effektive Sturzprophylaxe v. a. bei älteren Menschen beschrieben (Verschueren et al., 2004; Dalichau, 2009). Den verschiedenen oszillierenden Therapieformen gemeinsam sind mechanische Schwingungen, die von außen in den Körper geleitet werden und somit einen Trainingsreiz für das propriozeptive System darstellen. In diesem Zusammenhang soll überprüft werden, ob durch die Impulse der stochastischen Resonanztherapie bei älteren Menschen eine Trainingswirkung bzgl. Knochendichte, Rumpfkraft und Koordination nachzuweisen ist.

Funktionsweise des "SRT Zeptor® Medical $^{\text{plus noise}}$- Systems"

Anders als bei Geräten mit sinusförmigen Schwingungen setzt die stochastische Resonanztherapie die Reize nach dem Zufallsprinzip. Die eingestellte Grundfrequenz kann durch die Einstellung zusätzlicher Störeinflüsse überlagert werden (noise). Dies wirkt sich positiv auf das Zusammenspiel zwischen Rezeptoren, Nerven und Muskeln aus. Die Frequenzen liegen zwischen 3,5 und 12,5 Hertz und orientieren sich an Schwingungen, die beim Menschen beispielsweise im aufrechten Stand und bei maximalen Anspannungen auftreten. Die beiden Trittplatten bewegen sich in horizontaler, vertikaler und zusätzlich seitlicher (kippender) Richtung. Somit wird erreicht, dass der Trainierende nicht nur reagieren, sondern auch selbst agieren muss, um die Schwingungen optimal zu regulieren und zu dämpfen.

Hypothese

Ein adäquates Training mit dem stochastischen Resonanzgerät "SRT-Zeptor® Medical $^{\text{plus noise}}$- System" führt bei älteren Menschen zu einer signifikanten Steigerung der Rumpfkraft, der Koordination (v. a. Gleichgewichtsfähigkeit) und zu einer erhöhten Knochenfestigkeit.

Methoden

Eine prospektive Untersuchung im Eingruppen-Prä-Post-Design mit dreimonatigem Follow-Up. Die Testinhalte setzten sich zusammen aus Untersuchungen der Knochenmineraldichte und des Mineralgehalts, der isometrischen Rumpfkraft, des statischen und dynamischen Gleichgewichts, aus motorischen Tests zur Sturzneigung (Runge, 1998) sowie einer Befragung über die subjektive Gesundheitseinschätzung. Während der dreimonatigen Interventionsphase absolvierten 43 Freiwillige (> 60 Jahre) ein vorgegebenes Training mit drei Einheiten pro Woche von jeweils 15-minütiger Dauer. Es erfolgte jeweils nach sechs Einheiten eine einheitliche Progression der Trainingsparameter. Insgesamt wurde 36 Mal trainiert.

Ergebnisse

In Bezug auf die Knochen- und Mineraldichte konnten weder bei den Frauen noch bei den Männern signifikante Veränderungen zwischen den drei Messzeitpunkten festgestellt werden. Geringe aber nicht signifikante Veränderungen zeigten sich beim statischen/dynamischen Gleichgewichtstest sowie bei einigen motorischen Funktionstests zur Sturzneigung. Lediglich bei den Tests "Chair-Rising" und "Timed-Get Up and Go" zeigten die Frauen zum zweiten Messzeitpunkt eine signifikante Steigerung. Ebenso ergaben sich im Hinblick auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen allen drei Messzeitpunkten. Ein etwas anderes Bild zeigte sich bei der isometrischen Rumpfkraft. Hier waren zum Zeitpunkt (t1) zu (t2) sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern signifikante Verbesserungen zu sehen. Diese Steigerung blieb nach drei Monaten ohne Training annähernd konstant, jedoch ohne statischen Zusammenhang.

Schlussfolgerung

Bei der Betrachtung der Ergebnisse stellt man fest, dass dem stochastischen Resonanztraining bei dem vorliegenden Probandenpool teilweise direkte Auswirkungen zugeschrieben werden können. In Bezug auf die Knochendichte war keine eindeutige Richtung ersichtlich. Die ermittelten T-Score-Werte des linken Hüftkopfhalses bzw. der Lendenwirbelsäule variierten von leichten Verbesserungen hin zu geringen Verschlechterungen. Nennenswerte Steigerungen waren bei der isometrischen Rumpfkraft sowie im motorischen Bereich zu erkennen. Die Frauen konnten insbesondere für die Flexion, die Männer für die Extension einen Kraftzuwachs vorweisen. Wenn man sich dazu die Ausgangslage mit etwaigen muskulären Dysbalancen und die Kraftverhältnisse am Ende der Intervention betrachtet, so könnte man zu dem Schluss kommen, dass eine regelmäßige stochastische Resonanztherapie die genannten muskulären Ungleichheiten in der Rumpfmuskulatur positiv beeinflussen könnte. Insgesamt müssten die genannten positiven Effekte des SRT-Zeptorings® dazu beitragen, die Alltagsmotorik und die Körperhaltung von älteren Menschen zu verbessern bzw. zu erhalten. Zudem kann das Sturzrisiko, welches in höherem Alter nachweislich zunimmt, durch eine verbesserte Gleichgewichts- und Reaktionsfähigkeit reduziert werden. Langzeitstudien müssten die beschriebenen Wirkungen der stochastischen Resonanztherapie auf die Knochendichte überprüfen.

Literatur

Dalichau, S. (2009): Vibrationstraining in der Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Stochastischen Resonanz. URL: http://www.ipl-bremen.de/Prasentationen/Vibration_in_der_Therapie.pdf, Abruf: 20.10.2009.

Runge, M. (1998): Gehstörungen, Stürze, Hüftfrakturen. Darmstadt: Steinkopff.
Tanaka, S.M. (2002): Stochastic resonance in osteogenic response to mechanical loading. The FASEB Journal express article 10.1096/ fj.02-0561fje. Published online December 3.
Turbanski, S., Haas, CT., Schmidtbleicher, D., Friedrich, A., Duisburg, P. (2005): Effects of random whole-body vibration on postural control in Parkinson`s disease. Res Sports Med. 3. 243-256.
Verschueren, SM., Roelants, M., Delecluse, C., Swinnen, S., Vanderschueren, D., Boonen, S. (2003): Effects of 6-month whole body vibration training on hip density, muscle strength and postural control in postmenopausal women: A randomized controlled pilot study. Journal of bone and mineral research. 19. 352-359.

Effekte eines ambulanten Rehabilitationssportprogrammes auf die direkten Gesundheitskosten älterer Menschen

Kemmler, W. (1), von Stengel, S. (1), Mayer, S. (2), Engelke, K. (1), Kalender, W.A. (1)
(1) Institut für Medizinische Physik, (2) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Einleitung und Zielstellung

Hohes Lebensalter ist mit einer Vielzahl an gesundheitlichen Risikofaktoren und Erkrankungen verknüpft. Knapp die Hälfte der über 65-jährigen Menschen in Deutschland leiden an fünf und mehr Erkrankungen, ungefähr die Hälfte weist 2-4 Erkrankungen auf (Tesch-Römer, 2004). Die korrespondierenden Gesundheitskosten betragen bei Frauen zwischen 65-85 Jahren ca. 6.000 €, in der Altersgruppe der über 85-jährigen über 14.000 € p. a. (Statistisches Bundesamt, 2006). Körperliches Training scheint als "Breitbandtherapeutikum" besonders geeignet, die Mehrzahl dieser Risikofaktoren/Erkrankungen günstig zu beeinflussen (Pedersen, Saltin, 2006) und somit günstigen Einfluss auf die korrespondierenden Gesundheitskosten zu nehmen (BSO, 2000). Obwohl ambulanter Rehabilitationssport gemäß SGB IX § 44 seit vielen Jahren durch die Rehabilitionsträger gefördert wird, liegen für dieses indikationsspezifische Gesundheitsangebot ebenso wenig belastbare Kosten/Nutzenanalysen vor, wie für präventiv ausgerichtete Bewegungsangebote gemäß SGB V § 20. Ziel der vorliegenden Untersuchungen war es, den Effekt eines ambulanten Rehabilitationssportprogrammes gemäß SGB IX, § 44 auf die direkten Gesundheitskosten von selbständig lebenden Frauen über dem 65. Lebensjahr als zentralen Adressaten dieser Angebote zu erfassen.

Material und Methoden

246 selbständig lebende Frauen über dem 65. Lebensjahr aus der Region Erlangen-Nürnberg und Mitglieder der Siemens Betriebs-Krankenkasse (SBK) wurden randomisiert einem 18-monatigem Trainingsprogramm (TG) oder einer Kontrollgruppe (KG) zugelost. Die TG führte ein zweimalige Training/Woche nach den Vorgaben ambulanten Rehabilitationssport durch, der KG wurde intermittierend über 4x10 Wochen/18 Monate einmal die Woche ein niedrigintensives "Wohlfühlprogramm" angeboten. Die Erfassung der "Gesundheitskos-

ten je Person" erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der SBK sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern. In die Analyse gingen bis auf die zahnärztlichen Kosten alle weiteren Kosten, d. h. auch die Kosten für das Bewegungsprogramm mit ein.

Ergebnisse

115 Teilnehmer der TG und 112 Teilnehmer der KG beendeten die Untersuchung nach 18 Monaten und wurden in die Analyse eingeschlossen. Die Zwischengruppenunterschiede für die Gesundheitskosten (TG: 2.255±2.596 € vs. KG: 2.780±3.318 €/18 Monate), zeigten sich als nicht-signifikant (p=0,20).

Diskussion

Trotz signifikant positiver Effekte auf Fraktur-, Herz-Kreislauf und Sarkopenieparameter (Kemmler et al., 2010a; 2010b) zeigten sich keine signifikanten Zwischengruppenunterschiede für die Gesundheitskosten. Auffällig sind die vergleichsweise geringen Kosten der Teilnehmerinnen dieser Untersuchung (<2.000 € vs. ca. 6.000 € p. a., s. o.) welche möglichweise eine deutlichere Kostendifferenz und somit signifikante Unterschiede verhinderten.

Literatur

BSO (2000): Sport und Gesundheit - eine sozio-ökonomische Analyse. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.

Kemmler, W., von Stengel, S., Engelke, K., Haberle, L., Kalender, W.A. (2010a): Exercise effects on bone mineral density, falls, coronary risk factors, and health care costs in older women. Arch Intern Med, 170 (2). 179-185.

Kemmler, W., von Stengel, S., Engelke, K., Haberle, L., Mayhew, J.L., Kalender, W.A. (2010b): Exercise, body composition, and functional ability. Am J Prev Med., 38 (3). 279-287.

Pedersen, B.K., Saltin, B. (2006): Evidence for prescribing exercise as a therapy in chronic disease. Scand J Med Sci Sports, 16 (Suppl. 1). 3-63.

Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin.

Tesch-Römer, C. (2004): Zukunftsfähige Altersvorsorge - deutsche und internationale Perspektiven. Paper presented at: "Lebenslagen älterer Menschen in Deutschland" Berlin.

Wie ist die Strukturqualität in der geriatrischen Rehabilitation? - Erste Ergebnisse aus dem Projekt "Entwicklung eines Programms zur Sicherung der Strukturqualität für stationäre und ambulante Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation"

Deckenbach, B. (1), Stöppler, C. (1), Loos, S. (1), Dänner, A. (2)

(1) IGES Institut GmbH, Berlin, (2) GKV Spitzenverband, Berlin

Hintergrund

Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe (§ 137d SGB V i. V. m. § 135a Abs. 2 SGB V) sind ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen zur Beteiligung an externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung verpflichtet. Das im Jahr 2000 eingeführte Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung (QS-Reha®) findet im Bereich der geriatrischen Rehabilitation noch keine Anwendung.

Im Sommer 2010 hat daher der GKV-Spitzenverband die IGES Institut GmbH mit der Entwicklung eines Verfahrens zur Sicherung der Strukturqualität in ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen beauftragt. Mit der Entwicklung und Implementierung werden folgende Ziele verfolgt: differenzierte Beschreibung der Strukturen der geriatrischen Rehabilitation sowie die deutliche Erhöhung der Qualitäts- und Leistungstransparenz im o. g. Versorgungsbereich.

Der vorliegende Beitrag bildet erste Ergebnisse der Erhebung der Strukturqualität in der geriatrischen Rehabilitation ab.

Methodik

Zur Entwicklung der Strukturqualitätskriterien wurde eine Bestandsaufnahme von Kriterien bestehender QS-Reha®-Verfahren anderer Indikationen sowie von bereits bestehenden Qualitätssicherungsprogrammen für geriatrische Einrichtungen vorgenommen. Darüber hinaus wurden in einer strukturierten Recherche aktuelle Informationen und Entwicklungen zu Strukturen geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen analysiert. Im Rahmen einer zweistufigen Expertenbefragung wurde zunächst eine schriftliche Beurteilung einer Liste potenzieller Strukturqualitätskriterien auf der Grundlage der Informationssammlung durchgeführt. Unter Beteiligung medizinischer Experten und nichtmedizinischer Entscheidungsträger wurden 203 Strukturqualitätskriterien der stationären und 180 Strukturqualitätskriterien der ambulanten geriatrischen Rehabilitation definiert.

Bei der Entwicklung der Bewertungskriterien wurden neben generellen Anforderungen an die Strukturqualität, in Kriterien für die ambulante und stationäre Rehabilitation sowie in Basis- und Zuweisungskriterien differenziert und diese vier Dimensionen der Strukturqualität zugeordnet.

Nach erfolgter Entwicklung der Kriterienkataloge werden die Kriterien im Rahmen eines Pretest an freiwillig teilnehmenden Einrichtungen (n = 15) erprobt. Nach Auswertung der Ergebnisse und einigen Anpassungen werden die abschließenden Kriterienkataloge, das automatisierte Erhebungsinstrument sowie die damit verbundene Berichterstellung im Rahmen eines Pilottests in weiteren freiwillig teilnehmenden Einrichtungen erprobt.

Zielgruppe

- GKV-hauptbelegte geriatrische Fachabteilungen bzw. Rehabilitationseinrichtungen
- Qualitätsbeauftragte
- Mitarbeiter von Rehabilitationsträgern im Bereich Qualitätssicherung
- Forschungseinrichtungen mit Schwerpunkten Rehabilitation und Qualitätssicherung

Ergebnisse / Stand der Umsetzung

Erhebungen zu den Strukturen geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen sind bisher selten, älteren Datums und von eingeschränkter Detailtiefe (Loos et al., 2001). Das wenige, was wir heute über Strukturqualität in der geriatrischen Rehabilitation wissen, zeigt, dass hinsichtlich der beruflichen Qualifikation, der Gestaltung der Behandlungsabläufe sowie der strukturellen Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen andere Anforderungen an die Qualität definiert und gefordert werden müssen, als dies in den bisherigen indikationsbezogen differenzierenden QS-Reha®-Verfahren derzeit erfolgt (BV Geriatrie, 2010). So stellt geriatrische Rehabilitation erweiterte Anforderungen an das Assessment (Graham, Langhorne 2005), die individuelle Erhebung des Behandlungsbedarfes sowie der individuellen Festlegung der Behandlungsziele multimorbider Patienten (Lübke, Meinck, 2008). Darüber hinaus ist die koordinierte Zusammenarbeit des geriatrischen Teams (Runge, Rehfeld, 2000; Neubart, 2009) ein wesentlicher Faktor für die Qualität der Behandlung geriatrischer Patienten. Ziel ist es, im Rahmen aktivierend-therapeutischer Pflege dem Patienten das Wiedererlangen und Erhalten von Alltagskompetenz zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund kommt der Pflege in der geriatrischen Rehabilitation - stärker als in den indikationsbezogenen Rehabilitationseinrichtungen - eine besondere Bedeutung zu.

Diese Besonderheiten stellen spezifische strukturelle Anforderungen an die Qualität geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen dar.

Ausblick

Das Projekt ermöglicht erstmals einen bundesweiten Vergleich der geriatrischen Rehabilitations-Einrichtungen untereinander und ermöglicht Einrichtungen das Erkennen von Defiziten im Bereich der Strukturqualität. Einzelne Entwicklungsschritte unter wissenschaftlicher Begleitung sowie erste abgestimmte Ergebnisse zur Strukturqualität werden vorgestellt. Insbesondere werden die speziellen Anforderungen an Qualifikation, Fort- und Weiterbildung des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals sowie der personellen Ausstattung erfasst, um so eine erste "Evidenz" zur quantitativen und qualitativen Personalausstattung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen zu erlangen.

Die ausgewerteten Ergebnisse des Pretest und der Pilotphase werden bei dem routinehaften Einsatz des Instrumentariums im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens berücksichtigt.

Literatur

Bundesverband Geriatrie e.V. (2010): Weißbuch Geriatrie. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Graham, E., Langhorne, P. (2005): Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. British medical bulletin, 71. 45-49.

Loos, S., Plate A., Dapp U., Lüttje D., Meier-Baumgartner H.P., Oster P., Vogel W., Steinhagen-Thiessen E. (2001): Geriatrische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34. 61-73.

Lübke, N., Meinck, M. (2008): Aktuelle Bestandsaufnahme externer Qualitätssicherungsverfahren im Bereich geriatrischer Rehabilitation. Die Rehabilitation, 47. 39-48.

Neubart, R. (2009): Geriatrische Rehabilitation ist professionelle Teamarbeit. Heilberufe, 61: 11-13.

Runge, M., Rehfeld, G. (2000): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Autorenindex

Ahnert, J. 284, 527
Alemany, F.J. 115
Allgayer, H. 430
Ammelburg, N. 126, 316
Andreas, S. 103
Anneken, V. 92
Ansmann, A. 417
Arling, V. 96, 230, 235
Bahemann, A. 261
Bahl, H.-J. 481
Bahr, K. 68
Bähr, S. 461
Bak, P. 199, 201, 322
Balck, F. 405
Baldus, G. 331
Banzer, W. 333
Barth, J. 413
Bartsch, H.H. 421
Bauer, J. 538
Bauknecht, M. 109
Baumann, K. 451
Baumeister, H. 279
Bebenek, M. 314
Beblo, A. 249
Becker, C. 359, 369
Becker, E. 475
Becker, P. 168
Behrens, J. 34, 36, 267, 359, 368, 369
Bengel, J. 70, 213, 279
Benninghoven, D. 319
Benoit, D. 66
Bergelt, C. 415
Berger, D. 410, 413
Berking, M. 38
Bernardy, K. 449, 504
Bertram, K. 463
Bestmann, A. 225
Bethge, M. 139, 232, 245, 255, 470, 490
Beyer, C. 243
Beyer, W.F. 540
Bialas, P. 504
Biester, I. 419
Biewald, M. 300
Bischoff, C. 66
Bitz, I. 279
Bjarnason-Wehrens, B. 375, 377, 400, 401
Böcker, M. 70
Böer, J. 313
Bohley, S. 322
Bokemeyer, C. 407
Böttcher, H.M. 415
Braig, S. 318
Brand, R. 394
Brandes, I. 180, 184
Brauchler, R. 72
Braun, B. 109
Brause, M. 136, 174
Bretschneider, K. 267
Brückner, C. 394
Brückner, L. 32
Brückner, U. 166
Brünger, M. 347
Brüser, J. 386
Brütt, A.L. 103
Brzoska, P. 141
Buchmann, J. 176
Bürger, W. 209
Busch, C. 377, 400, 401
Buschmann-Steinhage, R. 206
Cieza, A. 98, 101
Claros-Salinas, D. 349, 358
Conzelmann, A. 341
Dänner, A. 544
Danner, A-S. 457
Daseking, M. 522
Deck, R. 41, 43, 56, 363
Deckenbach, B. 544
Derlien, S. 199
Deters, M.A. 103
Dettmers, C. 349, 358, 373
Diaz Meyer, M. 72
Dibbelt, S. 159, 161
Dickenhorst, U. 476
Dietrich, C.F. 430
Dietrich, J. 351
Dippel, A. 38
Dittmer, N. 349
Dittrich, M. 540
Djahangiri, N. 438
Döbler, A. 428
Drey, M. 538
Dudeck, A. 159, 161
Eberl, C. 475
Ebert, D.D. 38
Ebert, K.-H. 409
Eckel, J. 168
Eckert, K. 331, 335
Eckey, U. 284
Eggenwirth, S. 38
Eggers, I. 524
Egner, U. 139, 485
Ehlebracht-König, I. 48, 288, 506, 508, 512
Ehmann, K. 182
Ehrhardt, H. 143, 150, 157
Eichner, G. 540
Ender, S. 520
Enderle, A. 107
Endras, S. 103
Engelke, K. 314, 542
Erbstößer, S. 228
Erler, K. 32
Ernst, G. 432
Escorpizo, R. 98
Ewert, T. 101
Exner, A.-K. 419
Faath, V. 31
Fach, E. 322
Faller, H. 46, 74, 178, 187, 189, 288, 508
Farin-Glattacker, E. 147, 153, 172, 403, 529, 531
Feicke, J. 182
Feige, T. 50
Fellmann, K. 535
Fiedler, R.G. 88, 216
Finger, M. 98
Fischer, D. 197
Fischer, J. 99, 461
Fischer, S. 363, 394
Flach, T.H. 237
Fleig, L. 327, 337
Forkmann, T. 70
Franke, W. 60
Freiberger, E. 538
Freidel, K. 90
Freiwald, J. 324
Frey, C. 70, 213
Fricke, D. 48
Friedrich-Gärtner, L. 241
Fries, W. 363
Frings, S. 300
Frisch, S. 50
Froböse, I. 84, 501
Fröhlich, S.M. 247

Frost, M. 235
Funke, W. 483
Gallhofer, G. 423
Gehrke, J. 259, 263
Gerlich, C. 155, 164, 259, 286
Giesler, J.M. 421
Gläßel, A. 98, 101
Glattacker, M. 145, 159, 161, 277, 472, 506
Glatz, A. 261
Gnauck, M. 72
Göbber, J. 64
Göhl, O. 435
Götte, L. 375
Göttlicher, A 75
Gramm, L. 153, 172
Grande, G. 169, 273
Grau, S. 313
Greitemann, B. 88, 159, 161, 216, 247
Greitemann, G. 358
Groll, C. 371
Grossmann, L. 96
Gruber, W. 394
Grützner, P.A. 86
Günther, S. 322
Gustke, M. 529, 531
Gutenbrunner, C. 288, 508
Gutt, S. 189
Haarig, F. 437
Haase, I. 124
Hampel, P. 533, 535
Hamzei, F. 373
Hanisch, M. 453
Harling, M. 132
Härter, M. 279
Hass, H.G. 424
Hassa, T. 373
Haupt, G. 313
Hechtner, J. 392
Hecking, M. 515, 517
Heiderhoff, M. 284
Heilmeyer, P. 247
Heipertz, W. 261
Hellhammer, D. 463
Hemmersbach, A. 195, 365
Hendrich, S. 339
Hennighausen, A.E. 500
Herm, K. 465
Hermann, T. 535
Hero, T. 463
Herrmann-Lingen, C. 273
Hesse, B. 265
Hessel, A. 60
Heuft, G. 88, 216
Heußner, P. 405
Heyduck, K. 145, 277
Heyne, A. 32
Hinkerode, T. 284
Hinrichs, J. 88, 216
Hirthammer, H. 72
Hoberg, E. 319
Hochfellner, S. 79
Höder, J. 180, 184
Hoffmann, S. 472
Hofmann, J. 176
Hofmann, S. 398
Holderied, A. 259
Hölschermann, H. 398
Höner, O. 345
Huber, D. 192, 380
Huber, G. 331, 335
Hübner, P. 432
Hübscher, J 75
Hüppe, A. 41, 43, 426
Hüttenmeister, H.P. 25
Igel, U. 169
Igl, W. 84
Ischebeck, W. 361
Jabben, J. 62
Jäckel, W.H. 159, 161, 275, 282, 472, 493, 506, 529
Jacobi, E. 107, 130, 141, 497
Jadczak, A. 375
Jahed, J. 279
Jelitte, M. 74, 168
Jürgensen, R. 445, 458, 467
Kaden, B. 413
Kahlert, D. 394
Kähnert, H. 419
Kainz, B. 472
Kaiser, M. 358
Kaiser, U. 440, 442
Kalender, W.A. 314, 542
Kaltheier, O. 261
Kaluscha, R. 107, 130, 141, 497
Kalusche, E.-M. 419
Kamke, W. 392
Kaps, A. 524, 526
Karbe, H. 351
Karoff, J. 192, 380
Karoff, M. 192, 247, 380
Karstens, S. 84, 501
Kasten, Y. 470, 490
Kastner, J. 515, 517
Kawski, S. 189
Keck, M. 388, 390, 510
Kelm, D. 351
Kemmler, W. 314, 542
Keßler, U. 58
Kirchberger, I. 101
Kirchhof, R. 288, 435, 437, 508
Kirchner, P. 481
Kirschneck, M. 101
Kittel, J. 192, 247, 380
Kleinhans, W. 201
Kleinöder, H. 375
Kleist, B. 540
Kleon, S. 235
Klosterhuis, H. 204
Kluge, K. 512
Knaus, S. 355
Knisel, W. 46
Knufinke, R. 201, 481
Knülle, E. 211
Kobelt, A. 62, 64
Koch, A. 476
Koch, D. 251
Koch, U. 103, 180, 184, 405, 407, 415
Kohlmann, T. 68, 94
Köhn, S. 126, 316, 485
Kohte, W. 297
Koller, B. 419
Köllner, V. 449, 504
König, R. 62
Köpke, K.-H. 253
Körber, J. 413
Körner, M. 143, 150, 157
Körtke, H. 50
Kosiol, D. 153
Kosmützky, G. 345
Kowalski, C. 417
Kraft, D. 449
Kramer, G. 526
Krauss, I. 313
Krauth, C. 180, 184
Krenz, S. 291

Kretzschmann, C. 169
Krischak, G. 107, 130, 141, 497
Kristek, J. 135
Kriz, D. 113, 115
Krönig, B. 390
Krüll, A. 407
Kruse, M. 405, 506
Kruse, N. 247
Küch, D. 166, 197
Küffner, R. 178, 187
Kulick, B. 31, 472
Kulke, H. 218
Küst, J. 351, 358
Lamprecht, J. 34, 36, 133
Landau, K. 72
Landgraf, U. 46
Langbrandtner, J. 426
Lange, M. 60, 331
Langer, T. 384
Lawall, C. 305
Lay, W. 189
Lehmann, C. 407
Lehnert, K. 341
Leibbrand, B. 419
Leicht, R. 149
Leisse, M. 90
Lieberei, B. 451
Liepert, J. 373
Limbacher, K. 66
Linck-Eleftheriadis, S. 111
Linden, M. 54, 58, 80, 451, 453, 463, 465
Lindenmeyer, J. 475, 485
Lingner, H. 438
Lippke, S. 327, 337
Löffler, S. 259, 527
Loos, S. 544
Lorch, F. 107
Lorenz, C. 451
Lorenz, S. 359, 369
Loudovici, D. 199
Lowis, H. 345
Lukasczik, M. 155, 164, 286
Lütgemüller, A. 284
Mach, S. 355
Mai, H. 259
Mandrella, W. 361
Marschall, U. 479
Matthies, S. 529, 531
Mattukat, K. 512
Mau, W. 34, 36, 133, 189, 512
Mauch, E. 375
Mäurer, M. 329
Mayer, H. 515, 517
Mayer, S. 542
Medenwaldt, J. 476
Meffert, C. 145, 277
Mehnert, A. 405, 407
Meier, V. 199
Meiser, E.M. 504
Meng, K. 176, 259
Menz, G. 75
Menzel-Begemann, A. 195, 365
Mestel, R. 457
Meyer, T. 298
Meyer-Moock, S. 94
Michen, P. 220
Missel, P. 481, 483, 485
Mittag, O. 275, 282, 428, 493
Mohnke, E. 270
Möller, J.U. 180, 184
Montiel, G. 375
Morfeld, M. 180, 184, 189, 197, 223
Mühlig, S. 437
Müller, E. 70, 213
Müller, J. 527
Müller, K.W. 476
Müller, R. 109
Müller, T. 359
Müller, W.-D. 199, 201
Müller-Holthusen, T. 284, 386
Muschalla, B. 58, 80, 465
Musekamp, G. 286, 288, 508
Mussgay, L. 270, 447, 467
Muthny, F.A. 149, 424
Nagl, M. 147, 403
Nebe, K. 307
Nedelko, V. 373
Nellessen-Martens, G. 417
Netter, P. 423
Neuderth, S. 155, 164
Neuner, R. 318
Nguyên, B. 220
Nicklas, S. 133
Niehaus, M. 241
Niehues, C. 419
Nienhaus, A. 132
Nolte, S. 288, 508
Nordmann, A. 52
Nosper, M. 105, 111
Nübling, R. 113, 388, 390, 442, 510
Nutt, N. 261
Nutzen für das interne QM 115
Ochs, U. 251
Oechsle, K. 407
Ohnmacht, M. 442
Okay, Y. 128
Olbrich, D. 247, 249
Ollenschläger, G. 384
Olver, J. 353
Orthman, P. 501
Osborne, R. 288, 508
Ott, K. 433
Otto, F. 121
Palme, S. 96
Palsherm, K. 311
Passeik-Hartmann, D. 249
Pawelczak, S. 475
Perner, M. 535
Petermann, F. 60, 62, 64, 515, 517, 520, 522
Petermann, U. 515, 517
Petershofer, A. 361
Petri, B. 117
Pfaff, H. 417
Pfaudler, S. 319
Pfeifer, K. 329, 339, 343, 538
Pfeiffer, W. 64
Pflicht, M. 38
Pimmer, V. 327
Piso, B. 378
Placke, J. 377, 400, 401
Platz, Th. 79
Pleyer, K. 75, 440
Pohontsch, N. 56, 298
Pollmann, H. 428
Pomp, S. 327, 337
Ponsford, J. 353
Ponsford, M. 353
Pöppl, D. 363
Porsche, S. 295
Pott, C. 363
Premper, V. 77

Quatmann, M. 159, 161
Radke, B. 394
Radoschewski, F.M. 139, 245, 255
Ramm, D. 257
Ranft, J. 105
Raschke, F. 99, 461
Raspe, H. 41, 426, 428
Rauch, A. 239
Razum, O. 136, 174
Reese, C. 275, 282, 493
Reiber, M. 52
Reichel, C. 433
Reichert, A.R. 135
Reil, J. 361
Reiser, A. 445
Rennert, D. 512
Reusch, A. 178, 187
Reuther, P. 363
Reutin, B. 136, 174
Rexrodt, C. 311
Richarz, P. 92
Richter, D. 359, 369
Richter, M. 149
Rinck, M. 475
Risse, G. 363
Ritter, J. 302
Ritter, P. 390
Röder, S. 75
Rogge, K.-E. 86
Röhrig, B. 111
Romer-Raschidi, K. 86
Romppel, M. 273
Rosendahl, C. 294
Roßband, H. 166, 197
Rotsch, M. 415
Rotter, M. 451
Rüddel, H. 105, 270, 445, 447, 458, 467
Rudnik, J. 435
Rupp, K. 86
Saal, S. 359, 369
Salzwedel, A. 111
Sandor, B. 398
Schablon, A. 132
Schellmann, C. 230, 235
Schenk, H. 392
Scherffius, S. 270
Scherwath, A. 405
Scheub, D. 438
Scheuer, T. 92
Schiel, R. 524, 526
Schilling, G. 500
Schirmer, L. 405
Schlegel, A. 303
Schleicher, R. 347
Schleicher, S. 347, 382, 396
Schmeling-Kludas, C. 103
Schmickal, T. 86
Schmid-Ott, G. 149
Schmidt, C. 126, 347
Schmidt, E. 153, 172
Schmidt, J. 113, 115, 388, 390, 442, 510
Schmidt, S. 267
Schmied, W. 449
Schmiedecke, K. 220
Schmitt, B. 339
Schmitz, S. 375
Schneider, M. 99
Schoenfeld, M.A. 373
Schönberger, M. 353
Schöne, S. 423
Schott, T. 136, 174
Schramm, S. 41, 43
Schröck, R. 424
Schröder, A 472
Schrör, M. 98
Schubert, M. 34, 36, 267, 359, 369
Schubmann, R. 159, 284, 386
Schug, M. 178, 187
Schuler, M. 74, 284, 286, 288, 508
Schulte, T. 74
Schultz, K. 435, 437, 438
Schulz, H. 103
Schulz-Kindermann, F. 405
Schupp, W. 28, 218, 343
Schwaab, B. 384
Schwabe, M. 166
Schwaighofer, B. 437
Schwarze, M. 288, 435, 437, 508
Schwarzer, R. 337
Schwarzkopf, S.R. 189
Seekatz, B. 386
Seider, H. 257
Senft, B. 79
Serowy, A. 375
Sieber, C. 538
Sieger, U. 121
Sieland, B. 38
Sieveking, C.F. 470, 490
Sievers, Ch. 479
Slesina, W. 322
Smolenski, U.C. 199, 201
Söhngen, D. 409
Spieser, A. 275
Spijkers, W. 96, 230, 235
Spörhase, U. 182
Spranger, M. 533
Springer, S. 515, 517
Spyra, K. 126, 128, 139, 316, 347, 470, 485, 490
Stachow, R. 520
Stahlheber, R. 390
Stamm-Balderjahn, S. 382, 396
Stangenberg, C. 458
Stapel, M. 31
Starrost, K. 358
Steffanowski, A. 113, 115
Steger, A.-K. 143, 150, 157
Steimann, M. 415
Stein, I. 490
Steinack, R. 34, 36
Steinhilber, B. 313
Stenneken, P. 355
Stojanovic, D. 435
Stöppler, C. 544
Strandt, G. 111
Streibelt, M. 82, 139, 206, 209, 232
Streit, J. 433
Ströbl, V. 46
Stucki, G. 98, 101
Sudeck, G. 341, 345
Tallner, A. 329
Tarnowski, T. 38
Tauscher, A. 257
Terber, S. 449
Theißen, U. 211, 251
Thiel, C. 333
Thietje, R. 92
Thomsen, M. 533
Thuy, A. 31
Tiedjen, U. 520
Tiling, Th. 220
Toepler, E. 117

Tripp, J. 424
Tüchler, H. 378
Tüpker, N. 103
Turek, A. 361
Tüscher, O. 373
Ubben, C. 54
Uhlmann, A. 189
Ulitsch, A. 345
Ullrich, A. 506
Untersinger, I. 449
Vogel, B. 279
Vogel, H. 168, 176, 178, 187, 259, 284, 386, 527
Vogelgesang, M. 30
Vogt, L. 333
Vogt, T. 413
Völler, H. 111
Völzke, V. 361
von Stengel, S. 314, 542
von Wahlert, J. 457
Vorsatz, N. 487, 495
Waldschmidt, D. 409
Wallrabenstein, H. 261
Walter, U. 291
Webendörfer, S. 66
Weber, A. 261, 365
Wehking, E. 355
Wehrfritz, B. 343
Weiler, S.W. 84, 501
Weiller, C. 373
Weinbrenner, S. 384
Weis, J. 421
Welter, T. 504
Welti, F. 290, 309
Wentzensen, A. 86
Wenzel, D. 472
Werpup, L. 522
Weyermann, M. 318
Widera, T 529
Widera, T. 531
Wiebecke, J. 361
Wiehn, T. 455
Wiers, R. 475
Willemsen, D. 377, 400, 401
Wind, G. 86
Winkelmann, A. 101
Winkler, M. 64
Wintjen, L. 520
Wirtz, M. 70, 92, 213, 353
Witte, K. 324
Wittmann, M. 435, 437, 438
Wolf, G. 84, 501
Wölfling, K. 476
Wolik, A. 479
Wollenhaupt, J. 48
Wüsten, B. 398
Yilmaz-Aslan, Y. 174
Zaleska-Beyersdorf, J. 239
Zander, A.R. 405
Zander, J. 204
Zech, A. 339, 538
Zierz, S. 359
Zipse, S. 430
Zimmermann, M. 365
Zollmann, P. 225
Zucker, A. 510
Zurborn, K.-H. 415

Verzeichnis der Erstautoren

Ahnert, Jutta, Dr., Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Reha-Wissenschaften, 97070 Würzburg

Allgayer, Hubert, Prof., Reha-Klinik Ob der Tauber der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, RehaZentren Baden-Württemberg, 97980 Bad Mergentheim

Arling, Viktoria, Dr., Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (RWTH), Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, 52066 Aachen

Bahr, Kristin, Institut für Community Medicine, Abteilung Methoden der Community Medicine, 17475 Greifswald

Bähr, Sonja, Institut für Rehaforschung Norderney, 26548 Norderney

Bauknecht, Maren, Dr., Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, 28359 Bremen

Berger, Dieter, Dr., Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NW, 44799 Bochum

Bernardy, Kathrin, Dr., MediClin Bliestal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, 66440 Blieskastel

Bestmann, Anja, Dr., Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Forschung, Entwicklung, Statistik, Forschungsdatenzentrum, 10704 Berlin

Bethge, Matthias, Dr., Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Beyer, Christoph, Landschaftsverband Rheinland, LVR-Integrationsamt, 50679 Köln

Biewald, Melanie, Technische Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften, 44227 Dortmund

Bohley, Stefanie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Sektion Medizinische Soziologie, 06097 Halle

Böttcher, Hilke M., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, 20246 Hamburg

Brandes, Iris, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 30625 Hannover

Brause, Michaela, Dr., Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, 33501 Bielefeld

Brütt, Anna Levke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, 20246 Hamburg

Bürger, Wolfgang, Dr., fbg-Karlsruhe - Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, 76133 Karlsruhe

Busch, Clemens, Schüchtermann-Schiller'sche Kliniken, Bad Rothenfelde GmbH & Co.KG, 49214 Bad Rothenfelde

Claros-Salinas, Dolores, Dr., Kliniken Schmieder Konstanz, Neurologische Berufstherapie, 78464 Konstanz

Deck, Ruth, Dr., Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, 23538 Lübeck

Deckenbach, Bernd, Dr., IGES Institut GmbH, 10117 Berlin

Derlien, Steffen, Dr., Universitätsklinikum Jena, Institut für Physiotherapie, 07740 Jena

Döbler, Andrea, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Ebert, David Daniel, Philipps-Universität Marburg, Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35032 Marburg

Eckel, Julia, Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 97070 Würzburg

Eckert, Katharina, Dr., Universität Leipzig, Institut RSB, 04109 Leipzig

Ehlebracht-König, Inge, Dr., Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 31707 Bad Eilsen

Ehrhardt, Heike, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, 79104 Freiburg

Eichner, Gabriele, Orthopädie-Zentrum Bad Füssing der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, Abteilung Forschung, 94072 Bad Füssing

Erbstößer, Sabine, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Wissenschaften, 10704 Berlin

Erler, Kerstin, Dr., Moritz Klinik, 07639 Bad Klosterlausnitz

Ernst, Gundula, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Psychologie, 30625 Hannover

Farin-Glattacker, Erik, Dr., Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Feicke, Janine, Pädagogische Hochschule Freiburg, Abteilung Gesundheitspädagogik, 79117 Freiburg

Fiedler, Rolf G., Dr., Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster

Flach, Thorsten, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Freidel, Klaus, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, 55232 Alzey

Freiwald, Jürgen, Prof., 42119 Wuppertal

Friedrich-Gärtner, Lene, Universität zu Köln, Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation, 50931 Köln

Funke, Wilma, Dr., Kliniken Wied, 57629 Wied

Gallhofer, Gertraud, Dr., Klinik Taunus, Reha-Zentrum Bad Nauheim, 61231 Bad Nauheim

Gehrke, Jörg, Deutsche Rentenversicherung Bund, Referat 0441, 10704 Berlin

Gerlich, Christian, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Giesler, Jürgen M., Dr., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Klinik für Tumorbiologie, 79106 Freiburg

Gläßel, Andrea, Schweizer Paraplegiker Forschung, ICF Research Branch of the WHO, 6207 Nottwil, Schweiz

Glattacker, Manuela, Dr., Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Glatz, Andreas, Dr., Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Göbber, Julia, Universität Bremen, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, 30880 Laatzen

Gramm, Lukas, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Groll, Christina, physiosail, 49080 Osnabrück

Gruber, Wolfgang, Dr., AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, 14532 Stahnsdorf

Gustke, Matthias, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Gutenbrunner, Christoph, Prof., Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, 30625 Hannover

Gutt, Stefanie, Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

Haase, Ingo, Dr., m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Forschung, Entwicklung und Qualitätssicherung, 87629 Hopfen am See

Hampel, Petra, Prof., Universität Flensburg, Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung, 24943 Flensburg

Hanisch, Moritz, Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, 13513 Teltow

Harling, Melanie, Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Hendrich, Simon, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport, 91058 Erlangen

Hennighausen, Anette Elisabeth, Rehabilitationszentrum am Sprudelhof, Psychosomatische Abteilung, 61231 Bad Nauheim

Hesse, Bettina, Dr., Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Abteilung Sozialmedizin, 48125 Münster

Heyduck, Katja, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Hinrichs, Jens, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster

Hofmann, Jana, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport, 91058 Erlangen

Huber, Daniela, Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Abteilung Rehabilitationsforschung, 58256 Ennepetal

Huber, Gerhard, Prof., Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg, 69120 Heidelberg

Hüttenmeister, Heinz-Peter, 37120 Bovenden

Igel, Ulrike, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften, 04251 Leipzig

Jahed, Jeanette, Institut für Psychologie der Universität Freiburg, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, 79085 Freiburg

Jelitte, Matthias, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Kaden, Bernhard, Dr., Hamm-Kliniken GmbH & Co. KG, Klinik Nordfriesland, 25826 Sankt Peter-Ording

Kähnert, Heike, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Salzuflen, Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 32105 Bad Salzuflen

Kainz, Birgit, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Kaiser, Udo, Dr., Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang, 7265 Davos-Wolfgang, Schweiz

Kaluscha, Rainer, Dr., Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, Moorsanatorium Reischberg, Praxis Prof. Jacobi, 88410 Bad Wurzach

Kamke, Wolfram, Dr., MediClin Reha-Zentrum Spreewald, 03096 Burg

Kaps, Alexander, MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Fachklinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten, 17424 Seeheilbad Heringsdorf

Karoff, Jan, Institut für Rehabilitationsforschung, Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 58256 Ennepetal

Karstens, Sven, Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, 69115 Heidelberg

Kasten, Yvonne, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Abteilung Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10098 Berlin

Kastner, Julia, Dr., Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, 28359 Bremen

Keck, Michael, Dr., Drei-Burgen-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg

Kemmler, Wolfgang, Prof., Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Medizinische Physik, 91052 Erlangen

Kirchhof, Roland, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Kirschneck, Michaela, Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften, Forschungseinheit für Biopsychosoziale Gesundheit, Ludwig-Maximilians-Universität, 81377 München

Kittel, Jörg, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 58256 Ennepetal

Knülle, Erich, Dr., Disability Management and Occupational Health Systems, Ford Werke GmbH, 50735 Köln

Kobelt, Axel, PD Dr., Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Rehastrategie-Psychosomatik, 30880 Laatzen

Köhn, Stefanie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10098 Berlin

Kohte, Wolfhard, Prof., Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische Fakultät, 06108 Halle

Köpke, Karl-Heinz, 22607 Hamburg

Körner, Mirjam, Dr., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, Abteilung für Medizinische Soziologie, 79085 Freiburg

Körtke, Heinrich, PD Dr., Institut für angewandte Telemedizin (IFAT) am Herz- und Diabeteszentrum NRW, 32545 Bad Oeynhausen

Krenz, Sandra, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 30623 Hannover

Krischak, Gert, PD Dr., Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, 88410 Bad Wurzach

Küch, Dieter, Dr., Deutsche Rentenversicherung Bund, Dezernat 8023, 10704 Berlin

Kulke, Hartwig, Dr., m&i-Fachklinik Herzogenaurach, 91074 Herzogenaurach

Küst, Jutta, Dr., Kliniken Schmieder Gailingen, 78260 Gailingen

Lamprecht, Juliane, Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Landau, Kurt, Prof., Rudolf Presl GmbH & Co., KLINIK Bavaria Rehabilitations KG, 01731 Kreischa

Langbrandtner, Jana, Universität zu Lübeck, Professur für Bevölkerungsmedizin, 23538 Lübeck

Lange, Meike, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, 28359 Bremen

Langer, Thomas, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 10623 Berlin

Lawall, Christof, GKV-Spitzenverband, 10117 Berlin

Lehmann, Claudia, Dr., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, 20246 Hamburg

Linden, Michael, Prof., Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Berlin, 14513 Teltow

Lindenmeyer, Johannes, Dr., Salus Klinik Lindow, 16835 Lindow

Lippke, Sonia, Prof., Department of Health Promotion, Universiteit Maastricht, 6200 MD Maastricht, Niederlande

Lorenz, Silke, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 06112 Halle (Saale)

Lukasczik, Matthias, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Marschall, Ursula, Dr., BARMER GEK Wuppertal, Leitung Kompetenzzentrum Medizin, 42285 Wuppertal

Mattukat, Kerstin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Rehabilitationsmedizin, 06112 Halle (Saale)

Mauch, Elvira, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Mehnert, Anja, PD Dr., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, 20246 Hamburg

Menzel-Begemann, Anke, Dr., Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, 33615 Bielefeld

Mestel, Robert, Dr., HELIOS Klinik Bad Grönenbach, Akut- und Rehabilitationsklinik für psychosomatische Medizin, 87730 Bad Grönenbach

Meyer-Moock, Sandra, Institut für Community Medicine, Universität Greifswald, 17475 Greifswald

Missel, Peter, AHG-Klinik Daun - Am Rosenberg, 54550 Daun

Morfeld, Matthias, Prof., Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, 39576 Stendal

Mühlig, Stephan, Prof., Professur für Klinische Psychologie, Technische Universität Chemnitz, 09107 Chemnitz

Müller, Evelyn, Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung Forschungsmethoden, 79117 Freiburg

Müller, Kai, Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz, 55131 Mainz

Müller, Wolf-Dieter, Dr., m&i Fachklinik Bad Liebenstein, Abteilung für Orthopädie, 36448 Bad Liebenstein

Muschalla, Beate, Dr., Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, 14513 Teltow

Mussgay, Lutz, Dr., Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, 55543 Bad Kreuznach

Nagl, Michaela, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Nebe, Katja, Prof., Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaften, 28353 Bremen

Nedelko, Violetta, Lurija Institut, Kliniken Schmieder Allensbach, 78476 Allensbach

Nellessen-Martens, Gisela, Dr., Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln, 50933 Köln

Neuner, Ralf, Dr., Institut für Epidemiologie, Universität Ulm, 89081 Ulm

Nicklas, Sven, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

Nordmann, Andrea, Zentrum Beruf und Gesundheit, 79189 Bad Krozingen

Nosper, Manfred, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland Pfalz, 55232 Alzey

Nübling, Rüdiger, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG), 76139 Karlsruhe

Okay, Yildiz, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10098 Berlin

Olbrich, Dieter, Dr., Reha-Zentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Lipperland, 32105 Bad Salzuflen

Otto, Friederike, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Medizinische Soziologie, 30625 Hannover

Palsherm, Kerstin, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 22089 Hamburg

Petri, Bernd, Edwin, Prof., Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V., 60486 Frankfurt/Main

Pfaudler, Sabine, Mühlenbergklinik, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen

Piso, Brigitte, Dr., Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 1090 Wien, Österreich

Placke, Janina, 50674 Köln

Pohontsch, Nadine Janis, Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), 23538 Lübeck

Pomp, Sarah, Freie Universität Berlin, Abteilung Gesundheitspsychologie, 14195 Berlin

Pöppl, Dominik, Ambulante Rehabilitation am Krankenhaus Geilenkirchen, 52511 Geilenkirchen

Porsche, Stefanie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Lehrstuhl Prof. Dr. Wolfhard Kohte, 06108 Halle (Saale)

Premper, Volker, Dr., AHG Klinik Schweriner See, 19069 Lübstorf

Quatmann, Maria, Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 49214 Bad Rothenfelde

Ramm, Diana, Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet Sozialrecht der Rehabilitation und Recht der behinderten Menschen, 34127 Kassel

Ranft, Janine, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, 55543 Bad Kreuznach

Raschke, Friedhart, PD Dr., Institut für Rehabilitationsforschung, 26548 Norderney

Rauch, Angela, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, 90478 Nürnberg

Reese, Christina, Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Reichert, Arndt, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Kompetenzbereich Gesundheit, 45128 Essen

Reusch, Andrea, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Reutin, Barbara, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, 33501 Bielefeld

Richter, Dana, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Richter, Matthias, Dr., Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster

Ritter, Jürgen, Deutsche Rentenversicherung Bund, Dezernat 8011, 10704 Berlin

Röder, Sophia, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Sportwissenschaft, 07749 Jena

Romer-Raschidi, Karin, BG Klinik Ludwigshafen, 67071 Ludwigshafen

Romppel, Matthias, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften, 04251 Leipzig

Rosendahl, Cathleen, 06110 Halle

Rüddel, Heinz, Prof., St. Franziska Stift und FPP, Universität Trier, 55543 Bad Kreuznach

Sandor, Bence, Dr., Hochtaunuskliniken Bad Homburg, Medizinische Klinik I, Kardiologie, Angiologie, Medizinische Intensivtherapie, 61348 Bad Homburg

Schellmann, Christina U., Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (RWTH), Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, 52066 Aachen

Scheuer, Tanja, Forschungsinstitut für Behinderung und Sport an der Deutschen Sporthochschule Köln und der Lebenshilfe NRW e.V., 50226 Frechen

Schiel, Ralf, Prof., MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Fachklinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten, 17424 Seeheilbad Heringsdorf

Schlegel, Armin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 44147 Dortmund

Schleicher, Susanne, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung, 10117 Berlin

Schmidt, Christian, Charite-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10098 Berlin

Schmiedecke, Kerstin, ASR Rehabilitationszentrum Köln, 51103 Köln

Schönberger, Michael, Albert-Ludwigs-Universität, Institut für Psychologie, Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, 79106 Freiburg

Schramm, Susanne, Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, 23538 Lübeck

Schubert, Michael, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 06097 Halle/Saale

Schuler, Michael, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Schultz, Konrad, Dr., Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie, 83435 Bad Reichenhall

Schupp, Wilfried, Dr., m&i-Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Neurologie und Neuropsychologie, 91074 Herzogenaurach

Seekatz, Bettina, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Senft, Birgit, Reha-Klinik für Seelische Gesundheit, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Österreich

Sieveking, Caspar Friedrich, Dr., Paracelsus-Wiehengebirgs-Klinik Bad Essen, 49152 Bad Essen

Söhngen, Dietmar, PD Dr., MediClin Reha-Zentrum Reichshof-Eckenhagen, 51580 Reichshof-Eckenhagen

Springer, Stephan, Dr., Klinik Hochried, 82418 Murnau

Spyra, Karla, Dr., Charité-Universitätsmedizin Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10117 Berlin

Stachow, Rainer, Dr., Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung Nord, 25980 Westerland

Stamm-Balderjahn, Sabine, Dr., Charité-Universitätsmedizin Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung, 10117 Berlin

Stangenberg, Claudia, St. Franziska-Stift, 55543 Bad Kreuznach

Stapel, Matthias, Dr., Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Leistungsabteilung - Dezernat 3.3 - Fachbereich Evaluation, 67346 Speyer

Starrost, Klaus, Kliniken Schmieder Allensbach, 78476 Allensbach

Steffanowski, Andrés, Dr., Universität Mannheim, Lehrstuhl Psychologie II, 68131 Mannheim

Steger, Anne-Kathrin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, 79106 Freiburg

Steinhilber, Benjamin, Universität Tübingen, Medizinische Klinik, Abteilung Sportmedizin, 72076 Tübingen

Streibelt, Marco, Dr., Deutsche Rentenversicherung Bund, Dezernat 8010, 10704 Berlin

Streit, Jürgen, Dr., Hartwald-Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung Bund, Reha Zentrum Bad Brückenau, 97769 Bad Brückenau

Ströbl, Veronika, Dr., Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Sudeck, Gorden, Prof., Institut für Sportwissenschaft, Universität Bern, 3012 Bern, Schweiz

Tallner, Alexander, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport, 91058 Erlangen

Theißen, Ulrich, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Abteilung BWS - Fachbereich Reha-Management, 40210 Düsseldorf

Thiel, Christian, Dr., Institut für Sportwissenschaften, Goethe-Universität, 60487 Frankfurt

Thomsen, Monika, Fakultät für Erziehungswissenschaften, Psychologie und Bewegungswissenschaften, Universität Hamburg, 20146 Hamburg

Tripp, Jürgen, Universitätsklinik Münster, Institut für Medizinische Psychologie, 48149 Münster

Ullrich, Antje, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Untersinger, Isabella, Klinik für Innere Medizin V, Universitätsklinikum des Saarlandes Homburg/Saar, 66421 Homburg/Saar

Vogel, Heiner, Dr., Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Vogelgesang, Monika, Dr., AHG Klinik Münchwies, 66540 Neunkirchen

Völzke, Volker, Dr., HELIOS Klinik Holthausen, 45527 Hattingen

Vorsatz, Nadine, Deutsche Rentenversicherung Bund, Dezernat 8010, 10704 Berlin

Webendörfer, Susanne, AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, 67098 Bad Dürkheim

Wehking, Erwin, Dr., Klinik am Rosengarten, 32545 Bad Oeynhausen

Welti, Felix, Prof., Universität Kassel, Fachbereich 04, Institut für Sozialpolitik und Organisation sozialer Dienste, 34119 Kassel

Werpup, Lina, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, 28359 Bremen

Wiehn, Tobias, Dr., Salus Klinik Friedrichsdorf, 61381 Friedrichsdorf

Wirtz, Markus Antonius, Prof., Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Psychologie, 79117 Freiburg

Zander, Janett, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik, Berlin

Zech, Astrid, Prof., Universität Hamburg, Fachbereich Bewegungswissenschaft, 20148 Hamburg

Zimmermann, Markus, Prof., Universität Bremen, Fachbereich 11, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), 28359 Bremen

Zucker, Andrea, Dr., Drei-Burgen-Klinik, CÄ Orthopädie, 55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg